

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

***Impacto da dor orofacial na qualidade de
vida dos pacientes com desordem
temporomandibular***

Vinícius de Magalhães Barros

Vinícius de Magalhães Barros

Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Clínicas Odontológicas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, área de concentração Clínicas Odontológicas, ênfase em Prótese Dentária.

Orientadora: Profa. Dra. Lylian Vieira de Paula

Co-Orientadora: Profa. Dra. Maria Ilma de Souza Côrtes

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

B277i Barros, Vinícius de Magalhães
Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com
desordem temporomandibular / Vinícius de Magalhães Barros. – Belo
Horizonte, 2005.
136f. : il.

Orientador: Profª. Drª. Lylian Vieira de Paula.
Co-orientador: Profª. Drª. Maria Ilma de Souza Côrtes.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

Bibliografia.

1. Articulação temporomandibular - Doenças. 2. Dor orofacial. 3.
Qualidade de vida. 4. OHIP-14. 5. Índices – Doenças – Diagnóstico. I.
Paula, Lylian Vieira de. II. Côrtes, Maria Ilma de Souza. III. Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV.
Título.

CDU: 616.724

Agradecimentos

Aos meus pais, Flávio Augusto Barros e Vaine de Magalhães Barros, pelo exemplo de vida e dedicação ao ensino.

Aos meus irmãos, Flaviane e Cristiano, pelo companheirismo.

À Andréa, pelo incentivo, amor e compreensão a toda prova.

Aos meus sócios, Alysson, Rodrigo e Viviane, por participarem ativamente desta caminhada.

À minha orientadora, Professora Lylian Vieira de Paula, pela ajuda, confiança e disponibilidade.

À minha co-orientadora, Professora Maria Ilma de Souza Côrtes, pela cumplicidade e apoio incondicional durante todo este processo.

Ao Professor Paulo Isaías Seraidarian, pela inestimável contribuição neste trabalho e pelo exemplo de paixão pela pesquisa e ensino da Odontologia.

Aos meus colegas, Alexandre, Bruno e Márcia, pela amizade sincera e pelos momentos de alegrias e frustrações compartilhados.

A todos os colegas de domínio conexo, pela convivência e camaradagem durante esta longa caminhada.

A todos os Professores do programa de Mestrado em Clínicas Odontológicas, pelos conhecimentos transmitidos.

Às secretárias, Angélica e Silvânia, pela presteza e atenção.

À bibliotecária, Rosana, pela incomparável eficiência no atendimento de meus pedidos.

Às funcionárias, Margareth e Toninha, pelo agendamento dos pacientes.

À aluna, Júlia Guerra, pela ajuda na anotação dos exames dos pacientes, minha sincera gratidão.

Aos pacientes, os meus mais sinceros agradecimentos pela colaboração, compreensão e paciência, sem os quais seria impossível a conclusão deste trabalho.

A todos que participaram indiretamente na realização deste sonho.

Epígrafe

"Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina."

Cora Coralina

RESUMO

O objetivo do presente estudo de série de casos foi avaliar o impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular (DTM). Para tanto, foram avaliados 83 indivíduos, de ambos os gêneros, faixa etária de 15 a 70 anos, com relatos de dor orofacial compatível com DTM e que estavam à procura de tratamento nas clínicas da PUC Minas. Todos os pacientes foram examinados por um único examinador treinado e calibrado. O diagnóstico foi realizado de acordo com o eixo I do índice RDC/TMD (DWORKIN e LeRESCHE, 1992) e a determinação da gravidade, por meio do índice TMI e seus sub-índices (PEHLING et al., 2002), com valores que variam de 0 a 1, em que os maiores valores denotam maior gravidade. Os pacientes foram entrevistados por um único examinador usando o formulário OHIP 14 (SLADE, 1997), que foi calculado pelo método padrão, atribuindo pesos específicos a cada questão. Sessenta e nove pacientes (83,1%) eram do gênero feminino e 14 pacientes (16,9%) do masculino, com idade média de 36,5 anos. O índice TMI apresentou uma variação de 0,02 a 0,83, com uma média igual a 0,41. Para os seus sub-índices foi observado um valor médio igual a 0,39 para o índice funcional (IF), de 0,54 para o índice muscular (IM) e de 0,32 para o índice articular (IA). O OHIP 14, que pode apresentar valores entre 0 e 28, apresentou uma variação de 0 a 23,24 pontos e média igual a 11,44 pontos. Somente 1 paciente não teve qualquer impacto (OHIP igual a 0). As dimensões do OHIP 14 que apresentaram as maiores médias foram dor física e desconforto psicológico (2,66 e 2,60), respectivamente. As menores médias foram 1,02 e 1,08 correspondentes, respectivamente, às dimensões limitações funcionais e invalidez. Excetuando um único paciente, todos os demais relataram no mínimo algum impacto na dimensão dor física. Foi verificada uma correlação moderada e positiva entre a qualidade de vida e o índice temporomandibular. A única exceção foi a correlação negativa observada entre o sub-índice IA e a invalidez. Somente na dimensão limitações funcionais, as mulheres apresentaram impacto na qualidade de vida significativamente maior do que os homens. Pacientes com desordens dos grupos I (musculares) e III (artralgia, artrite e artrose) do índice RDC/TMD apresentaram maiores impactos na qualidade de vida do que os pacientes que não apresentaram esses diagnósticos. Pacientes com diagnóstico do grupo II (deslocamento de disco) relataram impacto na qualidade de vida semelhante àqueles sem deslocamento de disco. Portanto, a dor orofacial foi capaz de gerar grande impacto na qualidade de vida dos pacientes com DTM.

PALAVRAS-CHAVE: desordem temporomandibular, dor orofacial, índice RDC/TMD, índice TMI, qualidade de vida, OHIP 14.

ABSTRACT

The purpose of this case series design study was to evaluate the oral facial pain impact in the quality of life of temporomandibular disorders (TMD) patients. The sample comprised of 83 individuals (83.1% females and 16.9% males) aging from 15 to 70 years old and a mean age of 36.5 years. These patients looked for TMD treatment at the Pontifical Catholic University Dental School with a chief complaint of oral facial pain. All patients were evaluated by the same examiner who was previously trained and calibrated. Both clinical examination and diagnosis were based on the Axis I of the RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) (DWORKIN e LeRESCHE, 1992). The severity of the TMD was based on the TMI (Temporomandibular Index) (PEHLING et al., 2002), which varies from 0 to 1 with higher readings meaning greater severity. The patients were interviewed using the OHIP 14 form (SLADE, 1997), calculated by weighted-standardized method. Sixty nine patients (83.1%) were female and 14 patients (16.9%) were male, with mean age of 36.5 years. The TMI scores varied from 0.02 to 0.83, with a mean score of 0.41. The sub indexes mean scores were 0.39 points for Function Index (FI), 0.54 for Muscle Index (MI) and 0.39 for Joint Index (JI). The OHIP 14 scores, which may vary from 0 to 28 points, varied from 0 to 23.24 points. Only one patient had no impact (OHIP = 0 points). The highest mean scores of the dimensions of OHIP 14 were 2.66 points for physical pain and 2.60 points for psychological discomfort. The lowest mean scores were 1.02 and 1.08 for functional limitations and handicap respectively. All the patients reported at least one impact in the physical pain dimension, except the patient with zero OHIP score. A moderated positive correlation was verified between quality of life and TMI. The only exception was the negative correlation observed between JI and handicap. The women had significant greater impact than men only in the dimension of functional limitations. Patients with group I (muscle disorders) and group III (artralgia, arthritis, arthrosis) RDC/TMD diagnostics had more impacts in the quality of life than the patients without these diagnostics. Patientes with group II (disc displacements) diagnostics had the same impact in the quality of life of the patients without disc displacement. Therefore, the oral facial pain had greater impact in the TMD patients' quality of life.

KEY WORDS: temporomandibular disorders, oral facial pain, RDC/TMD, Temporomandibular Index (TMI), quality of life, OHIP 14.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: OHIP 14 modificado de SLADE (1997) utilizado nesta pesquisa....64

QUADRO 2: Indicadores subjetivos de saúde e DTM68

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Caracterização dos pacientes segundo o gênero.....	76
GRÁFICO 2: Caracterização dos pacientes segundo a faixa etária	78
GRÁFICO 3: Caracterização dos pacientes segundo o diagnóstico muscular	80
GRÁFICO 4: Caracterização dos pacientes segundo o OHIP	86

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise comparativa entre os três avaliadores quanto aos índices de interesse.....	72
TABELA 2: Comparação entre duas medidas realizadas em uma mesma amostra pelo mesmo examinador.....	74
TABELA 3: Avaliação do diagnóstico da desordem temporomandibular.....	80
TABELA 4: Caracterização dos pacientes segundo o diagnóstico de deslocamento de disco.....	81
TABELA 5: Caracterização dos pacientes segundo o diagnóstico de artralgia, artrite ou artrose.....	82
TABELA 6: Caracterização dos pacientes segundo os índices TMI e seus sub-índices (IF, IM e IA).....	83
TABELA 7: Avaliação das respostas para cada uma das questões do OHIP.....	85
TABELA 8: Caracterização dos pacientes segundo a qualidade de vida (OHIP).....	87
TABELA 9: Análise comparativa entre o grupo feminino e o masculino quanto à qualidade de vida.....	91
TABELA 10: Análise comparativa entre os grupos diagnóstico muscular positivo e negativo quanto à qualidade de vida.....	93
TABELA 11: Análise comparativa entre os grupos com e sem deslocamento de disco quanto à qualidade de vida.....	94
TABELA 12: Análise comparativa entre os grupos com e sem alterações do grupo III quanto à qualidade de vida.....	95
TABELA 13: Avaliação da relação da qualidade de vida com o índice TMI e seus sub-índices.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS

ADL: *Activity of Daily Living* (Atividades da vida diária)

ATM: Articulação temporomandibular

DIDL: *Dental Impacts on Daily Living* (Impactos Odontológicos na Vida Diária)

DTM: Desordem temporomandibular

FOB-USP: Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo

GRAF: Gráfico

HADS – *Hospital anxiety and depression scale* (Escala hospitalar de ansiedade e depressão)

ICC: *Intraclass Correlation Coefficient* (Coeficiente de correlação intraclasse)

K: Índice Kappa

LDF-TMDQ – *Limitations of daily functions for TMD Questionnaire* (Questionário de limitações funcionais diárias para DTM)

MOS 17: *Medical Outcomes Study* (Estudo das conseqüências médicas)

MPQ: *McGill Pain Questionnaire* (Questionário de dor de McGill)

OHIP: *Oral Health Impact Profile* (Perfil do Impacto da Saúde Bucal)

OIDP: *Oral Impacts on Daily Performance* (Índice dos Impactos Odontológicos no Desempenho Diário)

OHQOL: *Oral Health–Related Quality of Life* (Medição da Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida)

OH-Qol: *Oral Health Quality of Life Inventory* (Inventário da Qualidade de Vida na Saúde Bucal)

p: Probabilidade de significância

PDI: *Pain Disability Index* (Índice de Incapacidade da Dor)

PUC Minas: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RDC/TMD: *Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders* (Critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares)

S-EPQ – Eysenck Personality Questionnaire short form (Questionário de personalidade de Eysenck – versão reduzida)

SIP: *Sickness Impact Profile* (Perfil do Impacto da Doença)

SF-12: *12-item short-form health survey questionnaire* (Questionário genérico de qualidade de vida SF-12)

SF-36: *36-item short-form health survey questionnaire* (Questionário genérico de qualidade de vida SF-36)

TAB: Tabela

TMI: *Temporomandibular index* (Índice Temporomandibular)

WHYMPI: *West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory* (Inventário multidimensional de dor da West Haven Yale)

%: Por cento.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1. <i>Prevalência das desordens temporomandibulares</i>	<i>17</i>
2.2. <i>Métodos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.....</i>	<i>29</i>
2.3. <i>Qualidade de vida e DTM.....</i>	<i>39</i>
3. OBJETIVOS	57
3.1. <i>Geral:</i>	<i>57</i>
3.2. <i>Específicos:.....</i>	<i>57</i>
4. METODOLOGIA.....	58
4.1. <i>Aspectos éticos</i>	<i>58</i>
4.2. <i>Universo e amostra</i>	<i>59</i>
4.3. <i>Avaliação clínica.....</i>	<i>60</i>
4.3.1. <i>Treinamento e calibração do examinador.....</i>	<i>60</i>
4.3.2. <i>Diagnóstico e determinação da gravidade da DTM.....</i>	<i>61</i>
4.3.3. <i>Avaliação da concordância intra-examinador</i>	<i>62</i>
4.4. <i>Avaliação do impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM.....</i>	<i>62</i>
4.5. <i>Análise estatística</i>	<i>66</i>
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
5.1. <i>Calibração do examinador e concordância inter-examinadores.....</i>	<i>71</i>
5.2. <i>Concordância intra-examinador</i>	<i>74</i>
5.3. <i>Caracterização da amostra</i>	<i>76</i>
5.3.1. <i>Gênero.....</i>	<i>76</i>
5.3.2. <i>Faixa etária.....</i>	<i>78</i>
5.3.3. <i>Diagnóstico clínico da DTM</i>	<i>79</i>
5.4. <i>Gravidade da DTM de acordo com o índice TMI e seus sub-índices.....</i>	<i>83</i>
5.5. <i>Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM</i>	<i>84</i>
5.6. <i>Correlação entre qualidade de vida e gênero</i>	<i>90</i>
5.7. <i>Correlação entre qualidade de vida e o diagnóstico clínico da DTM.....</i>	<i>92</i>
5.8. <i>Correlação entre qualidade de vida e a gravidade da DTM</i>	<i>96</i>
5.9. <i>Limitações deste estudo.....</i>	<i>98</i>
5.10. <i>Implicações clínicas deste estudo.....</i>	<i>99</i>
6. CONCLUSÕES	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXO A	110
ANEXO B	112
ANEXO C	116
ANEXO D	125
ANEXO E.....	130
ANEXO F.....	132
ANEXO G	135

1. INTRODUÇÃO ¹

Desordem temporomandibular (DTM) é definida como o termo coletivo que engloba vários problemas clínicos, envolvendo a musculatura mastigatória, as articulações temporomandibulares (ATM) e estruturas associadas (McNEILL, 1993). Dor nas ATM e nos músculos mastigatórios, movimento mandibular reduzido e sons articulares são conhecidos como a tríade clássica de sinais e sintomas das DTM (DE KANTER et al., 1993). Essas desordens têm como sintoma mais freqüente a dor e são uma causa comum das dores orofaciais (RANTALA et al., 2003).

O interesse sobre sua epidemiologia começou na Escandinávia por volta de 1970. Helkimo, um dos pioneiros nos estudos epidemiológicos dessas desordens, afirmou que eram muito mais freqüentes na população do que até então se imaginava e que o interesse sobre esse assunto aumentaria consideravelmente, em um futuro próximo. De fato, essa afirmativa tornou-se verdadeira. Tanto o interesse por dados epidemiológicos quanto por outros aspectos das desordens temporomandibulares aumentaram dramaticamente na década de 80, especialmente nos Estados Unidos (CARLSSON, 1999).

As desordens temporomandibulares levam a um quadro de dor crônica e, como tal, a exemplo das cefaléias e das dores nas costas, apresentam grande influência no comportamento social e no estado psicológico desses pacientes, gerando um grande impacto na sua qualidade de vida (LIST e HELKIMO, 1995). Parte dos sinais e sintomas de DTM tem grande influência em funções básicas da boca, como alimentação e fonação, resultando em enorme limitação funcional

¹ Esta dissertação segue a formatação do Padrão PUC Minas de Normalização, disponível em: http://www1.pucminas.br/documentos/normalizacao_monografias.pdf

desses pacientes. Quase metade dos pacientes de uma clínica de tratamento de dor de origem craniofacial apresentava dificuldade na mastigação dos alimentos. Praticamente, um terço relatou ter problemas relacionados ao sono, sentiu-se deprimido ou insatisfeito com a vida (MURRAY et al., 1996).

O impacto gerado pelas DTM na qualidade de vida dos pacientes foi maior do que o gerado pela periodontite recorrente ou pela necessidade de troca de próteses totais removíveis (REISINE et al., 1989), sendo, portanto, necessária a avaliação do impacto social, psicológico e funcional no diagnóstico e tratamento dessas desordens (MURRAY et al., 1996; Di FABIO, 1998; SEGÙ et al., 2005). Apesar disso, poucos estudos têm sido realizados sobre a incapacidade gerada por dores orofaciais crônicas (BUSH e HARKINS, 1995). Kutila et al. (1997) demonstraram como os pacientes com necessidade ativa de tratamento para as 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 (MACFARLANE et al., 2002; VOOG et al. 2003).

Apesar de os métodos de avaliação do impacto social das doenças estarem bastante difundidos na Medicina, ainda não se pode afirmar o mesmo na Odontologia. A avaliação do estado da saúde bucal tem se apoiado, firmemente, na avaliação de inúmeros sinais clínicos da doença, muitas vezes, desconsiderando indicadores subjetivos de saúde, como as medidas de qualidade de vida. Slade (1998) afirmou que a maioria dos estudos epidemiológicos longitudinais tem se preocupado em avaliar os resultados dos tratamentos estabelecidos, baseados em índices clínicos, desconsiderando o importante papel da mudança na qualidade de

vida desses pacientes. Como afirmou Robinson em 2003, o grande papel de um cirurgião-dentista, como profissional da saúde, é promover e manter a saúde bucal, e não simplesmente ser capaz de oferecer serviços clínicos.

Por muitas vezes, a percepção e os sentimentos do paciente a respeito de sua saúde bucal são ignorados. Murray et al. (1996) afirmaram que os clínicos, que lidam com pacientes em condições crônicas de dor, precisam saber avaliar o impacto que essas e o tratamento implementado podem trazer para o seu paciente, contribuindo para sua melhor qualidade de vida. Portanto, o uso de instrumentos para avaliação do impacto provocado pelas DTM na qualidade de vida dos pacientes torna-se fator fundamental para estabelecer o plano de tratamento e avaliar o seu sucesso.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Prevalência das desordens temporomandibulares

Helkimo (1974) desenvolveu um sistema de classificação das desordens temporomandibulares e avaliou uma população de 321 indivíduos, com idade entre 15 e 65 anos, sendo 51% do gênero feminino. Esse sistema estava baseado em três índices: o índice clínico de disfunção, o índice anamnésico de disfunção e o índice de padrão oclusal. O índice clínico de disfunção era classificado, de acordo com sua gravidade, em quatro graus (Di 0 – livre de disfunção, Di 1 – disfunção leve, Di 2 – disfunção moderada, Di 3 – disfunção severa) em que eram avaliados os seguintes parâmetros: limitação da amplitude do movimento da mandíbula, limitação funcional da articulação temporomandibular, dor durante o movimento mandibular, dor muscular e da ATM a palpação. O índice anamnésico de disfunção era graduado em Ai 0 (livre de disfunção), Ai 1 (disfunção leve) e Ai 2 (disfunção severa), de acordo com os relatos específicos de cada indivíduo. Com relação à avaliação através do índice de padrão oclusal, os indivíduos eram submetidos a um exame oclusal para determinar o número de dentes, o número de dentes em oclusão e presença de interferências oclusais, sendo classificados em Oi 0 (sem distúrbios oclusais), Oi 1 (distúrbios oclusais moderados) e Oi 2 (distúrbios oclusais severos), de acordo com a gravidade dos fatores analisados. O autor observou os seguintes valores na população avaliada de acordo com o índice clínico de disfunção: 12% apresentaram Di 0, 41% apresentaram Di 1, 25% apresentaram Di 2 e 22% apresentaram Di 3. De

acordo com o índice anamnésico, o autor observou os seguintes valores: 43% com Ai 1, 31% com Ai 2 e 26% com Ai 3. Em relação à avaliação do padrão oclusal, os seguintes valores foram obtidos: 0% apresentou Oi 0; 14%, Oi 1; e 86%, Oi 2.

Locker e Slade (1988) determinaram a prevalência da DTM em uma amostra aleatória de moradores acima de 18 anos da cidade de Toronto. Os dados foram coletados por meio de entrevista telefônica. Do total de 2500 ligações realizadas, 1002 identificaram um ou mais moradores acima de 18 anos. Quando havia mais de um possível candidato à entrevista, um foi selecionado ao acaso. Dos 1002 potenciais entrevistados, 677 responderam ao questionário (67,7%). A amostra foi dividida em quatro estratos de idade e apresentaram valores próximos aos do censo, assim como os dados relativos ao gênero. Dos entrevistados, 48,4% responderam positivamente a um ou mais dos nove sintomas incluídos no questionário. Um total de 22,3% relatou um sintoma; dois sintomas foram relatados por 12,7% dos entrevistados, enquanto 13,4% desses relataram três ou mais sintomas. As mulheres responderam positivamente a um ou mais sintomas mais frequentemente do que os homens. Porém, diferença estatística só foi observada em relação a três sintomas específicos. Da mesma forma, indivíduos abaixo dos 44 anos relataram mais sintomas, porém, novamente, diferença estatística significativa só foi verificada em três sintomas. Foi observada uma associação positiva entre aqueles que relataram um ou mais sintomas e os relatos de apertamento dental e estresse. Somente 2,8% dos entrevistados relataram estar ou já ter recebido algum tratamento. A prevalência observada neste estudo não reflete com precisão a necessidade de tratamento, já que vários indivíduos relataram sintomas leves ou moderados.

A dificuldade para alcançar valores confiáveis de calibração inter-examinadores no exame de pacientes com DTM foi comprovada por Dworkin et al. (1990). A amostra era composta de indivíduos assintomáticos (40% da amostra) e de indivíduos sintomáticos (60% da amostra), perfazendo um total de 64 pessoas. As variáveis clínicas analisadas foram a amplitude do movimento mandibular durante a abertura, lateralidade, protusão e retrusão; sons articulares à palpação e com ajuda de um estetoscópio durante os movimentos articulares; dor em resposta à palpação muscular, da ATM e de estruturas adjacentes; e classificação da relação oclusal. Apesar de alguns parâmetros apresentarem pequena confiabilidade, quando avaliados isoladamente, como, por exemplo, a dor a palpação em músculo específico, quando esses são avaliados como um todo, de acordo com um índice, a confiabilidade é bastante aumentada. Parece ser possível alcançar somente valores modestos de confiabilidade para o diagnóstico de subtipos específicos de DTM e esses podem ser causados por erros dos examinadores, mas também por uma dificuldade inerente a eles, sendo virtualmente indignos de confiança. Esses sinais podem mudar espontaneamente durante o período, tornando-se muito difícil o reconhecimento do mesmo sinal em exames sucessivos. Um exemplo é o dado de que os sons articulares podem mudar de tentativa para tentativa em aproximadamente 50% das vezes. É possível que, mesmo apresentando uma confiabilidade modesta, a identificação de sinais clínicos específicos de subtipos de DTM tenha uma contribuição significativa para o diagnóstico. É fortemente recomendado que dentistas trabalhem juntos, para desenvolverem a confiabilidade em exames de sinais e sintomas de DTM e para classificação de categorias de diagnósticos.

Truelove et al. (1992) desenvolveram um critério de diagnóstico a partir da revisão da literatura científica e da experiência da equipe na avaliação e tratamento de pacientes com dor orofacial e DTM. De um total de 350.000 inscritos num programa de manutenção de saúde, foi selecionada, de forma aleatória, através de um questionário sobre dor por DTM, nos últimos 6 meses, uma amostra estratificada por idade de 1.265 indivíduos. Do total de questionários enviados, 1016 foram respondidos. Esses foram então divididos em 2 grupos: Grupo I (controle), que não reportavam dor por DTM; e grupo II (casos da comunidade), que reportavam dor por DTM nos últimos 6 meses, mas não tinham procurado por tratamento. Os dados desses 2 grupos foram comparados com os do grupo III, definido como casos clínicos, ou seja, indivíduos procurando por tratamento de DTM. Cada indivíduo desses grupos respondeu a um questionário sobre sintomas de DTM, saúde geral, outras reclamações de dor, estado psicológico e padrões sociais e de comportamento. Todos os indivíduos foram examinados por uma equipe de higienistas dentais devidamente calibradas e diagnosticados nas seguintes categorias: mialgia tipo I, mialgia tipo II, disfunção de dor miofascial, desarranjo interno tipo I, II e III, capsulite/sinovite, torção/estiramento relacionada com trauma, perfuração do ligamento posterior/disco, doenças articulares degenerativas com dor articular e sem dor articular, e doenças colágenas vasculares. Para cada subclassificação, foram listados critérios clínicos específicos e essenciais. Através da análise da presença desses critérios clínicos, todos os indivíduos foram classificados nas categorias correspondentes, permitindo mais de um único diagnóstico. Os autores concluíram que os diagnósticos de subtipos de DTM são mais comuns no grupo de casos clínicos em tratamento (terceiro grupo), seguido do grupo de pessoas com sintomas, mas que não buscaram por tratamento (segundo

grupo), e menor no grupo controle (primeiro grupo). Achados clínicos que levaram a um diagnóstico de DTM não estão diretamente relacionados aos casos em que houve procura por tratamento. Os critérios utilizados foram úteis para o diagnóstico específico de pacientes com muitos problemas, mas precisariam de mais estudos para sua validação.

Dworkin e LeResche (1992) desenvolveram um sistema de diagnóstico e classificação das formas mais comuns de DTM, denominado *Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders* (RDC/TMD), cujo índice foi determinado em termos operacionais ou mensuráveis para maximizar a reprodutibilidade entre os investigadores, facilitando assim a pesquisa e permitindo comparação dos resultados entre os pesquisadores, através do uso de uma série comum de critérios de avaliação. O sistema de eixo duplo utilizado pelo RDC/TMD permite que o diagnóstico físico, colocado em um eixo (Eixo I), seja coordenado com análise operacional de angústia física, disfunção psicossocial e incapacidade orofacial, colocada em um segundo eixo (Eixo II). O eixo I possibilita múltiplos diagnósticos para cada examinado, com uma classificação padronizada para as desordens temporomandibulares mais comuns, divididos em três grupos:

I - Diagnóstico muscular:

- a) dor miofascial
- b) dor miofascial com limitação de abertura

II – Deslocamento de disco:

- a) deslocamento de disco com redução
- b) deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura
- c) deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura

III – Artralgia, artrite e artrose

- a) artralgia
- b) osteoartrite da ATM
- c) osteoartrose da ATM.

O eixo II, ou psicossocial, avalia os seguintes parâmetros: intensidade da dor, incapacidade relacionada à dor, depressão e sintomas físicos não específicos. Os autores afirmaram que o objetivo primário foi desenvolver uma série de critérios para pesquisa de DTM, que refletisse a melhor informação científica disponível e que, se necessário, fosse requerer revisão científica continuada. O desenvolvimento do índice visou a aumentar profundamente a efetividade da comunicação dos achados entre os pesquisadores e, de forma nenhuma, deveria ser visto como uma maneira de limitar a prática clínica ou até mesmo de ditar protocolos de pesquisa. Ressaltaram ainda que os resultados obtidos a partir desse índice poderiam facilitar o desenvolvimento de dados epidemiológicos confiáveis das DTM e, conseqüentemente, possibilitar a identificação de seus fatores etiológicos, fatores de risco, fatores de prevenção, determinação do prognóstico e da evolução natural da doença e avaliação da eficácia da terapia.

De Kanter et al. (1993) apresentaram uma meta análise dos estudos de prevalência de DTM e das taxas de prevalência de seus sinais e sintomas na população holandesa. Foi analisada uma amostra estratificada por idade, gênero, nível sócio-econômico e região. Do total de 6577 pessoas selecionadas com idade entre 15 e 74 anos, 4496 pessoas, que demonstraram interesse em participar da pesquisa, foram entrevistadas, sendo examinadas 3526 por oito dentistas calibrados, que não tinham acesso aos dados do questionário preenchido anteriormente. Os questionários e exames clínicos foram baseados no trabalho de

Helkimo (1974). Nos estudos revisados, a prevalência de sintomas variou de 6% a 93% e a de sinais de 0% a 93%. Para os 23 estudos que utilizaram amostra aleatória, totalizando 15.559 indivíduos, 70% apresentavam-se livres de sintomas de DTM. Para os 22 estudos com amostra aleatória, totalizando 16.820 indivíduos, 56% apresentavam-se livres de sinais. Para os estudos que utilizaram amostras selecionadas, não foi feito um cálculo da média geral, uma vez que os valores eram bem específicos para cada amostra. De acordo com o índice de Helkimo, 78,5% da população holandesa não apresentava sintomas de DTM e, de acordo com o exame clínico, 55,5% da população foi classificada como livre de sinais e sintomas. Sintomas leves e moderados a severos foram relatados, respectivamente, por 16,6% e 4,9% da população. Pelo exame físico, 41,6% apresentaram-se com disfunção leve e 2,8% apresentaram disfunção moderada a severa. As mulheres apresentaram sintomas e sinais clínicos mais freqüentes e severos do que os homens. Os autores concluíram que a população holandesa apresentou uma menor prevalência do que a dos estudos analisados, as mulheres foram mais afetadas do que os homens e os valores de prevalência não estão diretamente relacionados à procura por tratamento.

Baseados nos dados de entrevistas a 42.370 lares americanos durante a pesquisa nacional de saúde de 1989, realizada anualmente nos Estados Unidos desde 1957, Lipton, Ship e Larach-Robinson (1993) determinaram a prevalência dos sintomas de dor na ATM e na face da população civil americana. Aproximadamente 10.774.000 adultos (6% da população) apresentaram, nos últimos seis meses, algum desses sintomas, normalmente associados à DTM, Sendo que as mulheres relataram esses sintomas com uma freqüência de 2,1 vezes maior do que os homens.

List e Dworkin (1996) avaliaram a utilidade do índice RDC/TMD para comparação de resultados obtidos em estudos internacionais. Previamente à sua aplicação, a versão sueca desse índice foi validada. Cem pacientes foram envolvidos na pesquisa, dos quais 18 foram excluídos, de acordo com os critérios do estudo. Os 82 pacientes restantes foram entrevistados e examinados por um único examinador calibrado. Os dados desses 82 pacientes suecos foram analisados estatisticamente e comparados aos dados dos 247 pacientes norte-americanos, que fizeram parte do grupo inicial para o desenvolvimento do índice. Dos pacientes examinados, 78% eram mulheres, com idade média de 41,1 anos e 22% eram homens, com idade média de 38,8 anos. Dor foi reportada por 83% dos pacientes suecos, em comparação com 95% dos pacientes americanos. A média da intensidade da dor foi maior para os suecos do que para os americanos. A amplitude de movimento mandibular apresentada pelo grupo sueco foi muito semelhante ao grupo americano. Os resultados iniciais sugerem que os parâmetros do índice RDC/TMD são válidos na classificação das formas mais comuns de DTM e na comparação dos resultados obtidos em estudos internacionais.

Conti et al. (1996) avaliaram a prevalência de sinais e sintomas de DTM e a sua necessidade de tratamento, além da influência da oclusão e dos fatores emocionais. Foram entrevistados 310 estudantes (51,61% do sexo feminino e 48,39% do sexo masculino), com idade média de 19 anos que foram divididos em dois grupos. Para ambos os grupos, a seleção foi aleatória, e os entrevistados não foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a fim de evitar um aumento no número de “possíveis pacientes”. A presença e a gravidade das DTM foram determinadas a partir de um formulário de 10 questões, desenvolvido e testado previamente. As perguntas eram respondidas pelos próprios estudantes e, de

acordo com o número e a freqüência de respostas positivas, foi feita uma classificação da gravidade dos sintomas de DTM. O grupo I, além desse questionário, foi submetido a exames clínicos, durante o período das provas finais, quando estavam sob grande pressão emocional. Para evitar qualquer viés nas análises oclusais e palpações musculares e das ATM, esses exames foram feitos por um único examinador, que não teve acesso aos escores provenientes dos questionários respondidos anteriormente. Os resultados dos questionários anamnésicos revelaram que 58,71% dos entrevistados eram assintomáticos, 34,84% tinham sintomas leves de DTM, 5,81% tinham sintomas moderados e apenas 0,65% tinham sintomas severos de DTM. Os pacientes do gênero feminino apresentaram-se com um número significativamente maior de sintomas e de maior intensidade do que os do gênero masculino. Nenhuma diferença de gravidade de DTM foi observada entre os grupos I (exposto a uma maior tensão emocional) e o grupo II (controle). Porém, auto-relatos de tensão emocional e hábitos de parafunção mostraram forte correlação com os sintomas de DTM. Fatores oclusais não apresentaram influência na presença ou gravidade dos sintomas de DTM. Os autores concluíram que, embora a aplicação de questionários para detecção de sintomas de DTM seja uma ferramenta útil e de fácil aplicação, é sempre necessário um exame clínico completo para confirmação de achados subjetivos. Apesar da prevalência relativamente alta de DTM, é necessária a avaliação individual dos casos para a determinação da necessidade de tratamento. O exato papel da oclusão e dos fatores psicológicos contributivos para DTM e a razão pela qual as mulheres constituem a maioria dos pacientes de DTM ainda não são totalmente conhecidos.

Carlsson (1999) realizou uma revisão de literatura sobre a epidemiologia das desordens temporomandibulares, dando ênfase ao relacionamento entre prevalência

de sinais e sintomas e a necessidade de tratamento desses. A revisão de 18 estudos publicados na primeira parte dos anos 80 revelou índices de prevalência variando de 16% a 59% para sintomas relatados e índices de 33% a 86% para sinais clínicos. A revisão de outros estudos mais recentes mostrou uma variação de 6% a 93% para relatos dos próprios entrevistados e de 0% a 93% para avaliações clínicas. Esta grande variação está, possivelmente, relacionada à diversidade de critérios para detecção e classificação das disfunções temporomandibulares. O autor relatou uma maior frequência e severidade nos sinais e sintomas das DTM em mulheres do que em homens. Como nenhum trabalho foi conclusivo a respeito dessa diferença de prevalência observada entre os sexos, esse assunto, ainda, apresenta-se obscuro. Verificou-se que a prevalência de sinais e sintomas das DTM em crianças foi menor do que em adultos, e que não houve um aumento do risco de desenvolvimento de sintomas de DTM em pessoas de terceira idade. Como os índices de prevalência apresentaram uma grande variação, não é surpresa que os índices de necessidade de tratamento também tenham apresentado, variando de 1,5% a 30%. As últimas publicações têm enfatizado que os índices de prevalência de sinais e sintomas de DTM não apresentam correspondência direta com os índices de procura por tratamento, de aproximadamente 5%, uma vez que este índice depende de um julgamento individual por parte de cada possível paciente.

Pow, Leung e McMillan (2001) estimaram a prevalência de sintomas de DTM e da procura por tratamento na população adulta de Hong Kong, por meio de entrevistas telefônicas submetidas a uma amostra aleatória de chineses acima de 18 anos. Do total de ligações feitas, 1526 foram respondidas. As características demográficas obtidas no estudo apresentaram-se bastante semelhantes às informações publicadas pelo censo da cidade, demonstrando a representatividade

da amostra. Após a análise estatística dos dados, os autores concluíram que a população chinesa apresentou menor frequência e menor intensidade dos sintomas avaliados, quando comparados a outras populações. Ao contrário do que ocorre com populações ocidentais, não foi observada diferença na prevalência dos sintomas em relação ao gênero.

Em 2002, Pehling et al. desenvolveram e validaram o Índice Tempormandibular (Temporomandibular Index – TMI), que proporcionou a determinação da gravidade da DTM, utilizando os mesmos parâmetros clínicos do índice RDC/TMD. O índice TMI é composto por três sub-índices: índice funcional (IF), índice muscular (IM) e índice articular (IA). O IF inclui 12 itens a respeito do movimento mandibular. O IM mede a dor relacionada à palpação de 20 locais dos músculos intra e extra-orais. O IA mede a dor à palpação da ATM e os ruídos articulares. Os itens avaliados recebem escores de 0 ou 1, de acordo com o critério de cada item. O valor de cada sub-índice é calculado através da soma dos escores dos itens avaliados dividido pelo número total de itens avaliados. O valor total do TMI é obtido pela média dos valores dos três sub-índices, variando de 0 a 1.

A confiabilidade e a validade do TMI foram demonstradas, alcançando bons índices para avaliação da gravidade das DTM. Como o protocolo de exame clínico utilizado é idêntico ao do eixo I do índice RDC/TMD, é possível, com um único exame, realizar o diagnóstico específico das DTM de acordo com este índice e determinar a sua gravidade de acordo com o índice TMI.

No mesmo ano, Pereira publicou a tradução em português do questionário do índice RDC/TMD, correspondente ao eixo II, e o formulário de exame clínico, correspondente ao eixo I.

Yap et al. (2003), avaliando uma amostra de 191 pacientes asiáticos, confirmaram a utilidade do índice RDC/TMD na classificação e comparação dos resultados obtidos em estudos internacionais das formas mais comuns de DTM. Do total de indivíduos avaliados, 72,3% eram do gênero feminino e 23,7%, do masculino. Desordens do grupo I (musculares) estavam presentes em 31,4% dos pacientes, sendo aproximadamente 13% com dor miofascial e 18% com dor miofascial com limitação de abertura. Desordens do grupo II (deslocamento de disco) foram encontradas em 15,1% das ATM esquerdas e 15,7% nas ATM direitas no grupo asiático. A forma mais comumente encontrada foi o deslocamento de disco com redução, enquanto os deslocamentos de disco sem redução apresentaram taxas de prevalência bem mais baixas. Desordens do grupo III (artralgia, artrite e artrose) foram diagnosticadas em 12,6% das ATM esquerdas e 13% das ATM direitas. Os pacientes asiáticos apresentaram-se com depressão severa ou moderada em 39,8% dos casos, e 47,6% tinham valores de somatização entre moderados e severos. Em somente 4,2% dos pacientes asiáticos observou-se disfunção psicossocial.

Kosminsky et al. (2004) publicaram uma adaptação cultural do Eixo II do índice RDC/TMD para o português, resultando em um instrumento com linguagem de fácil entendimento, apresentando equivalência idiomática e cultural aplicável para a população brasileira.

Leher et al. (2005) avaliaram se a experiência do examinador influenciava a confiabilidade do exame de DTM de acordo com o protocolo do índice RDC/TMD. Um total de 27 pacientes foi avaliado por quatro examinadores calibrados, sendo dois deles considerados experientes e os outros dois inexperientes. Valores de alta confiabilidade foram obtidos na avaliação de amplitude dos movimentos verticais. Na

avaliação do trespasse vertical e horizontal foram observados valores aceitáveis de concordância. Já para a amplitude dos movimentos excursivos, valores modestos de confiabilidade foram alcançados. Resultados de confiabilidade da dor à palpação muscular variaram de muito bom a moderados, enquanto a confiabilidade obtida na avaliação de sons articulares foi modesta a ruim. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a confiabilidade alcançada por examinadores experientes ou inexperientes. Concluiu-se que a calibração apresentou uma maior influência na confiabilidade do exame de DTM do que a experiência dos examinadores e que, para avaliar a confiabilidade, a prevalência de sinais na amostra deve ser alta o suficiente para obtenção de valores interpretáveis.

2.2. Métodos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Slade e Spencer (1994) desenvolveram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), para possibilitar uma avaliação da disfunção, desconforto e incapacidade relacionada à saúde bucal. De um total de 535 afirmações sobre as conseqüências de desordens bucais, foram selecionadas 49 declarações, após análise das entrevistas de um grupo de 328 pessoas. Essas afirmações foram subdivididas em limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez. Em seguida, foi atribuído, através de teste estatístico, um peso referente à sua importância relativa, e as afirmações foram então convertidas em 49 perguntas, que deveriam ser respondidas, utilizando uma escala de seis pontos (sempre, freqüentemente, às

vezes, raramente, nunca e não sei). Sua confiabilidade foi atestada em um estudo coorte de 122 pessoas, com idades acima de 60 anos, onde os indivíduos desdentados apresentaram maior impacto na qualidade de vida do que os dentados. A validade desse indicador de qualidade de vida também foi comprovada a partir de dados longitudinais do mesmo estudo, em que foi observada uma correlação positiva entre os valores obtidos com o OHIP e a percepção da necessidade de tratamento e impacto social.

Locker e Jokovic (1996) avaliaram a capacidade do OHIP 49 identificar entre 493 adultos aqueles com necessidade de tratamento. Os dados foram coletados através de entrevistas, exame clínico e questionário auto-aplicável. Os indivíduos responderam a uma questão sobre auto-avaliação da necessidade de tratamento, 15 questões sobre o impacto psicossocial das doenças bucais e as 49 questões do OHIP. Após o exame clínico, eram definidas as necessidades de tratamento de cada adulto, classificando-as em: restaurador, protético, cirúrgico, periodontal e urgência. A análise dos dados foi realizada de maneira a correlacionar a necessidade de tratamento com a auto-avaliação do paciente, com o impacto psicossocial e com os valores do OHIP. Dos adultos avaliados, 64,8% apresentaram necessidade de tratamento odontológico. Uma fraca correlação foi observada entre os indicadores subjetivos e essa necessidade de tratamento. Os valores de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo e a razão de probabilidade apresentaram grande variação de acordo com o ponto de corte, porém foram sempre inferiores àqueles considerados satisfatórios. Concluíram que, embora os indicadores subjetivos avaliados tenham apresentado uma baixa sensibilidade, eles foram capazes de identificar um subgrupo de pacientes que apresentaram impacto nas suas atividades diárias devido às condições bucais e, portanto, mais propensos

a se beneficiarem com o tratamento odontológico. Afirmaram também que os indicadores subjetivos devem ser utilizados como um complemento à avaliação tradicional por meio de indicadores clínicos.

Slade (1997) publicou um trabalho em que descreveu uma versão curta do OHIP, derivada da versão original (SLADE e SPENCER, 1994), bem como sua confiabilidade e validade. Foram utilizados os dados coletados entre 1991 e 1992, em um estudo na Austrália, em que 1217 pacientes responderam ao questionário OHIP 49. A partir das respostas, três testes estatísticos específicos permitiram identificar 14 questões que atingiram 94% da variação do total de escores do OHIP com um coeficiente de confiabilidade interna (Cronbach's alfa) igual a 0,88. Concluiu-se que o OHIP 14 contém questões que mantiveram os conceitos dimensionais de saúde do questionário original, sugerindo que esse novo instrumento pode ser útil para quantificar o nível de impacto dos pacientes.

Allen e Locker, em 1997, avaliaram a importância de atribuir pesos às respostas das questões do OHIP. De acordo com os autores, esse índice pode ser calculado de três formas. O método conhecido como simplificado, em que as questões respondidas, utilizando os termos “freqüentemente” e “sempre” são consideradas positivas e as demais opções de freqüência são consideradas negativas. O segundo método, conhecido como aditivo, é obtido pela soma dos códigos atribuídos a cada uma das freqüências (1 - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - freqüentemente, 5 - sempre). O terceiro método é conhecido como “padrão de pesos”. Os códigos de cada item são multiplicados pelo seu peso específico e então somados, obtendo-se um valor para cada sub-escala, que são somados para obtenção do valor total do índice. Um total de 552 pacientes respondeu corretamente ao OHIP no início (1989) e após um período de três anos.

Os valores do OHIP 49 e OHIP 14 de cada participante foram calculados, utilizando os três métodos. Os valores obtidos através dos métodos padrão e o aditivo apresentaram correlação de 0,96 ou mais, tanto na versão longa quanto na curta. Entre os valores obtidos pelos métodos padrão e simples foi observada uma correlação de 0,59 para o OHIP 14 e de 0,66 para o OHIP 49. Os autores observaram, ainda, uma correlação estatisticamente significativa entre os valores do OHIP 49 e 14 quando calculados através dos três métodos. O método de cálculo com pesos não foi capaz de melhorar substancialmente o desempenho do OHIP na identificação de diferenças entre os grupos, ainda que os valores obtidos pelos métodos de cálculo mais complexos apresentem uma maior validade discriminativa e concorrente.

Slade (1998) avaliou alguns itens metodológicos de um estudo longitudinal, conduzido na Austrália para avaliação da qualidade de vida, utilizando o OHIP 49 em uma amostra de adultos acima de 60 anos, em que os edentados totais foram excluídos. Dos 942 questionários preenchidos no início, 498 foram novamente preenchidos após um período de 2 anos. Os dados dos questionários foram avaliados para determinação da piora ou melhora da qualidade de vida e a sua relação com o estado anterior. Os pacientes foram classificados em alto ou baixo risco de mudança dos valores do OHIP. Os escores obtidos foram classificados em uma escala ordinal e em uma escala dicotômica e submetidos a análises estatísticas descritivas e quantitativas. O autor concluiu que os grupos, considerados com maior risco de mudança dos valores do OHIP, apresentaram tanto uma melhora quanto uma piora na qualidade de vida mais marcantes do que o grupo considerado de menor risco. Quando analisados como um todo, os padrões de mudança na qualidade de vida dos grupos de alto e baixo risco foram semelhantes.

Allen et al. (1999) compararam o OHIP 49 com um índice de saúde geral denominado SF-36, *36-item short-form health survey questionnaire* (Questionário genérico de qualidade de vida SF-36). As perguntas do SF-36 são divididas em 8 dimensões: função física, função social, limitação física, limitação emocional, saúde mental, vitalidade, dor e percepção de saúde geral. Participaram do estudo: 32 indivíduos edêntulos que iriam receber implantes, 35 indivíduos edêntulos que iriam receber próteses totais convencionais e 21 indivíduos dentados. Por ser um indicador voltado especificamente para condições bucais, o OHIP mostrou-se mais efetivo para determinar os impactos relacionados à saúde bucal do que o SF-36.

Côrtes (2000) realizou uma extensa revisão dos indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde bucal - OHIP 49 e sua versão reduzida (OHIP 14), *Dental Impacts on Daily Living* (DIDL), *Oral Impacts on Daily Performance* (OIDP), *Oral Health-Related Quality of Life* (OHQOL), *Oral Health Quality of Life Inventory* (OH-Qol) – realçando suas propriedades psicométricas, métodos de cálculo, vantagens e limitações. A literatura enfatiza que nenhum instrumento é melhor do que outro, que nenhum deles pode ser considerado como “padrão-ouro” e que esses indicadores subjetivos de qualidade de vida devem ser incorporados aos indicadores objetivos para auxiliar o diagnóstico, planejamento e prognóstico dos pacientes.

Broder et al. (2000) avaliaram o estado clínico de saúde bucal de adolescentes e sua correlação com o indicador de saúde geral SF-36 e o indicador de saúde bucal OHIP 49. Dos noventa e três participantes inicialmente recrutados como voluntários, 76 completaram os questionários e foram submetidos a um exame clínico para diagnóstico das superfícies dentárias cariadas, perdidas ou obturadas. Os valores desse índice foram agrupados em três categorias, de acordo com a experiência de cárie: baixa, moderada e alta. Todas as dimensões avaliadas pelo

OHIP 49, exceto a incapacidade social, apresentaram correlação estatisticamente significativa com o indicador clínico de cárie. Por outro lado, nenhuma das dimensões do SF36 variou significativamente com o aumento do valor do mesmo índice de cárie. Os autores concluíram que a experiência de cárie apresentou correlação com o estado subjetivo de saúde bucal, mas não com o estado subjetivo de saúde geral. Portanto, o indicador subjetivo de qualidade de vida relacionado à saúde bucal (OHIP 49) apresentou sensibilidade às variações do estado clínico de saúde bucal.

Côrtes *et al.* (2002) avaliaram o impacto psicossocial das fraturas de esmalte e dentina não restauradas, na vida diária dos escolares de Belo Horizonte. O índice utilizado foi o *Oral Impact on Daily Performances (OIDP)* que pareceu aplicável a esta faixa etária, por ser conciso e facilmente administrado sob a forma de entrevista. Os resultados demonstraram que o traumatismo dentário apresentou grande impacto na qualidade de vida das crianças, causando limitações em suas atividades diárias. Conseqüentemente, crianças portadoras de fratura de esmalte e dentina estavam mais insatisfeitas com a aparência dos seus dentes anteriores apresentando ainda, dificuldade para morder os alimentos e pronunciar determinadas palavras. Além disto, por comprometer a estética, o traumatismo levou a problemas emocionais, limitou o convívio social, fazendo com que a criança evitasse principalmente sorrir e mostrar seus dentes.

Miotto e Barcellos (2001) realizaram uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde OHIP. Esse mostrou-se sensível na captação do impacto das condições bucais e foi considerado de grande valia para advogar recursos destinados a programas de saúde bucal, reservando-os a problemas com maior impacto na

qualidade de vida dos pacientes. Porém, sua utilização deve ser complementar aos indicadores objetivos de saúde.

Allen, Mcmillan e Locker (2001) investigaram a sensibilidade do OHIP aplicado em indivíduos edêntulos antes e após o tratamento. Esse formulário foi respondido por 26 edêntulos, que solicitaram e receberam próteses sobre implantes, 22 edêntulos, que solicitaram próteses sobre implantes, mas receberam próteses totais convencionais e 35 edêntulos, que solicitaram e receberam próteses totais convencionais. Os indivíduos, que solicitaram próteses sobre implantes, reportaram maiores impactos pré-tratamento, enquanto que, no pós-tratamento, os maiores impactos foram observados nos indivíduos que solicitaram próteses sobre implantes, mas que foram reabilitados por meio de próteses totais convencionais. Isso pode ser explicado pelo fato de que esses indivíduos não receberam o tratamento esperado. Concluíram que o formulário aplicado foi sensível na detecção das alterações das condições bucais.

Robinson et al. (2003) compararam a validade do OHIP 14 e do OIDP em um estudo transversal com uma amostra aleatória de pacientes ingleses. Todos os participantes foram analisados de acordo com os dois indicadores de qualidade de vida. Os grupos foram divididos de acordo com a forma de administração, por questionário ou entrevista, e de acordo com a ordem de aplicação, primeiro o OHIP 14 ou o OIDP. Foram ainda coletados os seguintes dados sócio-demográficos dos pacientes: gênero, idade, raça e classe social. Os participantes também foram questionados sobre a saúde oral, de acordo com o índice *Global oral health rating*, e sobre a gravidade da sua dor, de acordo com a escala visual analógica. Após a coleta desses dados, os pacientes eram encaminhados à clínica para o atendimento, excluindo aqueles que procuravam atendimento de emergência. De acordo com os

valores alcançados para cada um dos itens do questionário, o OIDP e o OHIP 14 foram calculados de maneira simplificada. A consistência interna de cada um desses índices foi avaliada, assim como sua validade, através da comparação dos valores obtidos por cada um deles com o número de impactos com o *Global oral health ratings*, a escala visual análogica de dor (VAS) e a correlação entre os escores obtidos pelos dois índices. A validade convergente também foi determinada, comparando-se os escores totais e número de impactos obtidos pelos dois índices em indivíduos com doença e sem doença bucal. As análises dos dados sugeriram que tanto o OIDP quanto o OHIP 14 apresentaram uma consistência interna apropriada e foram úteis para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em ingleses. Os dois instrumentos apresentaram, consistentemente, maiores valores de impacto em pacientes mais jovens. O OIDP apresentou uma maior complexidade de aplicação e o OHIP 14 apresentou uma melhor correlação com a escala *Global oral health ratings*, provavelmente, por também avaliar outros tipos de impacto, como os psicossociais, além do impacto funcional. O método aditivo simplificado para calcular o escore do OHIP 14 parece não comprometer a validade desse instrumento e contribui para uma simplificação da análise estatística. Por outro lado, nenhuma simplificação adequada para o cálculo do OIDP pode ser encontrada. Nesse caso, métodos estatísticos mais sofisticados, como a análise de regressão logística, precisam ser usados para os seus dados dicotômicos.

Allen (2003) publicou uma revisão de literatura sobre o estado atual dos indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde bucal. Afirmou que parece ser mais indicado o uso simultâneo de uma ferramenta genérica, que possibilita a comparação entre populações com diferentes problemas, e o de uma ferramenta específica, mais sensível às pequenas alterações na saúde bucal. Considerou o

OHIP como o instrumento específico de medida de saúde bucal mais sofisticado e apontou como principal vantagem o fato de ter sido estruturado a partir de afirmações de um grupo representativo de pacientes. Afirmou ainda sobre a dificuldade de escolha de determinado instrumento a ser usado, já que não existem trabalhos comparando-os em diferentes situações clínicas. O autor concluiu que os índices de saúde bucal não devem ser considerados isoladamente na determinação da necessidade de tratamento. Apesar de a associação entre achados clínicos e medidas subjetivas geralmente ser frágil, estas deveriam ser consideradas em conjunto com necessidades objetivas, para determinar aqueles pacientes que teriam mais benefícios com o tratamento.

Vieira (2003) determinou a prevalência e o impacto da dor de dente em uma população de grávidas do Rio de Janeiro. As versões brasileiras dos índices ODP e OHIP 14 foram utilizadas e sua confiabilidade e validade foram testadas. A autora afirmou que a dor de dente constitui-se como um importante problema na população estudada, sendo capaz de gerar grande impacto na qualidade de vida das puérperas. As versões brasileiras dos dois indicadores subjetivos de saúde avaliados apresentaram propriedades psicométricas semelhantes às versões originais.

Robson et al. (2003) testaram e validaram uma versão brasileira do OHIP 14 e avaliaram a repercussão do traumatismo dentário em dentes decíduos de crianças de 4 a 5 anos de idade da cidade de Belo Horizonte. O formulário foi respondido pelos pais e mostrou-se adequado para avaliar o impacto dos traumatismos dentários na qualidade de vida destas crianças.

Miotto e Loureiro (2003) avaliaram o efeito das características sociodemográficas e a utilização de serviços odontológicos sobre o impacto dos

problemas de saúde bucal na qualidade de vida de uma amostra aleatória de 300 idosos da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Foram utilizados quatro roteiros de entrevistas estruturadas para coleta dos dados além do OHIP 14. Concluíram que a versão desse indicador de saúde bucal apresentou boas propriedades psicométricas, validade e confiabilidade.

Locker, Jokovic e Clarke (2004) avaliaram a responsividade do OHIP 14 através das mudanças gerais do estado de bem-estar e saúde dos pacientes. Duzentos e trinta pacientes encaminhados a quatro clínicas públicas da cidade de Toronto, que concordaram participar da pesquisa, responderam a um questionário, para avaliar o estado de saúde bucal de acordo com o próprio paciente, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, tempo desde sua última consulta ao dentista e informações sócio-demográficas. Após um mês do final do tratamento, um novo questionário foi enviado aos participantes, contendo as mesmas questões inicialmente respondidas e uma nova pergunta, para avaliar a mudança da saúde bucal após o tratamento realizado. Desses, 116 foram respondidos corretamente e foram incluídos na análise, sendo 54 do gênero masculino e 62 do feminino, com idade média de 69 anos. A validade de construto transversal e consistência interna do OHIP 14 foram avaliadas, utilizando os valores pré-tratamento que foram confrontados com os valores pós-tratamento daqueles pacientes que não relataram mudança na saúde bucal para determinação da confiabilidade teste-reteste. A validade de construto longitudinal foi analisada através da correlação das mudanças de escores de qualidade de vida relacionada à saúde bucal e da avaliação geral de saúde bucal pós-tratamento. Além disso, testes estatísticos foram realizados para determinar a responsividade do OHIP 14. Esse indicador subjetivo de saúde bucal apresentou valores aceitáveis de validade de construto transversal e consistência

interna, confirmando trabalhos anteriores que indicam que o mesmo apresenta boas propriedades discriminativas. Com relação à validade de construto longitudinal, os autores afirmaram que não foi possível sua determinação e que, para isso, seria necessária uma amostra duas vezes maior por grupo do que a desse estudo. O OHIP 14 apresentou valores modestos de responsividade, provavelmente pelo fato de ter sido desenvolvido como uma medida discriminativa.

De Oliveira e Nadanovsky, ainda em 2005, publicaram internacionalmente uma versão do indicador OHIP 14. Em um estudo transversal, em que foi avaliado o impacto da dor de dente durante a gravidez em uma amostra de 504 mulheres, os autores concluíram que a versão desenvolvida apresentou propriedades psicométricas semelhantes às da versão original.

2.3. Qualidade de vida e DTM

Locker e Grushka (1987) apresentaram estimativas da prevalência da dor bucal e facial e de seu impacto na qualidade de vida desses indivíduos. Uma amostra de 1014 pessoas foi selecionada da lista de eleitores da cidade de Toronto, aos quais foram enviados pelo correio um questionário com validade e confiabilidade atestadas anteriormente. Do total de questionários enviados, 628 retornaram, sendo que 594, respondidos completamente, puderam ser incluídos nas análises. Desses, 39,7% reportaram dor dental, bucal ou facial, sendo que essa prevalência foi maior nos indivíduos mais jovens. Com relação à gravidade dessa dor, 50,9% relataram que era moderadamente severa ou severa. Do subgrupo de indivíduos que

relataram dor, 58% reportaram algum impacto. Aproximadamente 20% do total de indivíduos entrevistados relataram algum impacto nas atividades pesquisadas e aqueles que relataram maior gravidade da dor e a presença de dor de dente apresentaram um maior impacto.

Reisine et al. (1989) avaliaram o impacto na qualidade de vida dos pacientes com periodontite recorrente, desordens temporomandibulares e necessidade de troca de prótese total removível, comparando-o com os valores de um grupo controle de pacientes de retorno. Dos 242 pacientes referidos para o estudo, 63% (152) completaram um questionário antes de sua avaliação inicial, sendo divididos de acordo com critérios específicos de inclusão em 4 grupos: 48 com desordens temporomandibulares, 33 com periodontite recorrente, 23 com necessidade de troca da prótese total removível e 48 pacientes de retorno. Foram analisados por meio de instrumentos com confiabilidade testada, que avaliaram separadamente o bem-estar, os sintomas e as funções sociais. Os dados obtidos nos pacientes em tratamento foram comparados aos do grupo controle. De todos os grupos de pacientes em tratamento, aquele com desordens temporomandibulares foi o que apresentou os maiores impactos na qualidade de vida. Esses pacientes apresentaram-se mais ansiosos, com mais sintomas e maiores limitações nas funções sociais devido, provavelmente, à dor crônica a que estão submetidos. Os dados demonstraram que os indicadores utilizados parecem ser sensíveis o suficiente para detectar diferenças entre os grupos avaliados.

Reisine e Weber (1989) publicaram os dados de um estudo exploratório sobre como a DTM afeta a qualidade de vida e as mudanças de indicadores subjetivos de saúde geral, durante o período de tratamento. Inicialmente, 69 pacientes, encaminhados de quatro clínicas particulares, foram indicados para participar do

estudo. Desses, 49 pacientes concordaram em participar do estudo e responderam ao questionário enviado durante sua primeira consulta. O questionário foi novamente respondido, após um mês de tratamento, por 35 pacientes. Decorridos seis meses de tratamento, 30 pacientes responderam mais uma vez ao questionário, sendo essa a amostra final. Três aspectos sobre qualidade de vida foram avaliados através de instrumentos específicos: sintomas, percepção de bem-estar/ansiedade e atividades sociais. Para avaliar os sintomas de dor, foi utilizado o questionário de dor de McGill (MPQ – McGill Pain Questionnaire), o WHYMPI (West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory) e a Kiak Oral Functioning Scale. A percepção de bem-estar e ansiedade foi avaliada através de três escalas: Gill Well-Being Scale, Spielberger's State and Trait Anxiety Scales e Corah Dental Anxiety Scale. A avaliação das atividades sociais foi feita com o auxílio do SIP (Sickness Impact Profile). Os dados foram analisados de forma descritiva e para verificação de mudanças na qualidade de vida no início e após seis meses de tratamento. Os pacientes avaliados apresentaram níveis relativamente altos de dor aguda e crônica, que apresentaram melhora após o tratamento de DTM. Da mesma forma, os altos níveis de ansiedade, observados no início do tratamento, diminuíram após o período de avaliação. Por outro lado, o desconforto nas funções bucais, observado no início do estudo, persistiu após o tratamento, assim como a percepção de pouco bem-estar. Foi observado um grande e inesperado impacto nas atividades sociais dos pacientes com DTM, mais severo do que em pacientes com problemas pulmonares e cardíacos, apresentando porém uma grande melhora após o tratamento. Os resultados do presente estudo mostraram como o impacto na qualidade de vida dos pacientes com DTM é acentuado e como é promissor o uso dos instrumentos utilizados para avaliar este impacto.

Schunurr, Brooke e Rollman (1990) examinaram o grau de semelhança entre pacientes com DTM, pacientes com dores de outras origens e pacientes sem dor, em aspectos relacionados à personalidade, resposta a doença, cuidados com a saúde e maneira de lidar com o estresse. O grupo de pacientes que sofriam de DTM era composto por 206 pessoas, com idade média de 28,3 anos e sendo 87,4% do sexo feminino. O grupo de pacientes com dor de outra origem, como por exemplo, lesão de joelho, ombros, tendinite, bursite, lesão nas costas ou no pescoço, estavam em tratamento fisioterápico. Um total de 79 pessoas pertencia a esse grupo, sendo a média de idade de 33 anos e 69,2% mulheres. O terceiro grupo era composto por pessoas livres de dor, totalizando 71 estudantes de Psicologia, com idade média de 29,7 anos, sendo 76,1% do sexo feminino. Um questionário, contendo questões de vários índices ou escalas de avaliação comportamental, de personalidade e de estresse foi desenvolvido e aplicado aos participantes, que, após terapias simples e não invasivas de tratamento de DTM, foram chamados a preencher novamente o mesmo questionário. Os autores concluíram que os pacientes com DTM relataram dores por um período de tempo mais prolongado, quando comparados aos que tinham outras dores, e reportaram ranger os dentes com maior frequência que os pacientes dos outros dois grupos. Tanto os pacientes com dor proveniente de DTM como os que apresentavam dor de outra origem, relataram ser essa agravada por transtorno emocional, estresse ou preocupação. Os pacientes com dor por DTM ou por outras origens apresentaram maiores índices de hipocondríase e depressão quando comparados aos pacientes sem dor. Naqueles pacientes que responderam positivamente ao tratamento de DTM, houve uma diminuição significativa da hipocondríase, depressão, irritabilidade e distúrbios afetivos.

Dao et al. (1994) utilizaram um indicador subjetivo de qualidade de vida e a intensidade e desconforto causado pela dor, como parâmetros de sucesso clínico na avaliação da eficácia da terapia oclusal, por meio de dispositivos interoclusais totais, em pacientes com dor miofascial. A qualidade de vida foi avaliada através de um questionário contendo as seguintes atividades e respondidas com o auxílio de uma escala com cinco graduações: sono, eficiência no trabalho, atividades sociais, depressão, ansiedade e apetite. A avaliação de dor foi feita, utilizando uma escala visual analógica (VAS). Concluíram que os dispositivos interoclusais, devido possivelmente a seu efeito placebo, continuam sendo uma terapia conservadora válida para o tratamento da dor miofascial. Afirmaram também que a qualidade de vida é um importante indicador de sucesso de tratamento, especialmente de doenças crônicas e de etiologia desconhecida.

Dao, Lund e Lavigne (1994) compararam os relatos de dor de 19 pacientes bruxômanos e de 61 pacientes com dor miofascial, descrevendo o impacto dessas condições nas suas atividades diárias. Durante a consulta inicial, todos os pacientes avaliaram a intensidade da sua dor na escala visual analógica (VAS). Foi desenvolvido um questionário, respondido através de uma escala com cinco graduações, que continha as seguintes atividades: sono, atividades sociais, apetite, eficiência no trabalho, sentindo-se tenso, sentindo-se deprimido, dificuldade na fala e dificuldade na mastigação. Apesar de suas questões estarem baseados em estudos publicados sobre auto-relatos de sintomas de DTM, não existe avaliação sobre a validade e confiabilidade desse questionário. A média da dor do grupo dos bruxômanos foi menor do que o grupo com dor miofascial, uma vez que nem todos os bruxômanos relataram dor. Porém, aqueles pacientes bruxômanos que relatavam dor, graduaram-na como sendo mais intensa do que os pacientes com dor

miofascial. Os pacientes com dor miofascial apresentaram um impacto maior na qualidade de vida, quando comparados aos bruxômanos. Entretanto, quando se comparou o impacto gerado nos pacientes com dor miofascial e nos bruxômanos, que relatavam dor, este foi bastante semelhante. Concluiu-se que o impacto na qualidade de vida foi maior nos pacientes que relatavam dor, especialmente no quesito de dificuldade de mastigação.

Bush e Harkins (1995) avaliaram a utilização do índice de incapacidade de dor (*Pain Disability Index - PDI*) em pacientes com dores crônicas provenientes de DTM. Utilizaram uma amostra de 272 pacientes, sendo 220 do gênero feminino e 52 do masculino, com sinais e sintomas de DTM. A idade média foi de 38,9 anos e a duração média da dor era de 3,5 anos. Os pacientes preencheram um questionário completo de saúde, incluindo as questões do índice de incapacidade de dor (PDI). Os escores de cada item foram somados e foi obtido o valor médio do índice para cada paciente. Os pacientes foram submetidos a exames clínicos e sub-classificados nos seguintes grupos de acordo com a origem da dor: miogênica, articular, osteoartrite, neuralgia trigeminal atípica. Observaram que o índice PDI apresentou propriedades psicométricas para pacientes com dor orofacial comparáveis a outras dores crônicas, possibilitando sua utilização em estudos de impacto psicossocial nesses. Pacientes com desordens de origem miogênica apresentaram maiores valores em alguns dos itens do PDI, quando comparados a pacientes com desordens de origem articular. Os pacientes, que relataram um número maior de locais doloridos e uma maior frequência dos episódios de dor, apresentaram um maior valor do PDI. Os autores concluíram que o PDI parece ser um instrumento útil para avaliação do impacto causado por dores orofaciais e de grande utilidade para avaliar o impacto do tratamento destes pacientes, porém mais

estudos são necessários para avaliar a expansão deste instrumento com algumas questões referentes ao impacto nas atividades diárias dos pacientes com DTM.

List e Helkimo (1995), preocupados em estimar o impacto na qualidade de vida em pacientes com DTM, avaliaram se o ADL modificado (Activity of Daily Living) apresentava confiabilidade e validade aceitáveis em uma amostra composta de trinta e um pacientes encaminhados para tratamento de DTM, sendo 23 do gênero feminino e 8 do masculino, com idade média de 39 anos. O índice ADL modificado era composto de 12 questões sobre atividades cotidianas particulares, sendo a última capaz de determinar uma estimativa de como essas atividades provocavam problemas para esses pacientes. Uma escala de 0 a 10 era utilizada para graduar cada questão, onde 0 correspondia a realizar a atividade sem nenhuma dor ou desconforto e 10 correspondia a impossibilidade de realizar a atividade devido à dor ou ao desconforto. A consistência interna do questionário foi calculada através da comparação da soma das questões 1 a 11 com o valor da questão 12. Duas semanas após a primeira consulta, sem que se tenha realizado qualquer tratamento, 19 pacientes completaram novamente o questionário. Nessa segunda consulta, um familiar ou pessoa próxima, que tinha consciência das limitações impostas a esses pacientes, foi solicitado a preencher o questionário. A confiabilidade foi avaliada através da correlação entre as duas respostas feitas pelo paciente, na primeira e segunda consulta. A validade foi determinada pela comparação das respostas dos próprios pacientes com as respostas do familiar ou pessoa próxima. O índice ADL apresentou consistência interna excelente. O mesmo, exceto a questão 10, apresentou confiabilidade e validade aceitáveis e deve ser utilizado como um instrumento adicional para avaliação dos pacientes com DTM.

Murray et al. (1996) avaliaram, por meio do OHIP 30, uma versão desse indicador adaptado para pacientes com DTM, o impacto da dor facial e dos seus sintomas nas atividades diárias. Foram avaliados 121 pacientes referenciados para uma clínica de dor orofacial, sendo 78,5% de mulheres e 21,5% de homens com idade média de 40,2 anos. A média do número de sintomas de dor foi de 5,1 e 82,7% dos pacientes tinham sintomas múltiplos. Na média, os homens relataram mais sintomas do que as mulheres. Não houve diferença estatisticamente significativa para avaliação da idade. Um total de 50,5% dos pacientes relatou que a dor não interferia nas suas atividades diárias ou podiam ignorá-la. Outros 27% relataram que a dor interferia somente na sua capacidade de concentração e os 22,5% restantes relataram estar mais debilitados durante os episódios de dor. Para avaliar o quanto a qualidade de vida desses pacientes foi afetada, os valores das respostas do OHIP foram comparados aos de uma amostra de 699 indivíduos sem dor, mas com algum impacto social. O impacto gerado no grupo de pacientes com DTM foi notavelmente maior do que o do grupo sem dor. Para comparação, após o diagnóstico dos subtipos de DTM, os indivíduos foram divididos em dois grupos: um com envolvimento articular e/ou muscular e outro com algum grau de comprometimento psicossocial. Os escores do OHIP não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, porém uma maior proporção dos pacientes do primeiro grupo relatou problemas nas áreas de limitação funcional e incapacidade física, enquanto que os do segundo grupo relataram maiores problemas nas áreas de natureza psicológica e social. Os autores concluíram que, apesar das limitações impostas pelo desenho deste estudo, os dados confirmaram a hipótese de que a dor facial tem um grande impacto funcional, social e psicológico, afetando negativamente a qualidade de vida dos pacientes. A comparação com os

dados de uma população de não pacientes, demonstrou claramente o peso desse impacto. Os dados demonstraram que o OHIP pode ser um instrumento útil para avaliar as conseqüências das condições de dor facial e que o impacto na qualidade de vida parece variar de acordo com os subgrupos diagnósticos.

Kuttila et al. (1997) analisaram a associação entre a necessidade de tratamento das DTM, a licença por doença e o uso dos serviços de saúde em uma população adulta composta por 515 indivíduos, sendo 269 mulheres e 246 homens. Desses, 446 foram novamente avaliados após um período de 2 anos, por um único examinador calibrado. A esses pacientes foi enviado um questionário sobre o uso dos serviços de saúde e licença ocasionada por doença. Os pacientes foram classificados de acordo com a necessidade de tratamento de DTM em três grupos: com necessidade ativa de tratamento, com necessidade passiva e sem necessidade de tratamento. Os resultados demonstraram que indivíduos do gênero feminino apresentaram uma maior necessidade ativa de tratamento e utilizaram mais os serviços de saúde do que os indivíduos do gênero masculino. Os pacientes mais velhos apresentaram uma tendência um pouco maior de uso dos serviços de saúde do que os mais novos. O grupo com necessidade ativa de tratamento esteve sob licença por um período 10 vezes maior do que os sem necessidade de tratamento. Aqueles com necessidade ativa de tratamento visitaram médicos em uma freqüência 3 vezes maior do que os sem necessidade de tratamento. O grupo de pacientes classificados como com necessidade ativa de tratamento apresentou maior utilização dos serviços radiográficos e de fisioterapia do que o grupo sem necessidade de tratamento.

Di Fabio (1998) comparou a qualidade de vida de 56 pacientes com DTM com 1283 pacientes com disfunções cervicais e avaliou-a como um parâmetro de

sucesso do tratamento implementado. Dos pacientes com DTM, 89% eram do gênero feminino e apresentavam média de idade de 40 anos. Para avaliar a qualidade de vida foi aplicado a todos pacientes o questionário MOS-17 (*Medical Outcomes Study*), um indicador genérico para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, derivado do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (*36-item short-form health survey questionnaire*) e do questionário genérico de qualidade de vida SF-12 (*12-item short-form health survey questionnaire*). Os valores iniciais obtidos através desse questionário dos pacientes com DTM foram comparados descritivamente aos pacientes com disfunções cervicais e aos valores padrões da população americana. Todas as subdivisões do MOS-17 dos pacientes com DTM apresentaram melhora após a implementação de terapias físicas, quando comparado aos valores iniciais, especialmente nos quesitos dor no corpo, energia/fadiga, bem estar emocional e função social. Pacientes com DTM apresentaram limitações em funções sociais, bem-estar emocional e nível de energia comparáveis aos pacientes com desordens cervicais. Já limitação nas funções físicas foi mais acentuada no grupo com desordem cervical do que no grupo com DTM. Os autores concluíram que esse questionário deve ser considerado como um parâmetro na avaliação da mudança clínica dos pacientes com DTM e que esses, submetidos à terapia física, apresentaram melhora tanto nos quesitos físicos quanto emocionais, e particularmente nos sociais avaliados por este questionário.

Mauro et al. (2001) analisaram a linguagem relacionada à dor usada por pacientes à procura de tratamento de DTM através do *Italian Pain Questionnaire* e avaliaram se existia alguma correlação entre o vocabulário utilizado, o diagnóstico clínico e a auto-avaliação de qualidade de vida. Os autores concluíram que o vocabulário de dor usado pelos pacientes diferiu muito pouco entre os cinco

subgrupos de diagnóstico clínico, tornando praticamente impossível uma correlação entre esse vocabulário e um diagnóstico específico. Por outro lado, à medida que a qualidade de vida percebida pelo paciente diminuía, os relatos de dor aumentavam. O uso de questionários verbais de dor, apesar de não levar a diagnósticos específicos, devem ser usados em pacientes com DTM, já que possibilitam uma avaliação subjetiva da dor de acordo com as experiências de cada paciente, uma vez que essa sensação dolorosa juntamente com o desconforto emocional são os fatores de maior influência na sua qualidade de vida.

Yap et al. (2001) avaliaram a incapacidade relacionada à dor e o estado psicológico dos pacientes com DTM através de um programa de computador baseado no Eixo II do índice RDC/TMD. Dos 40 novos pacientes encaminhados à clínica de DTM, a maioria de origem chinesa, 37 completaram totalmente o questionário eletrônico, sendo 65% do gênero feminino e idade média de 32 anos. A maioria dos pacientes (78%) apresentou baixa incapacidade, sendo 12 desses com baixa intensidade de dor e 17 com alta intensidade. Das doze atividades avaliadas, as seguintes foram as mais afetadas: comer alimentos duros (83,8%), bocejar (78,4%) e mastigar (64,9%). Pacientes com depressão moderada ou severa apresentaram escores de incapacidade maiores do que os pacientes não deprimidos.

Yap, Chua e Hoe (2002) avaliaram de acordo com os parâmetros do índice RDC/TMD, a incapacidade relacionada à dor de uma amostra de 107 pacientes, com idade média de 31 anos, sendo 70% do sexo feminino e 82,2% de origem chinesa. A maioria dos pacientes (78,5%) apresentou baixa incapacidade, sendo 40,2% com baixa intensidade de dor e os 38,3% restantes com alta intensidade de dor. Cinco pacientes (4,7%) apresentaram alta incapacidade com limitação moderada e

nenhum (0%) apresentou alta incapacidade com limitação severa. Novamente, de acordo com os relatos dos pacientes, as atividades que estiveram mais incapacitadas foram: comer alimentos duros (77,6%), bocejar (75,7%) e mastigar (64,5%). Por outro lado, as atividades menos afetadas foram: atividade sexual (5,6%) e beber e fazer exercícios físicos ou ginástica, ambos com 7,5%. Os autores afirmaram que a incapacidade relacionada à DTM foi geralmente baixa.

Macfarlane et al. (2002) determinaram a prevalência das dores orofaciais, correlacionando-as com os subgrupos populacionais, e descreveram a incapacidade associada aos sintomas e o comportamento resultante da busca por tratamento associado à essas dores. Foi enviado um total de 4000 correspondências às pessoas com idade entre 18 e 65 anos, selecionadas aleatoriamente de um programa de manutenção de saúde, obtendo uma taxa de resposta de 74%, totalizando 2504 pessoas. Para testar a confiabilidade do questionário, 51 pessoas foram selecionadas ao acaso para respondê-lo novamente, com tempo médio entre a aplicação do primeiro e do segundo questionário de dois meses e meio. Dessas, metade apresentavam sintomas de dor orofacial e a outra metade não apresentava. Os autores observaram que 646 pessoas (26%) relataram algum sintoma de dor orofacial no último mês. Essa prevalência diminuiu com o aumento da idade e foi maior nos participantes do gênero feminino. Dos pacientes que apresentaram sintomas de dor orofacial, 37% relataram que, normalmente, podiam ignorar a dor. Os outros 63% relataram alguma incapacidade provocada por essa dor, sendo que: 35,1% responderam que a dor não podia ser ignorada, mas não interferia nas suas atividades diárias; 18,6% disseram que a dor não podia ser ignorada e que atrapalhava somente na sua capacidade de concentração; 4,5% disseram que a dor interferia em muitas das suas atividades diárias, exceto aquelas básicas, como

cuidar-se de si própria; e 4,8% disseram que ela interferia em todas as suas atividades diárias, sendo necessário repouso total. Um total de 17% dessas pessoas necessitou ausentar-se do trabalho ou esteve incapacitado de manter suas atividades diárias devido à dor. Daqueles que relataram sintomas de dor, 46% procurou por tratamento. Os autores concluíram que a dor orofacial é um sintoma comum experimentado por aproximadamente um quarto da população adulta e capaz de gerar algum impacto em aproximadamente dois terços dos indivíduos afetados. Além disso, a prevalência é maior no gênero feminino e em indivíduos mais jovens e não está diretamente relacionada à procura por tratamento.

Os relatos subjetivos sobre o impacto da dor na vida de 22 pacientes com quadro de dor crônica por DTM, com idades entre 17 e 55 anos, foram avaliados através da versão brasileira do questionário de dor de McGill (Br-MPQ). Após a análise estatística dos dados, os autores concluíram que os pacientes avaliados apresentaram algum grau de impacto da dor em suas vidas, especialmente nas atividades do trabalho, da escola, no sono e no apetite/alimentação. Embora não específica para avaliação da qualidade de vida, a versão brasileira do questionário de dor de McGill (Br-MPQ) parece ser capaz de revelar esse impacto, porém mais estudos com uma maior amostra devem ser realizados para confirmar esse fato (OLIVEIRA et al. 2003).

Voog et al. (2003) realizaram um estudo para avaliar o impacto da dor nas ATM nas atividades diárias dos pacientes com artrite reumatóide. Foram avaliados 19 pacientes, sendo 17 do gênero feminino e 2 do masculino. Todos apresentavam diagnóstico de artrite reumatóide com envolvimento das ATM e o impacto na sua qualidade de vida foi avaliado através do índice ADL modificado (LIST e HELKIMO, 1995). Além disso, os pacientes eram solicitados a determinar a quantidade de dor

na posição de repouso e durante a abertura mandibular máxima, com o auxílio de uma escala visual analógica, e submetidos a um exame clínico para determinar a dor à palpação das ATM e o seu limiar de dor. Amostras do sangue desses pacientes foram submetidas a testes laboratoriais para determinação da taxa de sedimentação de eritrócitos, do fator reumatóide e da proteína C-reativa. As atividades diárias que apresentaram maior impacto foram realizar exercícios físicos e movimentar a mandíbula, enquanto as atividades de lazer (hobbies) e comer apresentaram os menores impactos. Os resultados demonstraram que a dor articular é capaz de provocar incapacidade para o trabalho e tem um impacto negativo nas atividades diárias. Concluíram que o impacto da dor nas ATM variou bastante de acordo com as atividades diárias e os indivíduos avaliados, porém seu impacto geral foi surpreendentemente alto, o que pode contribuir para uma diminuição da qualidade de vida desses pacientes. As restrições dessas atividades, avaliadas pelo ADL modificado, podem ser uma ferramenta importante na avaliação e tratamento desses pacientes, já que esse índice engloba importantes aspectos do bem-estar.

Chung et al. (2004) avaliaram a prevalência de sintomas dolorosos de dor orofacial e seu impacto em uma amostra de 1032 idosos da Coreia. Cinco questões sobre dor na ATM, na face, dor de dente, ulcerações na mucosa bucal e sensação de queimação na língua nos últimos seis meses foram feitas a todos os participantes, através de entrevista telefônica por dez entrevistadores treinados. Quando os entrevistados relatavam alguma dor, a gravidade e a incapacidade geradas eram avaliadas através da escala de dor crônica (Graded chronic pain scale - GCP). Dos 1032 entrevistados, 433 (42%) relataram pelo menos um dos cinco sintomas de dor. Dor na ATM foi relatada por 15,5% dos entrevistados e dor na face por 9,3%. Os pacientes com relatos de dor articular apresentaram o maior impacto e

incapacidade nas atividades diárias e sociais, onde 45,8% relataram altos níveis de incapacidade. A partir dos dados apresentados, os autores afirmaram que a dor crônica orofacial é um importante problema na saúde dessa população idosa.

Oliveira (2005) realizou uma revisão de literatura, enfatizando a importância da avaliação do impacto, causado pela dor nos pacientes com DTM, destacando alguns estudos relacionados e o respectivo indicador utilizado.

Segù et al. (2005) realizaram um estudo de caso-controle para validar uma versão italiana do OHIP para pacientes com DTM, utilizada no trabalho de Murray et al. (1996). Foram avaliados 124 novos pacientes encaminhados para tratamento de DTM (casos) e 61 indivíduos saudáveis (controle). Todos preencheram um questionário, contendo 10 questões sobre dor e as 30 questões dessa versão do OHIP, e foram submetidos a um exame clínico por um único examinador. O questionário OHIP 30 foi previamente traduzido e retro-traduzido, a fim de assegurar que esse permanecesse inalterado em seu conteúdo após o processo de tradução. Essa versão apresentou valores aceitáveis na avaliação de sua validade e confiabilidade, com exceção ao item "Felt self-conscious", que, na opinião dos autores, deveria ser excluído da versão italiana do questionário, já que a maioria dos entrevistados não foi capaz de compreendê-lo. A avaliação da qualidade de vida, por meio dessa versão do OHIP, demonstrou que os indivíduos que relatavam dor (casos) apresentavam uma piora no seu bem-estar, quando comparados aos indivíduos sem dor (controle). Os autores concluíram, ainda, que a versão desse indicador pode ser usada no processo de diagnóstico, para avaliar o impacto na qualidade de vida frente a diferentes tratamentos, e que a melhora na qualidade de vida dos pacientes com DTM deve ser um dos objetivos desse tratamento,

juntamente com a redução ou eliminação da dor e restauração de sua capacidade funcional.

Aggarwal et al. (2005) desenvolveram um questionário específico, para avaliar a incapacidade gerada pela dor orofacial. A partir da entrevista de 32 pacientes com dor orofacial, foram listados 100 itens sobre toda a incapacidade gerada pela mesma. Em seguida, os itens relatados foram reduzidos a 30, de acordo com a frequência de relatos e da sua importância. A esses foram acrescentados 2 novos itens por um especialista em dores orofaciais, de acordo com a sua experiência clínica. Sua validação foi determinada a partir das seguintes hipóteses:

- a incapacidade relatada por um grupo de pacientes à procura por tratamento específico de dor orofacial seria maior do que a relatada por pessoas da comunidade com auto-relatos de dor orofacial;

- existiria uma diferença de incapacidade nos grupos de pessoas da comunidade, que tinham procurado ou não por tratamento específico, e entre os que apresentavam dor aguda ou crônica;

- os indivíduos da comunidade que relatavam maior intensidade de dor, de acordo com uma escala visual analógica, apresentavam maior incapacidade. Esse questionário com 32 itens foi então aplicado a 117 pessoas da comunidade com auto-relatos de dor orofacial (onde 50% apresentavam dor aguda e 50% dor crônica, e 60% relataram ter procurado atendimento profissional nessa área, e 40% não) e a 48 pacientes em tratamento específico para dor orofacial. O questionário era respondido, utilizando uma escala com três graduações e a cada uma era atribuído o valor de 0 a 2, cuja soma correspondia ao valor total de incapacidade. A incapacidade avaliada por todos os itens do questionário dos pacientes à procura por tratamento da dor orofacial foi maior do que dos indivíduos da comunidade com

auto-relatos de dor orofacial. Essa diferença foi estatisticamente significativa em 21 dos 32 itens do questionário, sendo a maior diferença no item relativo à capacidade de comer alimentos duros. A incapacidade do grupo de indivíduos da comunidade, que procuraram por tratamento específico, foi significativamente maior em 10 itens, quando comparado ao grupo de indivíduos da comunidade que não procuraram por tratamento específico. Os autores observaram, ainda, uma maior incapacidade nos indivíduos com relatos de dor crônica do que naqueles com dor aguda, e um aumento dessa incapacidade à medida que a intensidade de dor relatada era maior. Os itens do questionário foram então agrupados em dois tipos de incapacidade (física e psicossocial), que correspondiam a praticamente toda a incapacidade relatada pelo questionário. Seis itens foram excluídos da versão final do questionário, já que esses não correspondiam de forma consistente a nenhum destes tipos de incapacidade. Do total de 26 questões da versão final, 19 foram consideradas como incapacidade psicossocial e as 7 restantes como física, apresentando valores aceitáveis de consistência interna. Portanto, de acordo com os autores, o questionário foi útil para determinar a incapacidade gerada pela dor orofacial relatada pelo paciente.

Sugisaki et al. (2005) desenvolveram e validaram um questionário de avaliação das limitações das atividades diárias, causadas pela dor em pacientes japoneses com desordem temporomandibulares, denominado LDF-TMDQ (*Limitations of daily function for TMD questionnaire*). A partir de entrevistas desses pacientes e, baseados em sua experiência clínica e nas limitações listadas no índice RDC/TMD, os autores selecionaram 13 questões relacionadas às limitações impostas pela dor, respondidas em uma escala numérica de 1 (sem problema) a 5 (extremamente difícil para executar determinada tarefa). Um total de 456 pacientes,

diagnosticado de acordo com o mesmo índice, respondeu a esse questionário. Esses foram então divididos de maneira aleatória em dois grupos: um para análise exploratória (grupo E), composto por 233 indivíduos, e o outro para análise confirmatória (grupo C), com 223 pacientes. Através da análise exploratória foram selecionadas 10 questões, divididas em três dimensões: limitações para executar alguma tarefa (5 questões), limitação para abertura da boca (3 questões) e limitações para dormir (2 questões). A análise confirmatória demonstrou que essas questões eram responsáveis pela variação de 98,6% dos dados avaliados. A validade do questionário foi demonstrada, restando somente a determinação da validade de construto da dimensão de limitações para dormir.

Kino et al. (2005) avaliaram 511 pacientes, a fim de comparar uma variedade de possíveis fatores que pudessem contribuir para dor orofacial. Os pacientes responderam a um questionário composto por: dados pessoais (nome, idade e gênero), uma versão japonesa do questionário de dor de McGill (incluindo 24 descritores associados a dor orofacial), questões sobre limitações em funções diárias para pacientes com DTM (LDF-TMDQ – Limitations of daily functions for TMD Questionnaire), questões sobre depressão e ansiedade (HADS – Hospital anxiety and depression scale), questões sobre personalidade (S-EPQ – Eysenck Personality Questionnaire short form) e questões sobre fatores comportamentais. Todos os pacientes foram diagnosticados e classificados de acordo com o índice RDC/TMD. Desses, 59,9% apresentaram deslocamento de disco, 13,7% dor miofascial, 18,8% artralgia e 7,6% osteoartrite. Em relação às limitações impostas pela DTM, avaliadas por meio do questionário LDF-TMDQ, não houve diferença nos escores entre todos os subtipos diagnosticados. Os pacientes com dor miofascial apresentaram escores de depressão significativamente maiores do que os outros pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

Avaliar o impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com sinais e sintomas de DTM.

3.2. Específicos:

1. Realizar o diagnóstico clínico da DTM;
2. determinar a gravidade da DTM;
3. determinar o impacto da dor orofacial na qualidade de vida destes pacientes;
4. relacionar o gênero com o impacto na qualidade de vida;
5. relacionar o diagnóstico clínico de DTM com o impacto na qualidade de vida;
6. relacionar a gravidade da DTM com o impacto na qualidade de vida.

4. METODOLOGIA

4.1. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada em acordo com as normas e diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (ANEXO A).

Os pacientes encaminhados à clínica da disciplina de Dores e Disfunções Temporomandibulares e à clínica da Residência em Oclusão, Desordem Temporomandibular e Dor Orofacial da PUC Minas foram esclarecidos a respeito da pesquisa, de seus objetivos, dos procedimentos do estudo, dos benefícios, dos riscos e desconfortos e do caráter confidencial dos registros e convidados a participar da mesma. Aqueles que concordaram em participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

A todos os pacientes foi assegurado tratamento gratuito e incondicional nas mesmas disciplinas às quais já tinham sido encaminhados.

4.2. Universo e amostra

Foi realizado um censo dos pacientes que estavam aguardando tratamento especializado nas clínicas da disciplina de Dores e Disfunções Temporomandibulares e da Residência em Oclusão, Desordem Temporomandibular e Dor Orofacial da PUC Minas, no período de maio de 2005 a agosto de 2005.

Participaram do estudo os pacientes que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- a) Pacientes que apresentaram queixa de dor orofacial, sintomas e sinais de DTM;
- b) Pacientes que não estavam em tratamento das DTM;
- c) Pacientes que leram, entenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- d) Pacientes que estiveram presentes às consultas agendadas;

Foram excluídos deste estudo:

- a) Pacientes com deficiência mental que o incapacitasse a responder adequadamente às perguntas do exame e do questionário;
- b) Pacientes analfabetos.

4.3. Avaliação clínica

4.3.1. Treinamento e calibração do examinador

Como os métodos e parâmetros clínicos utilizados no Índice Temporomandibular são idênticos aos usados pelo índice RDC/TMD (ANEXO C), o treinamento foi feito pela leitura e discussão do protocolo de exame deste segundo índice (DWORKIN e LeRESCHÉ, 1992), bem como através de um vídeo detalhando todos os procedimentos utilizados no exame clínico. Para padronização da pressão de palpação, foi utilizada uma balança eletrônica, como sugerido por esses autores. Todos os examinadores aplicavam uma pressão sobre esta balança até que fosse possível a repetição automatizada da pressão necessária. Em seguida, o mestrando V.M.B., juntamente com uma professora da disciplina de Dores e Disfunções Temporomandibulares da PUC Minas, especialista em Disfunção Temporomandibular e doutora em Prótese Dentária pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP), e com o coordenador do Mestrado em Clínicas Odontológicas, ênfase em Prótese Dentária da PUC Minas, especialista em Disfunção Temporomandibular e doutor em Prótese Buco-maxilo-facial pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), realizaram os exames clínicos entre si e em dois alunos do curso de Mestrado em Clínicas Odontológicas, ênfase em Prótese Dentária, com o objetivo de fixar e discutir os critérios diagnósticos. Estes exames foram realizados na clínica da Faculdade de Odontologia, em equipamento odontológico, utilizando equipamentos de proteção individual e seguindo as normas

de biossegurança impostas pela instituição. Após os auto-exames, os examinadores discutiram entre si as suas impressões sobre o exame realizado, confrontando as particularidades de cada examinador observadas pelo examinado. Após o exame dos dois alunos, estes foram questionados sobre as mesmas particularidades testadas, especialmente da localização das áreas palpadas e da pressão exercida. Quando observada diferença de diagnóstico, nova avaliação foi realizada.

Posteriormente, 20 pacientes, apresentando ou não sinais e sintomas de DTM, selecionados aleatoriamente de uma lista de encaminhamentos para tratamento nas Clínicas Integrada IV e Dores e Disfunções Temporomandibulares da PUC Minas foram examinados pelos três examinadores. Os valores obtidos por cada examinador para os sub-índices (funcional, muscular e articular) e para o índice TMI (PEHLING et al., 2002) foram comparados, utilizando-se o teste de Friedman, com uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. Trata-se de um teste não paramétrico, que tem como objetivo comparar medidas realizadas na mesma unidade amostral.

4.3.2. Diagnóstico e determinação da gravidade da DTM

Os pacientes foram submetidos ao exame clínico, por um único examinador, o mestrando V. M. B., de acordo com os critérios do eixo I do índice RDC/TMD, proposto por Dworkin e Leresche em 1992 (ANEXO C) e as anotações foram feitas, utilizando o formulário traduzido para o português, publicado por Pereira, em 2002

(ANEXO D). Os exames foram realizados nas clínicas da faculdade, utilizando os equipamentos de proteção individual e seguindo as normas de biossegurança. A partir dessas informações, foi realizado o diagnóstico, de acordo com o eixo I do índice RDC/TMD (ANEXO E), e a determinação da gravidade da DTM (ANEXO F), de acordo com o Índice Temporomandibular (PEHLING et al., 2002).

4.3.3. Avaliação da concordância intra-examinador

A fim de avaliar a concordância intra-examinador alcançada durante este trabalho, 10% da amostra total foi reexaminada pelo mesmo avaliador. O segundo exame foi realizado após um período de 1 a 2 semanas. A concordância entre os valores do Índice Temporomandibular (TMI) e seus sub-índices (IF, IM e IA) obtidos nos dois exames foi testada, utilizando-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, com uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

4.4. Avaliação do impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM

Após o diagnóstico e a determinação da gravidade da DTM, foi avaliado o seu impacto nas atividades diárias desses pacientes, por meio do instrumento OHIP 14 (SLADE, 1997). Optou-se, devido ao baixo nível sócio-cultural dos participantes, pela aplicação desse indicador, através de entrevista, no mesmo dia e

imediatamente após o exame clínico, uma vez que sua utilização através de um formulário auto-aplicável poderia resultar em dados pouco confiáveis (de OLIVEIRA e NADANOVSKY, 2005).

Esse instrumento é atualmente considerado um bom indicador das percepções e sentimentos dos indivíduos sobre sua própria saúde bucal e suas expectativas em relação ao tratamento e serviços odontológicos (MIOTTO e BARCELLOS, 2001).

Como o OHIP 14 já foi testado e validado para o uso na língua e cultura nacional (VIEIRA, 2003; ROBSON et al., 2003; MIOTTO e LOUREIRO, 2003; de OLIVEIRA e NADANOVSKY, 2005), apresentando boas propriedades psicométricas, semelhantes às da versão original, não houve necessidade de validar o instrumento aplicado nesta pesquisa.

À versão proposta por Vieira (2003), foi realizada uma pequena alteração nas perguntas, em que as palavras “seus dentes e dentaduras” foram substituídas por “sua articulação” (ANEXO G). Explicações adicionais, quando necessárias, foram dadas para que ficasse claro ao entrevistado que estávamos nos referindo à articulação temporomandibular. Desta forma esta articulação foi descrita como a “articulação do rosto”, “articulação para abrir ou fechar a sua boca” ou até mesmo “junta do rosto”. Esta substituição foi realizada para evitar que os entrevistados relatassem algum impacto provocado por causa de problemas dentários ou relacionados a presença de próteses, e somente os relatos de incapacidades provocadas por problemas relacionadas a sua boca e articulação fossem considerados naquele momento. A frequência dos impactos observados foi avaliada nos últimos 12 meses e o formulário utilizado é apresentado no QUADRO 1.

Marque com um X a resposta	Sempre	Freqüentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
3. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?						
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
5. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
6. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
10. Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						

QUADRO 1: OHIP 14 (SLADE, 1997) modificado para esta pesquisa

O formulário OHIP 14 é composto por sete dimensões, representadas pelas seguintes questões:

- Limitações funcionais: questões 1 e 2 do formulário;
- Dor física: questões 3 e 4 do formulário;
- Desconforto psicológico: questões 5 e 6;
- Incapacidade física: questões 7 e 8;
- Incapacidade psicológica: questões 9 e 10;
- Incapacidade social: questões 11 e 12;
- Invalidez: questões 13 e 14.

A fim de garantir a compreensão das freqüências, facilitar a diferenciação entre suas possíveis respostas, possibilitar uma maior confiabilidade nos relatos dos entrevistados e minimizar a possibilidade de incorporação de um viés de memória na resposta dos participantes (relembrar somente a primeira ou última possibilidade de resposta), o entrevistador mostrou o seguinte cartão aos entrevistados, com todas as possíveis respostas, que foram lidas pelo entrevistador no início da entrevista (de OLIVEIRA e NADANOVSKY, 2005). Além disso, a expressão “quase nunca” foi acrescentada à palavra “raramente”, para facilitar a compreensão dessa freqüência. Da mesma forma, a expressão “muitas vezes” foi adicionada à palavra “freqüentemente”.

	Não sabe
0	Nunca
1	Raramente ou quase nunca
2	Às vezes
3	Freqüentemente ou muitas vezes
4	Sempre

Para calcular o impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM, foi utilizado o método padrão de cálculo do OHIP 14, utilizando o peso específico para cada questão (ALLEN e LOCKER, 1997).

As seguintes pontuações eram atribuídas a cada resposta:

- nunca – 0
- raramente – 1
- às vezes – 2
- frequentemente - 3
- sempre – 4
- não sabe – exclusão (de todo formulário).

Além disso, esse valor foi multiplicado pelo peso de cada pergunta como se segue:

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Peso	0,51	0,49	0,34	0,66	0,45	0,55	0,52	0,48	0,60	0,40	0,62	0,38	0,59	0,41

Dessa forma, ao somar a pontuação final de todas as perguntas, obtivemos valores, variando entre 0 e 28 pontos. Quanto maior a pontuação apresentada, maior foi a percepção do impacto pelo indivíduo (SLADE, 1997).

4.5. Análise estatística

Após cada dia de trabalho, os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica, para posterior análise estatística. As relações existentes entre o gênero e

os diagnósticos específicos de DTM com o impacto na qualidade de vida dos pacientes foram avaliadas por meio do teste Mann-Whitney. Trata-se de um teste não paramétrico com o objetivo de comparar duas amostras independentes. Portanto, não se baseia na média e desvio-padrão, e sim nos postos / posições (Rank - posição do indivíduo na amostra) das medidas. As relações existentes entre a gravidade da DTM, avaliada pelo índice TMI e seus sub-índices, e o impacto na qualidade de vida dos pacientes foram avaliadas por meio da análise de correlação de Pearson, representada pela letra r , com variação de -1 a 1. Essa análise expressa a relação entre duas variáveis e a grandeza dessa relação. Valores positivos indicam uma relação direta entre as variáveis, ou seja, um aumento de uma delas é acompanhado pelo aumento da outra. Valores negativos indicam uma relação indireta, ou seja, um aumento de uma variável é acompanhado pelo decréscimo da outra. Um alto valor de r próximo de 1 (negativo ou positivo) representa uma forte relação linear, enquanto que um valor próximo de zero mostra que a associação linear é fraca (CONOVER, 1980; JOHNSON e BHATTACHARYYA, 2001).

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste segmento da pesquisa serão ordenados os resultados e discutidas as informações sobre a calibração do examinador, concordância inter-examinadores e intra-examinador, caracterização da amostra, descrição da gravidade da DTM, do impacto na qualidade de vida e suas correlações.

Como se pode ver no quadro 2, uma grande variedade de indicadores subjetivos de saúde já foi utilizada em avaliações de pacientes com DTM.

Indicadores de saúde geral	
<i>Gill Well-Being Scale, Spielberger's State and Trait Anxiety scales, Corah Dental Anxiety scale, Kiyak scale, McGill Pain Questionnaire (MPQ), West Haven Multidimensional Pain Inventory (WHYM-PI) e Sickness Impact Profile</i>	REISINE et al. (1989) e REISINE e WEBER (1989)
<i>Basic Personality Inventory (BPI), Multidimensional Health Locus of Control (MHLC), Illnes Behavior Questionnaire, Perceived Stress Scale (PPS) e Ways of Coping (revised)</i>	SCHUNURR, BROOKE e ROLLMAN (1990)
<i>Pain Disability Index (PDI)</i>	BUSH e HARKINS (1995)
<i>Medical Outcomes Study (MOS-17)</i>	Di FABIO (1998)
<i>Graded chronic pain scale- GCP</i>	CHUNG et al. (2004)
<i>McGill Pain Questionnaire (MPQ)</i>	MAURO et al. (2001) e OLIVEIRA et al. (2003)
Indicadores de saúde bucal	
Questionário desenvolvido pelos autores	LOCKER e GRUSHKA (1987); DAO, LUND e LAVIGNE (1994), DAO et al. (1994), MACFARLANE et al. (2002).
<i>Activity of Daily Living (ADL) modificado</i>	LIST e HELKIMO (1995) e VOOG et al. (2003)
<i>Oral Health Impact Profile (OHIP 30)</i>	MURRAY et al. (1996) e SEGÙ et al. (2005)
Eixo II do índice RDC/TMD	YAP et al. (2001) e YAP, CHUA e HOE (2002)
<i>Manchester orofacial pain disability scale</i>	AGGARWAL et al. (2005)
LDF-TMDQ – Limitations of daily functions for TMD Questionnaire	SUGISAKI et al. (2005) e KINO et al. (2005).

QUADRO 2: Indicadores subjetivos de saúde e DTM

Apesar de alguns indicadores apresentarem sólida estruturação teórica e validade já documentada, ainda não são muito usados por autores que não estiveram envolvidos na sua formulação. Nenhum indicador subjetivo de qualidade de vida pode ser considerado como “padrão-ouro” e devem ser incorporados aos indicadores objetivos, para auxiliar o diagnóstico, planejamento e prognóstico dos pacientes (CORTES, 2000). Talvez a principal razão para a não utilização sistemática desses indicadores seja a dificuldade de seleção do formulário a ser usado, já que não existem trabalhos comparando-os em diferentes situações clínicas (ALLEN, 2003). Exceção ao trabalho de Robinson et al. (2003), que compararam a validade do OHIP 14 e do OIDP.

O fato de já ter suas propriedades psicométricas comprovadas e de possibilitar a comparação entre populações com diferentes problemas (Ex: DTM e dores nas costas) são apontados como vantagens dos indicadores subjetivos de saúde geral. Por outro lado, os indicadores subjetivos de saúde bucal tendem a ser mais sensíveis na detecção de pequenas mudanças em condições específicas (LOCKER e MILLER, 1994; MURRAY et al., 1996; ALLEN et al., 1999; BRODER et al., 2000). Além disso, autores como Locker e Grushka (1987), afirmaram que seria possível uma avaliação mais detalhada da incapacidade gerada pela DTM por meio de indicadores subjetivos de saúde bucal. Di Fabio (1998) e Allen (2003) chegaram a recomendar o uso simultâneo de indicadores genéricos e específicos para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DTM.

Locker e Miller (1994) afirmaram que a escolha de um indicador subjetivo depende do objetivo dessa avaliação. Em ensaios clínicos controlados, o indicador a ser utilizado deve ser capaz de detectar mudanças clínicas significativas, enquanto

que, em estudos de avaliação de necessidade de tratamento, esses devem apresentar um bom valor preditivo.

De acordo com Locker, Jokovic e Clarke (2004), o primeiro passo para seleção de um indicador subjetivo de saúde bucal é determinar o objetivo da avaliação, que pode ser descritivo, preditivo, discriminativo ou avaliativo. A avaliação descritiva é usada em pesquisas populacionais, para documentar a prevalência ou a natureza dos impactos na saúde. A preditiva é utilizada para prever o estado de saúde do paciente em comparação a uma medida considerada padrão-ouro. Os discriminativos, como o OHIP, distinguem grupos que diferem entre si em relação às condições clínicas ou gravidade. Para avaliar as mudanças do estado de saúde do indivíduo durante o curso natural da doença ou após medidas terapêuticas são usados indicadores avaliativos. O segundo passo é identificar um indicador que apresente a capacidade de avaliar o que foi determinado como objetivo do trabalho. Idealmente, essa propriedade deve ter sido verificada em amostras semelhantes a que será estudada. Portanto, o OHIP 14 enquadra-se corretamente neste estudo, em que a qualidade exigida será a discriminativa, para a qual este indicador foi desenvolvido e já foi confirmada em outros estudos. Além disso, Allen, McMillan e Locker (2001) demonstraram que o OHIP 49 foi sensível às mudanças após a implementação de tratamento protético reabilitador, demonstrando, portanto características avaliativas.

Seria necessária a utilização de um formulário já validado para o português ou realizar a sua validação e a adequação sócio-cultural. Essas são imprescindíveis para sua utilização em outro idioma que não aquele no qual foi originalmente formulado, uma vez que essas questões culturais e semânticas são essenciais para a compreensão das questões por parte dos entrevistados e, conseqüentemente,

para a eficácia da avaliação. Como afirmado anteriormente neste trabalho, o OHIP 14 apresenta versões validadas para o português (VIEIRA, 2003; ROBSON et al., 2003; MIOTTO e LOUREIRO, 2003; de OLIVEIRA e NADANOVSKY, 2005).

5.1. Calibração do examinador e concordância inter-examinadores

Os resultados apresentados na tabela 1 mostram a capacidade dos três examinadores fornecerem medidas similares para o Índice Temporomandibular (TMI) e seus sub-índices (Índice articular-IA, Índice Funcional-IF e Índice Muscular-IM), após o exame de 20 pacientes, com ou sem sinais e sintomas de DTM, selecionados aleatoriamente e sem o conhecimento prévio de nenhum dos examinadores. Os valores obtidos por cada examinador para os sub-índices e para o índice TMI foram comparados, utilizando-se o teste de Friedman, com uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

TABELA 1
Análise comparativa entre os três avaliadores quanto aos índices de interesse

Medida	Examinador	Medidas descritivas					p
		Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D.p.	
IF	1	0,25	0,83	0,54	0,60	0,17	0,670 1 = 2 = 3
	2	0,33	0,92	0,50	0,55	0,16	
	3	0,33	1,00	0,62	0,61	0,16	
IM	1	0,00	0,90	0,40	0,42	0,27	0,025 2 > 1
	2	0,00	1,00	0,55	0,53	0,31	
	3	0,00	1,00	0,43	0,47	0,31	
IA	1	0,00	0,50	0,13	0,16	0,18	0,030 2 > 1
	2	0,00	1,00	0,25	0,26	0,25	
	3	0,00	0,63	0,20	0,20	0,20	
TMI	1	0,13	0,66	0,41	0,39	0,16	0,196 1 = 2 = 3
	2	0,14	0,89	0,43	0,45	0,20	
	3	0,17	0,80	0,43	0,43	0,19	

Nota: a probabilidade de significância refere-se ao teste de Friedman

Legenda: 1 → examinador 1; 2 → examinador 2; 3 → examinador 3

Observou-se que os três examinadores obtiveram valores similares para os índices IF e TMI. Em relação ao IM e ao IA foram verificadas diferenças significativas entre os examinadores 1 e 2, com valores superiores para o examinador 2. Entretanto, o examinador 3 não apresentou diferenças significativas, quando comparado com os outros dois examinadores.

A dificuldade para alcançar valores confiáveis de calibração inter-examinadores no exame de pacientes com DTM foi comprovada por Dworkin et al. (1990).

Corroborando com os resultados de Dworkin et al. (1990), Wahlund, List e Dworkin (1998) e Leher et al. (2005), este trabalho demonstrou que houve concordância entre os três examinadores no Índice TMI e no sub-índice IF. No primeiro, pois se trata do valor total do índice, o que facilitaria a obtenção de valores maiores de concordância inter-examinadores. No segundo, pois os parâmetros

avaliados, limite dos movimentos verticais e excursivos e padrão de abertura, apresentaram, respectivamente, valores de concordância excelentes e aceitáveis de acordo com esses autores.

O fato de não haver concordância entre os valores de IA obtidos pelos examinadores 1 e 2, também pode ser suportado pelos baixos valores de concordância observados na literatura, quando os parâmetros sons articulares e dor articular à palpação foram avaliados (DWORKIN et al., 1990 e LEHER et al., 2005). Por outro lado, Wahlund, List e Dworkin (1998) alcançaram valores de concordância excelentes e aceitáveis durante a avaliação dos sons articulares ($K=0,75$ a $0,79$) e dor articular à palpação ($K=0,70$ a $0,80$).

Diferentemente dos altos valores de confiabilidade obtidos por Dworkin et al. (1990) quando avaliaram o número total de músculos doloridos à palpação, houve diferenças significativas entre os valores de IM obtidos pelos examinadores 1 e 2 deste trabalho. Contudo, essas diferenças observadas podem ser suportadas pelos valores modestos de concordância observados por Wahlund, List e Dworkin (1998) e e Leher et al. (2005), quando avaliavam a dor muscular à palpação de acordo com o protocolo do índice RDC/TMD.

Pehling et al. (2002) alcançaram boa confiabilidade entre dois examinadores utilizando o índice TMI e seus sub-índices, contudo os menores valores alcançados foram nos sub-índices IM e IA, os mesmos onde houve discordância dos valores alcançados pelos examinadores 1 e 2.

Ao final do processo de calibração, optou-se pela utilização de um único examinador, V. M. B., já que os valores obtidos por esse para o Índice TMI e seus três sub-índices (IF, IM e IA) não apresentaram diferenças significativas, quando comparados com os outros dois examinadores e, de acordo com Leher et al. (2005),

a calibração apresentou uma maior influência na confiabilidade do exame de DTM do que a experiência dos examinadores.

5.2. Concordância intra-examinador

Na tabela 2, observam-se os resultados obtidos pelo mesmo examinador (V.M.B.) para o índice TMI e seus sub-índices (IA, IF e IM), no primeiro e segundo exame de 10% da amostra total ($n = 8$). Como pode ser observado, as medidas realizadas pelo mesmo examinador não apresentaram diferenças significativas no que diz respeito aos índices IF, IA e TMI. Já em relação ao índice IM, foi identificada uma diferença significativa entre as duas medidas, sendo que a 1ª medida apresentou resultados inferiores aos observados na 2ª medida.

TABELA 2
Comparação entre duas medidas realizadas em uma
mesma amostra pelo mesmo examinador

	Medidas descritivas					p
	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	d.p	
IF ₁	0,0	0,7	0,4	0,4	0,3	0,167
IF ₂	0,0	0,8	0,3	0,4	0,3	IF ₁ = IF ₂
IM ₁	0,1	1,0	0,6	0,5	0,3	0,031
IM ₂	0,2	1,0	0,7	0,6	0,3	IM ₂ > IM ₁
IA ₁	0,0	0,8	0,3	0,3	0,2	0,496
IA ₂	0,0	0,6	0,3	0,3	0,2	IA ₁ = IA ₂
TMI ₁	0,1	0,7	0,4	0,4	0,2	0,499
TMI ₂	0,1	0,7	0,4	0,4	0,2	TMI ₁ = TMI ₂

Nota: a probabilidade de significância ($p > 0,05$) refere-se ao teste Wilcoxon

A concordância intra-examinador observada para os índices TMI, IF e IA foi semelhante à relatada por Wahlund, List e Dworkin (1998).

Neste trabalho, apesar da grande semelhança dos valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio-padrão observados para o primeiro e segundo exame do sub-índice IM (TAB. 2), houve uma diferença significativa destes valores. Wahlund, List e Dworkin (1998) alcançaram valores de concordância excelente para palpação de músculos extra-orais. Todavia, alcançaram somente valores aceitáveis de Kappa ($K=0,56$) para avaliação dos músculos intra-orais. Dworkin e LeResche (1992) relataram valores de concordância ainda menores que estes, denotando fraca concordância na avaliação dos músculos intra-orais. A literatura tem apontado que, entre os sinais de DTM normalmente avaliados durante o exame clínico, a palpação dos músculos intra-orais continua sendo o mais contestado. Como o índice IM refere-se a dor à palpação de músculos extra e intra-orais, a dificuldade de obtenção de altos valores de concordância na avaliação destes últimos, relatada por outros autores, talvez tenha contribuído para esta diferença observada.

Além disso, o número reduzido de n e a necessidade do uso de um teste não paramétrico, que detecta a diferença existente sem ponderar a sua magnitude, podem ter contribuído para esta diferença significativa.

Como lembraram Dworkin et al. (1990) e Dworkin e LeResche (1992), os relatos de dor a palpação muscular podem apresentar variações entre exames, mesmo que realizados no mesmo dia. Portanto, esta diferença significativa também pode ter sido observada devido a piora dos sintomas musculares dos pacientes avaliados.

5.3. Caracterização da amostra

A seguir, as medidas descritivas da amostra avaliada são apresentadas em porcentagens e tabelas com a média, mínimo (mín), máximo (máx) e desvio-padrão (d.p.). O valor de **n** refere-se ao tamanho da amostra avaliada, que correspondeu a 83 indivíduos.

5.3.1. Gênero

No gráfico 1, podemos observar a distribuição por gênero da amostra examinada. No grupo de pacientes avaliados, 69 eram do gênero feminino (83,1%) e 14 do masculino (16,9%), ou seja, em uma proporção de 4,9 pacientes do gênero feminino para cada paciente do gênero masculino.

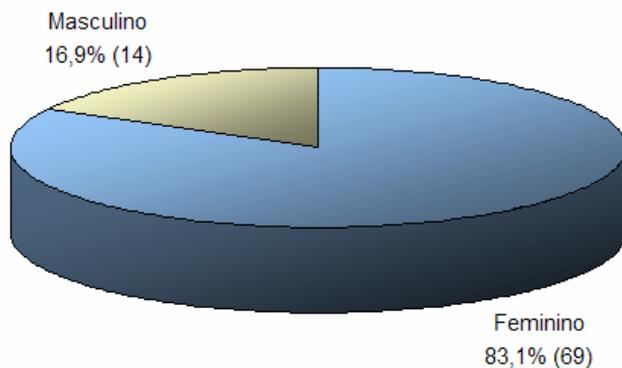


GRÁFICO 1: Caracterização dos pacientes segundo o gênero

Independentemente do tipo de amostra avaliada, as mulheres apresentaram-se mais freqüentemente acometidas por sinais ou sintomas de DTM do que os homens, sendo esses mais severos no gênero feminino (LOCKER e SLADE, 1988; De KANTER et al., 1993; LIPTON, SHIP e LARACH-ROBINSON, 1993; CONTI et al., 1996; CARLSSON, 1999; RANTALA et al., 2003).

Nos estudos em que foram avaliados pacientes à procura por tratamento, essa relação foi bastante variada. Yap et al. (2001) e Yap, Chua e Hoe (2002) observaram uma relação de aproximadamente 2 pacientes do gênero feminino para cada um do masculino. Uma relação de 3 para 1, a favor do gênero feminino, foi descrita por vários autores (LIST e HELKIMO, 1995; LIST e DWORKIN, 1996; MURRAY et al., 1996; MAURO et al., 2001; YAP et al., 2003; SUGISAKI et al., 2005 e KINO et al., 2005); ligeiramente inferior a relação de 4:1 observada por Bush e Harkins (1995). Outros autores observaram prevalência ainda maior no gênero feminino, como a relação de 5 para 1 (DAO, LUND e LAVIGNE, 1994 e SEGÙ et al., 2005), bem próxima aos valores observados neste trabalho. Reisine et al. (1989), Reisine e Weber (1989) e Schunurr, Brooke e Rollman (1990) observaram uma relação de 6 para 1, pouco inferior a relação de 8 mulheres para cada homem observada por autores como Dao et al. (1994) e Di Fabio (1998). A predominância de mulheres foi ainda mais marcante no trabalho de Oliveira et al. (2003), que observaram a relação de 10:1. Nos estudos envolvendo amostra de pacientes, parece não haver outra razão para essas diferenças de relação entre os gêneros senão a própria variação das amostras. Admite-se que as mulheres apresentam um comportamento diferenciado dos homens diante da dor provocada por DTM, o que resultaria em uma maior busca por tratamento, explicando a maior prevalência de DTM nesse gênero.

Nos estudos populacionais, essa relação foi de aproximadamente 2:1 (LIPTON. SHIP e LARACH-ROBINSON, 1993 e MACFARLANE et al., 2002). Somente Pow, Leung e McMillan (2001) e Chung et al. (2004) não observaram essa diferença entre os gêneros, quando determinaram a prevalência de sintomas associados à DTM em populações orientais.

5.3.2. Faixa etária

Quanto à idade, houve uma variação de 15 a 70 anos, com uma média igual a 36,5 anos e desvio-padrão igual a 13,5 anos. Avaliando-se a faixa etária; 7 pacientes (8,5%) tinham entre 15 e 20 anos; 23 pacientes (27,7%), entre 21 e 30 anos; 24 pacientes (28,9%), entre 31 e 40 anos; 18 pacientes (21,7%), entre 41 e 50 anos; 6 pacientes (7,2%), entre 51 e 60 anos; e 5 pacientes (6%), entre 61 e 70 anos (GRAF. 2).

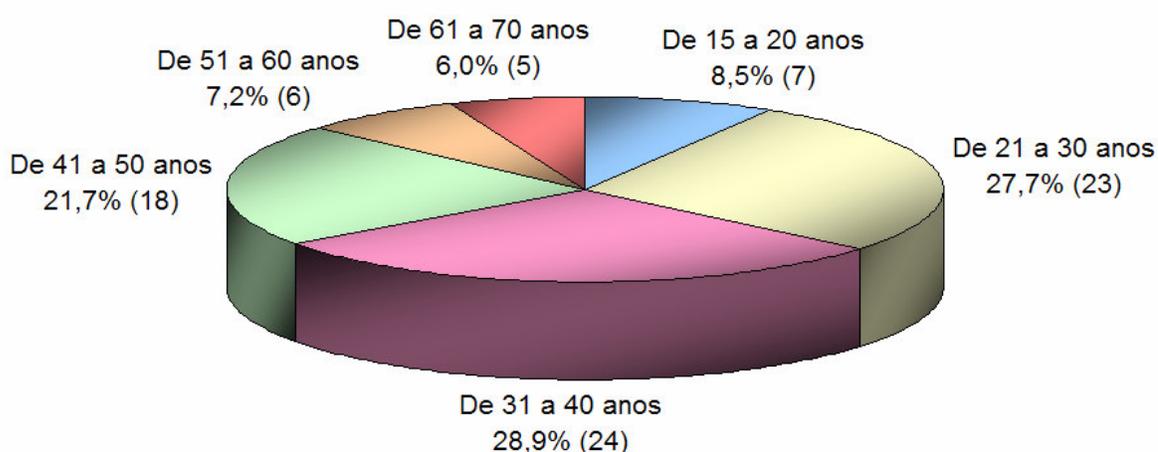


GRÁFICO 2: Caracterização dos pacientes segundo a faixa etária

A média de idade observada neste trabalho (36,5 anos) foi semelhante à média de idade da maioria dos trabalhos que avaliaram pacientes encaminhados a clínicas especializadas para tratamento de DTM. Nessas, a média observada foi de 30 a 40 anos (REISINE et al., 1989; REISINE e WEBER, 1989; SCHUNURR, BROOKE e ROLLMAN, 1990; DAO, LUND e LAVIGNE, 1994; BUSH e HARKINS, 1995; MURRAY et al., 1996; LIST e DWORKIN, 1996; Di FABIO, 1998; MAURO et al., 2001; YAP et al., 2001; YAP, CHUA e HOE, 2002; YAP et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2003; SEGÙ et al., 2005; SUGISAKI et al., 2005 e KINO et al., 2005).

5.3.3. Diagnóstico clínico da DTM

O diagnóstico clínico de DTM foi realizado de acordo com as especificações e classificações do Eixo I do índice RDC/TMD, em que os indivíduos foram classificados em um ou mais dos três grupos de diagnóstico desse índice, sendo:

- grupo I – desordens musculares,
- grupo II – deslocamento de disco,
- grupo III – artralgia, artrite e artrose.

Uma avaliação dos diagnósticos da DTM mostrou que 7 pacientes (8,4%) não apresentaram alterações de nenhum dos três grupos de diagnóstico. Além disso, 17 pacientes (20,5%) apresentaram alterações apenas do grupo I; 5 pacientes (6%), apenas do grupo II; e 3 pacientes (3,6%), apenas do grupo III. A maioria, 37 pacientes (44,6%) apresentaram alterações compatíveis de dois grupos de diagnóstico, e 14 pacientes (16,9%) dos três grupos. De um modo geral, 64 (77,2%)

pacientes apresentaram desordem muscular; 34 pacientes (41%), deslocamento de disco; e 43 pacientes (51,8%), alterações do grupo III (artrite, artrose ou artralgia) (TAB. 3).

TABELA 3

Avaliação do diagnóstico da desordem temporomandibular

Desordem muscular	Deslocamento de disco	Artrite / Artrose / Artralgia	Frequência	
			n	%
Ausente	Ausente	Ausente	7	8,4
Ausente	Ausente	Presente	3	3,6
Ausente	Presente	Ausente	5	6,0
Ausente	Presente	Presente	4	4,8
Presente	Ausente	Ausente	17	20,5
Presente	Ausente	Presente	22	26,5
Presente	Presente	Ausente	11	13,3
Presente	Presente	Presente	14	16,9
Total			83	100

Avaliando apenas os diagnósticos do grupo I do índice RDC/TMD (desordem muscular), 42 pacientes (50,6%) apresentaram dor miofascial; 22 pacientes (26,5%), dor miofascial com limitação de abertura; e em 19 pacientes (22,9%), a desordem muscular foi ausente (GRAF. 3).

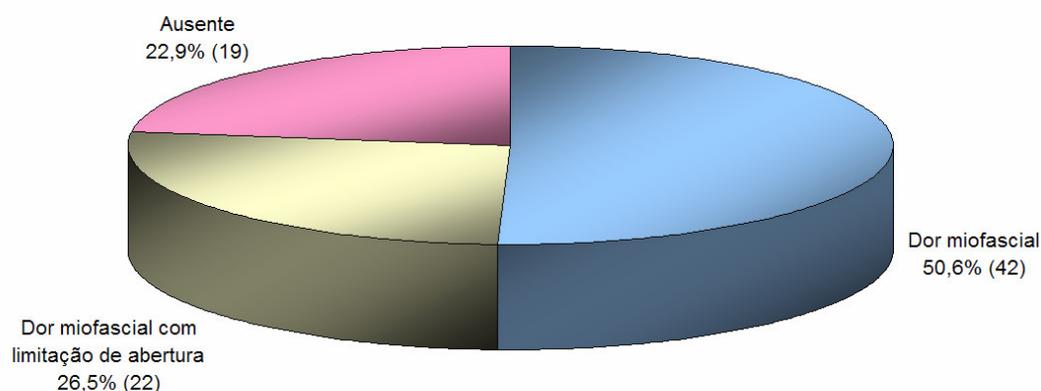


GRÁFICO 3: Caracterização dos pacientes segundo a desordem muscular

A distribuição dos diagnósticos do grupo II do índice RDC/TMD (deslocamento de disco) pode ser observada abaixo. O deslocamento de disco esteve presente nas ATM direitas de 17 pacientes (20,5%). No lado esquerdo, o mesmo diagnóstico esteve presente em 28 pacientes (33,7%). O deslocamento de disco com redução foi observado nas ATM direitas de 15 pacientes (18,1%). No lado esquerdo, esse diagnóstico foi observado em 26 pacientes (31,3%). Deslocamento de disco sem redução e com limitação de abertura não foi diagnosticado em nenhum paciente. Já o deslocamento de disco sem redução e sem limitação de abertura foi observado nas ATM direitas de 2 pacientes (2,4%). Dois pacientes (2,4%) tiveram o diagnóstico de deslocamento de disco sem redução e sem limitação de abertura nas ATM do lado esquerdo (TAB 4).

TABELA 4

Caracterização dos pacientes segundo o diagnóstico de deslocamento de disco

Deslocamento de disco	Lado direito		Lado esquerdo	
	n	%	n	%
Com redução	15	18,1	26	31,3
S/ redução com limitação de abertura	0	0,0	0	0,0
S/ redução sem limitação de abertura	2	2,4	2	2,4
Ausente	66	79,5	55	66,3
Total	83	100	83	100

O diagnóstico mais comum do grupo III do índice RDC/TMD (artralgia, artrite e artrose) foi a artralgia, observada em 27 pacientes (32,5%) nas ATM direitas e em 29 pacientes (35%) nas ATM esquerdas. A osteoartrite foi diagnosticada em 3 pacientes (3,6%) nas ATM direita e em 4 pacientes (4,8%) nas ATM esquerdas. O diagnóstico de osteoartrose foi realizado em 1 paciente (1,2%) na sua ATM direita. Quatro pacientes (4,8%) apresentaram osteoartrose nas ATM esquerdas. Os diagnósticos desse grupo não foram verificados no lado direito em 52 (62,7%) pacientes e no lado esquerdo, em 46 pacientes (55,4%) (TAB. 5).

TABELA 5

Caracterização dos pacientes segundo o diagnóstico de artralgia, artrite ou artrose

Diagnóstico	Lado direito		Lado esquerdo	
	n	%	n	%
Artralgia	27	32,5	29	35
Osteoartrite da ATM	3	3,6	4	4,8
Osteoartrose da ATM	1	1,2	4	4,8
Ausente	52	62,7	46	55,4
Total	83	100	83	100

Um certo número de pacientes encaminhados para clínicas de tratamento de DTM, ainda que relatando sintomas de DTM, possivelmente não poderiam ser enquadrados nos diagnósticos do Eixo I do índice RDC/TMD. Nas orientações desse índice, não estão presentes critérios específicos para condições como espasmo muscular, miosite, contratura, poliartrites e lesão traumática aguda devido à dificuldade de alcançar critérios operacionais confiáveis de diagnóstico dessas condições ou pela baixa prevalência relatada na literatura (DWORKIN e LeRESCHÉ, 1992).

As freqüências de diagnósticos observadas em nossa amostra foram bastante semelhantes às do estudo de List e Dworkin (1996), demonstrando a semelhança das amostras avaliadas. Por outro lado, os diagnósticos específicos observados neste estudo foram diferentes de autores que avaliaram pacientes orientais (YAP et al., 2002; YAP et al., 2003; SUGISAKI et al., 2005; KINO et al., 2005) que afirmaram haver uma diferença de prevalência de diagnósticos entre pacientes ocidentais e orientais, apresentando os últimos prevalências inferiores aos primeiros em todos os grupos diagnósticos do índice RDC/TMD.

A presença de diagnóstico de deslocamento de disco sem redução e sem limitação de abertura, ainda que esteja de acordo com o protocolo de exame do Eixo I do índice RDC/TMD, deve ser vista com algum cuidado, já que não foram utilizadas imagens articulares para a confirmação desse diagnóstico. Autores que realizaram a

revisão e discussão dos critérios de exame propostos nesse índice de classificação chegaram a afirmar que esse diagnóstico deveria ser descartado, quando imagens não fossem utilizadas para sua confirmação (DWORKIN e LeRESCHE, 1992). Contudo, essa possibilidade de diagnóstico ainda vem sendo utilizada em trabalhos internacionais, mesmo sem a utilização desses recursos adicionais.

5.4. Gravidade da DTM de acordo com o índice TMI e seus sub-índices

O índice TMI e seus sub-índices podem apresentar uma variação entre 0 e 1, em que os maiores valores retratam uma maior gravidade da DTM. Uma variação de 0,02 a 0,83 pontos foi observada para o índice TMI, com uma média igual a 0,41 e desvio-padrão igual a 0,18. Para os seus sub-índices foi observado um valor médio igual a 0,39 para IF, de 0,54 para o IM e de 0,32 para IA. Desses sub-índices, somente o IF não apresentou a variação máxima possível, e sim o valor máximo de 0,83 (TAB. 6).

TABELA 6
Caracterização dos pacientes segundo os índices TMI
e seus sub-índices (IF, IM e IA)

ÍNDICE	Medidas descritivas				
	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D.p.
TMI	0,02	0,83	0,41	0,41	0,18
IF	0,00	0,83	0,41	0,39	0,18
IM	0,00	1,00	0,55	0,54	0,28
IA	0,00	1,00	0,25	0,32	0,22

Os únicos valores do índice TMI de seus sub-índices encontrados na literatura pesquisada foram os descritos no trabalho de Pehling et al. (2002). Os valores médios e de desvio-padrão do índice TMI e dos seus sub-índices observados no grupo de indivíduos com sintomas de DTM antes do tratamento foram: índice TMI - 0,41 (d.p. 0,10); sub-índice IF - 0,37 (d.p. 0,13); sub-índice IM - 0,46 (d.p. 0,18) e o sub-índice IA - 0,39 (d.p. 0,16).

Os valores observados neste trabalho apresentaram-se semelhantes aos valores publicados por Pehling et al. (2002), possivelmente por terem avaliado amostras bastante semelhantes, composta por indivíduos com sintomas e à procura por tratamento de DTM.

5.5. Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM

O formulário de avaliação do impacto na qualidade de vida utilizado neste trabalho (OHIP 14) foi respondido por todos 83 pacientes avaliados, sendo 6 desses excluídos devido ao critério “não sei”.

Na tabela a seguir (TAB. 7) estão expressos, em valores percentuais, a frequência de distribuição das respostas do formulário.

TABELA 7
Avaliação das respostas para cada uma das questões do OHIP

Afirmativa	Resposta					
	4	3	2	1	0	NS
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?	9,6	8,5	25,3	7,2	47,0	2,4
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?	2,4	4,8	21,7	7,2	62,7	1,2
3. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?	43,4	30,1	18,1	2,4	6,0	0,0
4. Você sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?	25,3	30,1	24,1	7,2	13,3	0,0
5. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?	48,2	21,7	20,5	1,2	8,4	0,0
6. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?	28,9	16,9	27,7	3,6	21,7	1,2
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?	13,2	18,1	18,1	14,5	34,9	1,2
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou articulação?	1,2	6,0	26,5	12,1	54,2	0,0
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?	28,9	19,3	27,7	10,8	13,3	0,0
10. Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?	7,2	6,0	12,1	3,6	71,1	0,0
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?	14,5	7,2	15,7	7,2	54,2	1,2
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?	7,2	13,3	22,9	13,3	43,3	0,0
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?	12,0	18,1	21,7	3,6	42,2	2,4
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?	2,4	6,0	4,8	10,9	75,9	0,0

Legenda: 0 → Nunca 1 → Raramente 2 → Às vezes 3 → Frequentemente 4 → Sempre

Conforme proposto por Slade (1997), o valor atribuído a cada questão deveria ser multiplicado pelo seu peso específico, resultando em uma variação de valor máximo para cada pergunta de 1,36 a 2,64 pontos. Ao somar a pontuação final de todas as perguntas, poderia haver uma variação de 0 a 28 pontos. Quanto maior a pontuação apresentada, maior a repercussão sobre a qualidade de vida. Neste estudo, observou-se uma variação de 0 a 23,24 pontos, com média igual a 11,44 e desvio-padrão de 5,03 (TAB. 8). Somente 1 paciente (1,3% da amostra) não apresentou qualquer impacto, total de pontos igual a zero. Conseqüentemente, 98,7% da amostra apresentou algum impacto negativo em pelo menos uma pergunta. Uma avaliação por faixa de pontos mostrou que: 16 pacientes (20,8 %) obtiveram pontuação abaixo de 7 pontos; 35 pacientes (45,4%), entre 7 e 14 pontos; 24 pacientes (31,2%), entre 14 e 21 pontos; e 2 pacientes (2,6%), entre 21 e 28 pontos (GRAF. 4).

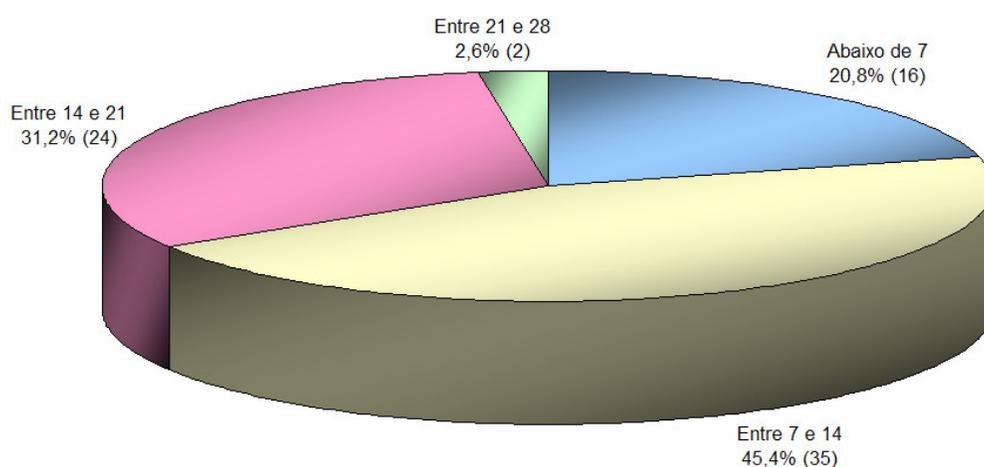


GRÁFICO 4: Caracterização dos pacientes segundo o OHIP

Nota: 6 casos sem informação

A distribuição da pontuação de cada dimensão do OHIP 14 pode ser observada na tabela 8. Como a soma dos pesos específicos de cada dimensão do OHIP 14 é sempre 1 e o valor máximo atribuído à frequência é 4, a pontuação de cada uma dessas dimensões pode apresentar uma variação de 0 a 4.

TABELA 8

Caracterização dos pacientes segundo a qualidade de vida (OHIP)

Qualidade de vida	Medidas descritivas				
	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D.p.
OHIP	0,00	23,24	11,49	11,44	5,03
Limitações funcionais	0,00	3,51	1,02	1,02	0,93
Dor física	0,00	4,00	2,68	2,66	0,99
Desconforto psicológico	0,00	4,00	2,90	2,60	1,08
Incapacidade física	0,00	4,00	1,04	1,24	1,08
Incapacidade psicológica	0,00	4,00	1,80	1,73	1,04
Incapacidade social	0,00	3,62	1,00	1,25	1,18
Invalidez	0,00	4,00	1,18	1,08	1,15

O valor total de OHIP variou de 0 a 23,24 pontos, com média igual a 11,44 pontos e desvio-padrão de 5,03 pontos. Como o valor máximo observado para o OHIP foi 23,24 pontos, podemos afirmar que nenhum paciente respondeu como “sempre” a todas as questões do formulário.

As dimensões limitações funcionais e incapacidade social apresentaram, respectivamente, valores máximos de 3,51 e 3,62. Portanto, podemos afirmar que as questões 1 e 2 da dimensão de limitações funcionais, não foram respondidas simultaneamente como “sempre” por nenhum dos entrevistados. Da mesma forma, as questões 11 e 12, referentes à dimensão incapacidade social, não apresentaram concomitantemente a resposta “sempre” em nenhuma das entrevistas realizadas. Todos os outros pares de perguntas (3 e 4; 5 e 6; 7 e 8; 9 e 10; 13 e 14) correspondentes, respectivamente às outras 5 dimensões (dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, invalidez) foram

respondidas simultaneamente como “sempre” por, no mínimo, um paciente, representando o maior impacto possível nessas dimensões (valor máximo igual a 4).

As dimensões dor física e desconforto psicológico foram as mais afetadas, apresentando as maiores médias de pontos, igual a 2,66 e 2,60, respectivamente. Em seguida, vieram as dimensões incapacidade psicológica (média de 1,73 pontos), incapacidade social (média de 1,25 pontos) e incapacidade física (média de 1,24 pontos). As menores médias foram 1,02 e 1,08, correspondentes, respectivamente, às dimensões limitações funcionais e invalidez.

Dos 77 formulários incluídos nessa análise, somente um apresentou valor total do OHIP igual a zero, caracterizando a ausência de qualquer impacto. Portanto, 98,7% da amostra relataram algum impacto, valor próximo ao relatado por Voog et al. (2003), porém superior ao encontrado por outros autores (BUSH e HARKINS, 1995; MACFARLANE et al., 2002). Macfarlane et al. (2002) apresentaram uma menor frequência, quando comparada às deste estudo, possivelmente, por terem avaliado uma amostra populacional e não de indivíduos à procura por tratamento. Já Bush e Harkins (1995), apesar de terem avaliado pacientes com relatos de dor orofacial, utilizaram um indicador subjetivo de saúde geral, que tende a ser menos sensível às pequenas alterações de condições específicas do que os indicadores de saúde bucal como o OHIP (LOCKER e GRUSHKA, 1987; LOCKER e MILLER, 1994; MURRAY et al., 1996; ALLEN et al., 1999; BRODER et al., 2000).

Se o método simplificado de cálculo do OHIP fosse utilizado, assumindo como respostas positivas àquelas replicadas com as expressões “sempre” e “frequentemente”, como fez Murray et al. (1996), obteríamos frequências de respostas positivas bastante semelhantes às desses autores nas questões 1, 6, 9, 10, 11, 13 e 14. Nas questões 4 e 5, observamos frequências superiores às

relatadas por esses autores, ao contrário da resposta 8, em que obtivemos freqüências menores. As outras questões (2, 3, 7 e 12), que compõem o OHIP 14, não estão incluídas no formulário OHIP 30, utilizado por eles.

Algum impacto na realização de suas atividades diárias (questão 12) foi relatado por 56,7% dos pacientes. Esses valores também se aproximam do impacto na realização de atividades no trabalho, na escola ou em casa observados por Oliveira et al. (2003) e Sugisaki et al. (2005).

A maioria dos estudos demonstrou que os pacientes com DTM apresentaram alguma limitação funcional, sendo a atividade mais afetada a mastigação (REISINE e WEBER, 1989; YAP et al., 2001; YAP et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2003). Neste trabalho, somente 13,3% da amostra relatou que nunca se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação. Conseqüentemente, 86,7% relataram algum impacto nessa atividade.

Excetuando-se o único paciente, todos os demais apresentaram no mínimo algum impacto na dimensão dor física. Esse fato é corroborado pelo trabalho de Reisine e Weber (1989), que também observaram, em todos os pacientes avaliados, ao menos, um impacto em uma das dimensões do indicador subjetivo de saúde bucal utilizado.

Dao, Lund e Lavigne (1994) observaram que a dificuldade na mastigação, tensão/estresse e diminuição da eficiência no trabalho foram as atividades mais afetadas. De certa forma, seus resultados são semelhantes aos nossos, quando comparados às médias de pontos das dimensões do OHIP 14. A dificuldade na mastigação, observada por eles, pode ser comparada a questão 4 do formulário OHIP 14, refletindo na maior média de pontos encontrada (2,66 pontos) para a dimensão correspondente (dor física) (TAB. 8). A presença de tensão/estresse,

relatada por esses autores, foi confirmada pela freqüência de respostas às questões 5 e 6 de nosso formulário, que compõem a dimensão desconforto psicológico, garantindo assim a segunda maior média de pontos (2,60 pontos) dessa dimensão do formulário OHIP 14 (TAB. 8). Além disso, a dimensão incapacidade social, que apresentou a quarta maior média de pontos (1,25 pontos) das dimensões do nosso formulário (TAB. 8), pode ser explicada pela diminuição da eficiência no trabalho observada por aqueles autores.

Somente 6% dos pacientes relataram nunca ter tido dor em sua boca ou articulação, fato já esperado, uma vez que a presença de relatos de dor orofacial tenha sido um critério de inclusão deste trabalho. Conseqüentemente, o número de respostas positivas a essa questão contribuiu para que a média de pontos da dimensão dor física fosse a maior delas. Em seguida, as dimensões desconforto psicológico e incapacidade psicológica foram as mais afetadas, semelhantes aos resultados de Murray et al. (1996).

Essa concordância com os resultados observados por outros autores pode ser creditada ao fato de os pacientes com DTM, com relatos de dor orofacial e à procura por tratamento especializado, realmente, apresentarem limitações em suas atividades diárias, contribuindo para uma piora na sua qualidade de vida.

5.6. Correlação entre qualidade de vida e gênero

Os resultados (TAB. 9) mostram que houve diferenças significativas para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), avaliada pelo teste de Mann-

Whitney, entre homens e mulheres, no que diz respeito à avaliação da qualidade de vida relacionada com as limitações funcionais, tendo o grupo feminino apresentado um pior resultado. Para as demais dimensões do indicador de qualidade de vida não foram identificadas diferenças significativas.

TABELA 9
Análise comparativa entre o grupo feminino e o masculino
quanto à qualidade de vida

OHIP	Sexo	Medidas descritivas					p
		Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D.p.	
Global	Feminino	1,73	21,43	12,23	11,80	4,65	0,143
	Masculino	0,00	23,24	8,24	9,78	6,41	F = M
1	Feminino	0,00	3,51	1,02	1,10	0,91	0,013
	Masculino	0,00	2,98	0,00	0,47	0,89	F > M
2	Feminino	0,34	4,00	3,00	2,73	1,00	0,122
	Masculino	0,00	4,00	2,17	2,29	1,07	F = M
3	Feminino	0,00	4,00	2,90	2,60	1,06	0,818
	Masculino	0,00	4,00	3,45	2,61	1,41	F = M
4	Feminino	0,00	3,04	1,04	1,32	1,09	0,142
	Masculino	0,00	4,00	0,74	,93	1,13	F = M
5	Feminino	0,00	4,00	1,80	1,81	1,06	0,251
	Masculino	0,00	2,80	1,40	1,40	0,97	F = M
6	Feminino	0,00	3,62	1,14	1,26	1,17	0,708
	Masculino	0,00	3,24	0,76	1,12	1,06	F = M
7	Feminino	0,00	4,00	1,18	1,14	1,11	0,495
	Masculino	0,00	3,59	0,00	0,96	1,35	F = M

Nota: a probabilidade de significância ($p < 0,05$) refere-se ao teste Mann-Whitney

Legenda: OHIP₁ → Limitações funcionais OHIP₂ → Dor física
OHIP₃ → Desconforto psicológico OHIP₄ → Incapacidade física
OHIP₅ → Incapacidade psicológica OHIP₆ → Incapacidade social
OHIP₇ → Invalidez

As mulheres tendem a apresentar sinais e sintomas mais severos de DTM do que os homens (LOCKER e SLADE, 1988; De KANTER et al., 1993; LIPTON, SHIP e LARACH-ROBINSON, 1993; CONTI et al., 1996; CARLSSON, 1999; RANTALA et al., 2003). Porém, correlação significativa entre o gênero feminino e o impacto na

qualidade de vida só observada na dimensão limitações funcionais. Em todas as outras e no valor total do OHIP, essa diferença de qualidade de vida entre os gêneros não foi estatisticamente significativa.

5.7. Correlação entre qualidade de vida e o diagnóstico clínico da DTM

Para comparar a correlação dos diagnósticos de DTM de acordo com o índice RDC/TMD (grupos I, II e III) e qualidade de vida (valor global de OHIP e suas dimensões), foi utilizado o teste de Mann-Whitney, com uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$).

O grupo de pacientes com desordem muscular (grupo I do índice RDC/TMD) apresentou resultados significativamente superiores ao grupo sem esse diagnóstico no que diz respeito à qualidade de vida em geral (valor global do OHIP) e com as limitações funcionais (dimensão representada pelo número 1), dor física (dimensão representada pelo número 2) e incapacidade física (dimensão representada pelo número 4). Não foram observadas diferenças significativas em relação às demais dimensões do OHIP (representadas pelos números 3, 5, 6 e 7) (TAB. 10).

TABELA 10
Análise comparativa entre os grupos diagnóstico muscular positivo e negativo
quanto à qualidade de vida

OHIP	Desordem muscular	Medidas descritivas					p
		Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D.p.	
Global	Ausente	0,00	17,08	7,76	8,49	5,38	0,013
	Presente	1,73	23,24	12,23	12,21	4,67	A < P
1	Ausente	0,00	3,51	0,00	0,53	0,90	0,004
	Presente	0,00	3,02	1,02	1,13	0,91	A < P
2	Ausente	0,00	3,66	2,00	2,19	1,00	0,013
	Presente	0,34	4,00	3,00	2,80	0,99	A < P
3	Ausente	0,00	4,00	2,33	2,31	1,32	0,302
	Presente	0,00	4,00	2,90	2,68	1,05	A = P
4	Ausente	0,00	2,52	0,50	0,76	0,89	0,033
	Presente	0,00	4,00	1,04	1,40	1,11	A < P
5	Ausente	0,00	3,60	1,20	1,38	1,10	0,116
	Presente	0,00	4,00	1,80	1,84	1,01	A = P
6	Ausente	0,00	2,62	0,76	0,81	0,80	0,088
	Presente	0,00	3,62	1,14	1,36	1,21	A = P
7	Ausente	0,00	3,00	0,41	0,83	0,99	0,336
	Presente	0,00	4,00	1,18	1,19	1,19	A = P

Nota: a probabilidade de significância ($p < 0,05$) refere-se ao teste Mann-Whitney

Legenda: OHIP₁ → Limitações funcionais OHIP₂ → Dor física
OHIP₃ → Desconforto psicológico OHIP₄ → Incapacidade física
OHIP₅ → Incapacidade psicológica OHIP₆ → Incapacidade social
OHIP₇ → Invalidez

Em relação ao deslocamento de disco (grupo II do índice RDC/TMD), não foi identificada uma influência significativa da presença deste diagnóstico nos valores de OHIP (valor global) e de nenhuma de suas dimensões (1,2,3,4,5,6 e 7), como mostra a tabela 11. Ou seja, os pacientes com diagnóstico de deslocamento de disco apresentaram impacto na qualidade de vida semelhante aos pacientes que não apresentavam esse diagnóstico.

TABELA 11
Análise comparativa entre os grupos com e sem deslocamento de disco
quanto à qualidade de vida

OHIP	Deslocamento de disco	Medidas descritivas					p
		Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D.p.	
Global	Ausente	0,00	21,43	11,77	11,46	5,49	0,740
	Presente	3,00	23,24	11,49	11,40	4,33	A = P
1	Ausente	0,00	3,02	1,00	0,95	0,88	0,684
	Presente	0,00	3,51	1,02	1,05	1,01	A = P
2	Ausente	0,00	4,00	3,00	2,60	1,10	0,777
	Presente	1,00	4,00	2,68	2,75	0,89	A = P
3	Ausente	0,00	4,00	2,90	2,57	1,17	0,920
	Presente	0,00	4,00	2,90	2,64	1,05	A = P
4	Ausente	0,00	3,04	1,00	1,08	0,98	0,105
	Presente	0,00	4,00	1,26	1,50	1,22	A = P
5	Ausente	0,00	4,00	1,80	1,84	1,16	0,335
	Presente	0,00	3,20	1,50	1,59	0,86	A = P
6	Ausente	0,00	3,62	1,14	1,32	1,25	0,564
	Presente	0,00	3,24	0,76	1,10	0,99	A = P
7	Ausente	0,00	4,00	1,18	1,32	1,23	0,052
	Presente	0,00	3,59	0,59	0,79	0,94	A = P

Nota: a probabilidade de significância ($p < 0,05$) refere-se ao teste Mann-Whitney

Legenda: OHIP₁ → Limitações funcionais OHIP₂ → Dor física
OHIP₃ → Desconforto psicológico OHIP₄ → Incapacidade física
OHIP₅ → Incapacidade psicológica OHIP₆ → Incapacidade social
OHIP₇ → Invalidez

Na tabela 12, podemos observar que o grupo de pacientes com diagnóstico de artralgia, artrite e artrose (grupo III do índice RDC/TMD) apresentou resultados significativamente superiores ao grupo sem esse diagnóstico, no valor global do OHIP e nas seguintes dimensões: limitações funcionais (representada pelo número 1), dor física (representada pelo número 2), incapacidade física (representada pelo número 4), incapacidade psicológica (representada pelo número 5), incapacidade social (representada pelo número 6) e invalidez (representada pelo número 7). Somente na dimensão desconforto psicológico (representada pelo número 3) os

pacientes com diagnósticos do grupo III do índice RDC/TMD apresentaram impacto semelhantes aos pacientes sem esse diagnóstico.

TABELA 12
Análise comparativa entre os grupos com e sem alterações do grupo III quanto à qualidade de vida

OHIP	Diagnósticos do grupo III	Medidas descritivas					p
		Mínimo	Máximo	Mediana	Média	D.p.	
Global	Ausente	0,00	17,47	8,13	9,24	4,70	< 0,001
	Presente	1,73	23,24	13,91	13,58	4,41	A < P
1	Ausente	0,00	2,98	0,00	0,67	0,83	0,002
	Presente	0,00	3,51	1,49	1,30	0,93	A < P
2	Ausente	0,00	4,00	2,17	2,32	1,04	0,003
	Presente	0,34	4,00	3,00	2,97	0,90	A < P
3	Ausente	0,00	4,00	2,00	2,37	1,11	0,072
	Presente	0,45	4,00	3,00	2,81	1,09	A = P
4	Ausente	0,00	3,04	0,52	0,93	1,01	0,008
	Presente	0,00	4,00	1,48	1,55	1,10	A < P
5	Ausente	0,00	3,60	1,20	1,39	0,94	0,003
	Presente	0,00	4,00	2,40	2,07	1,04	A < P
6	Ausente	0,00	3,62	0,76	0,93	0,98	0,038
	Presente	0,00	3,62	1,19	1,52	1,23	A < P
7	Ausente	0,00	3,18	0,00	0,77	0,96	0,009
	Presente	0,00	4,00	1,41	1,43	1,23	A < P

Nota: a probabilidade de significância ($p < 0,05$) refere-se ao teste Mann-Whitney

Legenda: OHIP₁ → Limitações funcionais OHIP₂ → Dor física
OHIP₃ → Desconforto psicológico OHIP₄ → Incapacidade física
OHIP₅ → Incapacidade psicológica OHIP₆ → Incapacidade social
OHIP₇ → Invalidez

A correlação positiva observada entre a presença de desordens musculares (grupo I do índice RDC/TMD), representada na tabela 11, e de artralgia, artrite e artrose (grupo III do índice RDC/TMD), observada na tabela 13, com um maior impacto na qualidade de vida, não é semelhante aos resultados do trabalho de Kino et al. (2005), que não relataram diferença nas limitações, quando compararam os subgrupos diagnósticos de acordo com o índice RDC/TMD. Contudo, essa diferença,

semelhante à observada por Bush e Harkins (1995), pode ser explicada pelo fato dos pacientes com desordem muscular (grupo I do índice RDC/TMD) e artralgia, artrite e artrose (grupo III) normalmente apresentarem mais sintomas dolorosos do que pacientes com desordens de deslocamento de disco (grupo II do índice RDC/TMD), que, por muitas, vezes são assintomáticos.

5.8. Correlação entre qualidade de vida e a gravidade da DTM

Foi utilizada análise de correlação de Pearson como uma forma de avaliar as relações existentes entre o índice TMI e seus sub-índices com a qualidade de vida. Essa análise expressa a relação entre duas variáveis X e Y, medindo a grandeza dessa relação:

$r > 0$: indica relação direta, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um aumento em Y.

$r < 0$: indica relação indireta, ou seja, um aumento em X é acompanhado por um decréscimo em Y.

Um alto valor de r, próximo de 1 (negativo ou positivo), representa uma forte relação linear, enquanto que um valor próximo de zero mostra que a associação linear é fraca. Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos, 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

A qualidade de vida mostrou-se correlacionada com o índice temporomandibular e seus sub-índices. Em todos os casos, foi verificada uma

correlação moderada e positiva, mostrando que o aumento de qualquer um desses índices vem acompanhado de uma perda na qualidade de vida. A única exceção foi a correlação negativa observada entre o sub-índice IA e a invalidez. Na avaliação das dimensões do OHIP, diversas correlações mostraram-se significativas e também positivas. O OHIP e as dimensões limitações funcionais e dor física apresentaram correlação estatisticamente significativa com o índice TMI e todos os seus sub-índices (IF, IM e IA). Correlações significativas também foram observadas entre incapacidade física e IA; incapacidade psicológica e TMI, IF e IM; incapacidade social e IM; invalidez e IM. (TAB. 13).

TABELA 13
Avaliação da relação da qualidade de vida
com o índice TMI e seus sub-índices

Qualidade de vida		Índice temporomandibular			
		TMI	IF	IM	IA
OHIP	r	0,39	0,28	0,36	0,25
	p	< 0,001	0,016	0,001	0,029
Limitações funcionais	r	0,41	0,25	0,39	0,28
	p	< 0,001	0,028	< 0,001	0,013
Dor física	r	0,39	0,39	0,30	0,24
	p	0,001	< 0,001	0,009	0,037
Desconforto psicológico	r	0,13	0,02	0,11	0,16
	p	0,258	0,842	0,354	0,171
Incapacidade física	r	0,21	0,15	0,09	0,25
	p	0,068	0,201	0,421	0,029
Incapacidade psicológica	r	0,34	0,28	0,31	0,21
	p	0,003	0,013	0,007	0,063
Incapacidade social	r	0,21	0,14	0,23	0,09
	p	0,068	0,216	0,048	0,436
Invalidez	r	0,15	0,06	0,26	-0,04
	p	0,205	0,585	0,022	0,713

Nota: r → correlação de Pearson p → probabilidade de significância (p < 0,05)

Os pacientes, que apresentavam maior gravidade da DTM, de acordo com índice TMI e seus sub-índices, apresentaram um maior impacto nas atividades diárias avaliadas por meio do OHIP 14, semelhante ao resultado de Murray et al. (1996). A correlação moderada e positiva entre o indicador objetivo e o indicador

subjetivo de saúde bucal utilizados contrasta-se com a frágil correlação observada nos trabalhos de Locker e Jokovic (1996) e Allen (2003). Possivelmente, isso é o reflexo da amostra avaliada neste estudo, diferente da amostra avaliada por aqueles autores. A percepção dos pacientes avaliados sobre seu estado de saúde/doença era tão ruim, a ponto de buscarem tratamento especializado, que foi reafirmada pelo indicador clínico utilizado para determinar a gravidade da DTM. Por outro lado, Broder et al. (2000), mesmo avaliando uma amostra de indivíduos que não estavam buscando tratamento, observaram uma correlação positiva entre todas as dimensões do OHIP 49, exceto a incapacidade social, com o índice clínico de cárie. Desse modo, esse indicador subjetivo foi sensível às variações do estado clínico de saúde bucal.

5.9. Limitações deste estudo

Por ser um estudo com um desenho de série de casos, deve-se ter o cuidado na interpretação dos dados obtidos. Esses pacientes devem representar a parcela de casos mais severos e com maior comprometimento da qualidade de vida. Portanto, seus resultados não podem ser generalizados para outra população (BUSH e HARKINS, 1995). Além disso, Kino et al. (2005) afirmaram que auto-relatos poderiam levar a imprecisões, porém não existe outra alternativa que seja aplicável em pesquisas epidemiológicas. Apesar disso, os resultados deste estudo confirmam estudos anteriores que mostraram o impacto substancial da dor orofacial na qualidade de vida destes pacientes (MURRAY et al. 1996).

5.10. Implicações clínicas deste estudo

Do ponto de vista clínico, apesar das limitações deste estudo, nossos resultados possibilitam a formulação de algumas inferências em relação à maior prevalência de mulheres nas clínicas de tratamento de DTM. A hipótese de que as mulheres pudessem apresentar um maior impacto em atividades diárias, resultando em uma maior busca por tratamento especializado, poderia explicar o fato de elas serem a maioria absoluta de pacientes nessas clínicas. Contudo, nossos resultados mostram que só houve diferenças significativas entre homens e mulheres, no que diz respeito à avaliação da qualidade de vida, na dimensão de limitações funcionais (TAB. 10). Em todas as outras dimensões e no valor total do OHIP 14, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Portanto, essa hipótese não foi confirmada neste trabalho, e o fato de as mulheres serem a maioria dos pacientes à procura por tratamento de DTM continua sendo alvo de outras pesquisas.

Outro aspecto clinicamente relevante é o fato de grande parte dos pacientes com deslocamento de disco (grupo II do índice RDC/TMD) apresentarem-se assintomáticos, especialmente quando nos referimos a relatos de dor durante a função (mastigação). Ao contrário, é freqüente a presença desses relatos em pacientes com desordens musculares (grupo I do índice RDC/TMD) e artralgia, artrite e artrose (grupo III do índice RDC/TMD). As afirmações acima, baseadas em observações clínicas, são um exemplo de que os pacientes com diagnósticos do grupo I e III deveriam, hipoteticamente, apresentar um maior impacto na sua qualidade de vida. De fato, os resultados apresentados nas tabelas 11, 12 e 13, demonstraram que a presença de diagnósticos dos grupos I e III do índice

RDC/TMD esteve relacionada a um maior impacto na qualidade de vida. Por outro lado, a presença de diagnósticos do grupo II do *RDC/TMD* (deslocamento de disco) não resultou em maiores impactos na qualidade de vida.

A hipótese de que sinais mais graves de DTM é capaz de gerar maiores limitações funcionais, sociais e psicológicas foi confirmada por nossos resultados. À medida que o indicador clínico (índice TMI e seus sub-índices) demonstrava uma maior gravidade da DTM, pudemos observar uma piora na qualidade de vida dos pacientes (aumento no valor do indicador subjetivo OHIP 14) (TAB. 14). Dessa forma, os pacientes com DTM mais grave tendem a relatar uma pior qualidade de vida do que os que apresentam sinais mais moderados e suaves. Portanto, podemos esperar que o sucesso do tratamento da DTM, ou seja, remissão ou melhora dos sinais e sintomas e restabelecimento da função, seja reafirmado por indicadores subjetivos de saúde bucal, tornando-os mais um parâmetro de sucesso na terapia implementada. Contudo, para que isso se torne possível, os indicadores subjetivos de saúde devem demonstrar que são sensíveis à detecção de pequenas mudanças clínicas.

6. CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste estudo, pôde-se concluir que:

1. A maioria dos pacientes teve diagnóstico de desordem muscular (grupo I do índice RDC/TMD), seguido pelos diagnósticos de artrite, artrose ou artralgia (grupo III do índice RDC/TMD). O diagnóstico de deslocamento de disco (grupo II do índice RDC/TMD) foram os menos freqüentes nos pacientes avaliados.
2. Os pacientes avaliados apresentaram alta gravidade da DTM de acordo com o índice TMI e seus sub-índices.
3. A dor orofacial foi capaz de gerar grande impacto na qualidade de vida dos pacientes com DTM. As dimensões dor física e desconforto psicológico apresentaram as maiores médias de pontos. As menores médias corresponderam às dimensões limitações funcionais e invalidez.
4. Somente na dimensão limitações funcionais, as mulheres apresentaram uma pior qualidade de vida do que os homens. Nas outras seis dimensões e no valor total do OHIP 14, essa diferença não foi estatisticamente significativa.
5. Houve uma correlação positiva e significativa entre a presença de diagnósticos do grupo I do índice RDC/TMD (desordens musculares) e do grupo III do índice RDC/TMD (artralgia, artrite e artrose), com um maior impacto na qualidade de vida.
6. Uma correlação moderada e positiva foi observada entre a qualidade de vida e a gravidade da DTM, demonstrando que um aumento nos valores

do OHIP 14 era acompanhado por um aumento dos valores do índice TMI e seus sub-índices.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGARWAL, V.R.; LUNT M.; ZAKRZEWSKA, J.M.; MACFARLANE, G.J.; MACFARLANE, T.V. Development and validation of the Manchester orofacial pain disability scale. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.33, n.2, p.141–49, Apr. 2005.

ALLEN, P.F. Assessment of oral health related quality of life. **Health and quality of life outcomes**, Londres, v.8, Sep. 2003.

Disponível em:

< <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=14514355> >

Acesso em: 05/08/2004.

ALLEN, P.F.; LOCKER, D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community Dental Health**, Hampshire, v.14, n.3, p.133–38, Sep. 1997.

ALLEN, P.F.; McMILLAN, A.S.; LOCKER, D. An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.29, n.3, p.175–82, June 2001.

ALLEN, P.F.; McMILLAN, A.S.; WALSHAW, D.; LOCKER, D. A comparison of the validity of generic-and disease-specific measures en the assessment of oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.27, n.5, p.344–52, Oct. 1999.

BRODER, H. L.; SLADE, G.; CAINE, R.; REISINE, S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v.60, n.3, p.189 –92, Summer 2000.

BUSH, F. M.; HARKINS, S. W. Pain related limitation in activities of daily living in patients with chronic orofacial pain: psychometric properties of a disability index. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.9, n.1, p.57–63, Winter 1995.

CARLSSON, G. E. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.13, n.43, p.232–37, May 1999. Special Issue.

CHUNG, J.W.; KIM, J.H.; KIM, H.D.; KHO, H.S.; KIM, Y.K.; CHUNG, S.C. Chronic orofacial pain among Korean elders: prevalence, and impact using the graded chronic pain scale. **Pain**, Amsterdam, v.112, n.1-2, p.164 –70, Nov. 2004.

CONOVER, W. J. **Practical Nonparametric Statistics**. 3 ed. New York: John Wiley & Sons, 1980. 493 p.

CONTI, P. C. R.; FERREIRA, P. M.; PEGORARO, L. F.; CONTI, J. V.; SALVADOR, M. C. G. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.10, n.3, p.254 –62, Summer 1996.

CORTES M.I.S.; SHEIHAM, A.; MARCENES, W. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on oral-health related quality of life of 12 to 14 year old Brazilian school-children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.30, n.3, p.193-98, Jun. 2002.

CORTES, M.I.S. **Epidemiology of traumatic injuries to the permanent teeth and the impact of the injuries on the daily living of Brazilian schoolchildren**. 2000. 247 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres.

DAO, T.T.; LAVIGNE, G. J.; CHARBONNEAU, A.; FEINE, J. S.; LUND, J. P. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial. **Pain**, Amsterdam, v.56, n.1, p.85–94, Jan. 1994.

DAO, T. T.; LUND, J. P.; LAVIGNE, G. J. Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.8, n.4, p.350–56, Fall 1994.

DE KANTER, R. J. A. M.; TRUIN, G. J.; BURGERSDIJK, R. C. W.; VAN'T HOF, M. A.; BATTISTUZZI, P. G. F. C. M.; KALSBECK, H.; KÄYSER, A. F. Prevalence in the dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. **Journal of Dental Research**, Washington, v.72, n.11, p.1509–18, Nov. 1993.

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**, Copenhagen, v.33, n.4, p.307–14, Aug. 2005.

Di FABIO, R. P. Physical therapy for patients with TMD: a descriptive study of treatment, disability and health status. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.12, n.2, p.124–35, Spring 1998.

DWORKIN, S. F.; LeRESCHE, L. (eds.). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain**, Lombard, v.6, n.4, p.301–55, Fall 1992.

DWORKIN, S. F.; LeRESCHE, L.; DeROUEN, T.; VON KORFF, M. Assessing clinical signs of temporomandibular disorders: reliability of clinical examiners. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, Saint Louis, v.63, n.5, p.574-79, May 1990.

HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system II: index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. **Svensk Tandlakare Tidsskrift**, Stockholm, v.67, n.2, p.101–21, Mar. 1974.

JOHNSON, Richard Arnold; BHATTACHARYYA, Gouri K. **Statistics** : principles and methods. 4th ed. New York: John Wiley & Sons, 2001. 723p.

KINO, K.; SUGISAKI, M.; HAKETA, T.; AMEMORI, Y.; ISHIKAWA, T.; SHIBUYA, T.; SATO, F.; AMAGASA, T.; SHIBUYA, T.; TANABE, H.; YODA, T.; SAKAMOTO, I.; OMURA, K.; MIYAOKA, H. The comparison between pains, difficulties in function, and associating factors of patients in subtypes of temporomandibular disorders. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v.32, n.5, p.315–25, May 2005.

KOSMINSKY, M.; LUCENA, L. B. S.; SIQUEIRA, J. J. T. de; PEREIRA JR, F. J.; GÓES, P. S. A. Adaptação cultural do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Axis II* para o português. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, v.8, n.43, p.51-61, jan./fev. 2004.

KUTTILA, M.; KUTTILA, 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**, Carol Stream, v.11, n.3, p.142–48, Summer 1997.

LEHER, A.; GRAF, K.; PHODUC, J. M.; RAMELELSBERG, P. Is there a difference in the reliable measurement of temporomandibular disorder signs between experienced and inexperienced examiners? **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.19, n.1, p.58–64, Winter 2005.

LIPTON, J. A.; SHIP, J. A.; LARACH-ROBINSON, D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v.124, n.10, p.115–21, Oct. 1993.

LIST, T.; DWORKIN, S. F. Comparing TMD diagnoses and clinical findings at Swedish and US TMD centers using Research Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.10, n.3, p.240–52, Summer 1996.

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

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. The impact of dental and facial pain. **Journal of Dental Research**, Washington, v.66, n.9, p.1414–17, Sep. 1987.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.24, n.6, p.398–402, Dec. 1996.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; CLARKE, M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.32, n.1, p.10–18, Feb. 2004.

LOCKER, D.; SLADE, G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.16, n.5, p.310–13, Oct. 1988.

MACFARLANE, T. V.; BLINKHORN, A. S.; DAVIES, R. M.; KINCEY, J.; WORTHINGTON, H. V. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.30, n.1, p.52–60, Feb. 2002.

MAURO, G.; TAGLIAFERRO, G.; MONTINI, M.; ZANOLLA, L. Diffusion model of pain language and quality of life in orofacial pain patients. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.15, n.1, p.36–46, Winter 2001.

McNEILL, C. (Ed.). **Temporomandibular disorders: guidelines for classification, assessment and management**. 2. ed. Carol Stream: Quintessence, 1993. 141 p.

MIOTTO, M.H.M.B.; BARCELLOS, L.A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal “*Oral Health Impact Profile*” OHIP. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v.3, n.1, p.32-38, jan./jun. 2001.

MIOTTO, M.H.M.B.; LOUREIRO, C.A. Efeito das características sócio-demográficas sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v.5, n.3, p.6-14, set./dez. 2003.

MURRAY, H.; LOCKER, D.; MOCK, D.; TENENBAUM, H. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.10, n.4, p.316–22, Winter 1996.

OLIVEIRA, A.S. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). **Brazilian Journal of Oral Sciences**, Piracicaba, v.4, n.12, p.646-50, Jan./Mar. 2005.

OLIVEIRA, A. S.; BERMUDEZ, C. C.; SOUZA, R. A.; SOUZA, C. M. F.; DIAS, E. M.; CASTRO, C. E. S.; BÉZIN, F. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v.11, n.2, p.138–43, Apr./Jun. 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. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.16, n.4, p.296–304, Jul./Aug. 2002.

PEREIRA, F (ed.). Critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares RDC/TMD. 2002.

Disponível em: < <http://www.rdc-tmdinternational.org/translations/frmtranslations.htm> >

Acesso em: 03/09/2004.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas. Padrão PUC Minas de normalização: normas da ABNT para apresentação de trabalhos científicos, teses, dissertações e monografias. Belo Horizonte, 2005.

Disponível em <http://www.pucminas.br/biblioteca/normalizacao_monografias.pdf>

Acesso em: 21/10/2005.

POW, E. H. N.; LEUNG, K. C. M.; McMILLAN A. S. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in Hong Kong Chinese. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.15, n.3, p.228–34, Summer 2001.

RANTALA, M. A. I.; AHLBERG, J.; SUVINEN, T. I.; SAVOLAINEN, A.; KÖNÖNEN, M. Symptoms, signs, and clinical diagnoses according to the Research Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders among Finish Multiprofessional Media Personnel. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.17, n.4, p.311–16, Jul./Aug. 2003.

REISINE, S. T.; FERTIG, J.; WEBER, J.; LEDER, S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.17, n.1, p.7–10, Feb. 1989.

REISINE, S. T.; WEBER, J. The effects of temporomandibular joint disorders on patients' quality of life. **Community Dental Health**, Hampshire, v.6, n.3, p.257–70, Sep. 1989.

ROBINSON, P. G.; GIBSON, B.; KHAN, F. A.; BIRNBAUM, W. Validity of two oral health-related quality of life measures. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.31, n.2, p.90–9, Apr. 2003.

ROBSON, F. C. O.; PORDEUS, I. A.; VALE, M. P. P.; PAIVA, S.M. Validação do Oral Health Impact Profile-14. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v.17, suplemento 2, p.176, 2003.

SEGÙ, M.; COLLESANO, V.; LOBBIA, S.; REZZANI, C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.33, n.2, p.125–30, Apr. 2005.

SCHUNURR, R.F.; BROOKE, R. I.; ROLLMAN, G. B. Psychosocial correlates of temporomandibular joint pain and dysfunction. **Pain**, Amsterdam, v.42, n.2, p.153–65, Aug. 1990.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.25, n.4, p.284–90, Aug. 1997.

SLADE, G. D. Assessing change in quality of life using the oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.26, n.1, p.52–61, Feb. 1998.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.11, n.1, p.3–11, Mar. 1994.

SUGISAKI, M.; KINO, K.; YOSHIDA, N.; ISHIKAWA, T.; AMAGASA, T.; HAKETA, T. Development of a new questionnaire to assess pain-related limitations of daily functions in Japanese patients with temporomandibular disorders. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.33, n.5, p.384-95, Oct. 2005.

TRUELOVE, E. L.; SOMMERS, E. E.; LeRESCHÉ, L.; DWORKIN, S. F.; VON KORFF, M. Clinical diagnostic criteria for TMD: new classification permits multiple diagnoses. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v.123, n.4, p.47–54, Apr. 1992.

VIEIRA, Branca Heloísa de Oliveira Martins. **Prevalência e impacto da dor de dente em uma população de mulheres grávidas no Rio de Janeiro, Brasil**. 2003. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Departamento de Epidemiologia, Rio de Janeiro.

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**, Oslo, v.61, n.5, p.278–82, Oct. 2003.

WAHLUND, K., LIST, T., DWORKIN, S. F. Temporomandibular disorders in children and adolescents: reliability of a questionnaire, clinical examination and diagnosis. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 12, n. 1, p. 42–51, Winter 1998.

YAP, A. U. J.; CHUA, E. K.; HOE, J. K. E. Clinical TMD, pain-related disability and psychological status of TMD patients. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v.29, n.4, p.374–80, Apr. 2002.

YAP, A. U. J.; DWORKIN, S.F.; CHUA, E. K.; LIST, T.; TAN, K. B. C.; TAN, H. H. Prevalence of temporomandibular disorders subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in asian patients. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v.17, n.1, p.21–28, Winter 2003.

YAP, A. U. J.; TAN, K. B. C.; HOE, J. K. E.; YAP, R. H. C.; JAFFAR, J. On-line computerized diagnosis of pain-related disability and psychological status of TMD patients. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v.28, n.1, p.78–87, Jan. 2001.

ANEXO A



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-Graduação

Belo Horizonte, 18 de novembro de 2004.

De: Prof. Heloísio de Rezende Leite
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Para: Vinícius de Magalhães Barros
Faculdade de Odontologia

Prezado Pesquisador,

Informamos que o projeto de pesquisa CEP 2004/128 - "Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular" foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'H. Rezende Leite', is written over a faint circular stamp.

Helóisio de Rezende Leite
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – PUC Minas

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

N.º Registro CEP:

Título do Projeto: Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular.

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

1) Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre a qualidade de vida dos pacientes com disfunção temporomandibular. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Você foi selecionado por estar sendo atendido nesta clínica, na disciplina de Dores e Disfunções Temporomandibulares ou na Residência em Oclusão, Desordem Temporomandibular e Dor Orofacial da PUC Minas e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2) Objetivo

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto na qualidade de vida gerado por dores orofaciais em pacientes com sinais e sintomas das DTM. Ou seja, avaliar o quanto estas dores podem influenciar nas suas atividades do dia a dia.

3) Procedimentos do Estudo

Se concordar em participar deste estudo você será solicitado a responder um questionário sobre os sintomas que você tem apresentado e sobre as atividades que você vem tendo dificuldades para desempenhar devido às dores que tem sentido, relatar a intensidade destas dores e ser examinado fisicamente para avaliar os sinais clínicos (barulho nas articulações temporomandibulares, dificuldade na abertura e nos movimentos da sua boca e dor dos músculos da mastigação). Você será avaliado todos os exames serão feitos com auxílio de uma régua, para medir o quanto você consegue abrir a boca, e através da palpação (toque) nas articulações e músculos da mastigação. Este exame é fundamental para o diagnóstico, planejamento e tratamento do seu problema e teria que ser realizado de qualquer forma, mesmo que você não fosse participar desta pesquisa. Estas informações serão utilizadas na elaboração desta pesquisa que pretende avaliar o quanto estas dores e os seus sinais podem influenciar nas suas atividades diárias.

4) Riscos e desconfortos

Inexiste risco previsível. Durante o exame você poderá sentir algum desconforto leve e passageiro, especialmente durante a palpação de alguma área que já esteja dolorida.

5) Benefícios

A sua participação é totalmente gratuita, você não terá nenhum gasto. As conclusões desta pesquisa contribuirão para um melhor esclarecimento das

limitações que estas dores trazem para sua vida e para a vida de outras pessoas, podendo ajudá-lo, e também a outras pessoas, a diminuir as suas dificuldades em realizar suas atividades normais e auxiliar no seu tratamento. As suas respostas poderão contribuir para que o tratamento destas dores leve em consideração as limitações impostas por elas. Você será tratado na clínica de Dores e Disfunções Temporomandibulares ou na Residência em Oclusão, Desordem Temporomandibular e Dor Orofacial da PUC Minas.

6) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo. As consultas, os exames e todo tratamento serão gratuitos e também não receberá pagamento pela sua participação. Você não receberá cobrança por nenhum tratamento e exame adicional ou qualquer outro procedimento feito durante o estudo.

7) Caráter Confidencial dos Registros

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos profissionais de saúde que estarão cuidando de você, agências governamentais locais, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo está sendo realizado, o patrocinador do estudo e seus representantes podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Caso seja necessária a consulta dos seus registros, a identificação deste será feita por um número e não pelo seu nome. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros.

8) Participação

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos questionários, ser submetido aos exames e comparecer as consultas agendadas. É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão seus cuidados nesta instituição.

9) Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você venha a sofrer uma reação adversa ou danos relacionados ao estudo, ou tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, ligue para Dr. Vinícius de Magalhães Barros no telefone 3287-0173 ou envie suas perguntas para o endereço: Rua Santa Rita Durão, 378, bairro Funcionários, Belo Horizonte, CEP: 30.140 – 110 ou pelo e mail: viniciusmbarros@pop.com.br. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo clínico, você também poderá contatar uma terceira parte/pessoa, que não participa desta pesquisa, _____, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, no telefone _____.

Avenida Dom José Gaspar, 500 - Fones: 3319-4229 e 3319.4230 - Fax: 3319-4229.

CEP 30535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
e-mail: proppg@pucminas.br e pesquisa@pucminas.br

10) Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os questionários e exames clínicos do estudo a ser utilizado, as inconveniências e os benefícios que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas.

Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como paciente deste estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante ou representante legal: _____

Data: __/__/____.

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador: _____

Data: __/__/____.

ANEXO C

Especificações para os exames de DTM de acordo com o índice RDC/TMD (DWORKIN; LeRESCHÉ, 1992)

A – Instruções gerais para o exame

1. Todos os itens do questionário e do exame precisam ser completados, a menos que o paciente se recuse, ou seja, incapaz de cooperar. Neste caso, escreva “SR” (sujeito recusou) em caixa alta ao lado do item examinado e anote porque o sujeito recusou-se ou não pôde fazer.
2. Todas as medidas devem ser realizadas com a musculatura da mandíbula em estado passivo, a menos que o exame especifique o contrário. As articulações e os músculos não devem receber peso ou pressão adicional em qualquer momento.
3. Todas as medidas em milímetros serão feitas com um ou dois dígitos. No caso onde a leitura da medida for de dois dígitos, e obtiver-se uma medida com um dígito, colocar um zero à frente deste. Se a medida não for em um número inteiro e estiver entre duas marcas de milímetros, anotar o menor valor.
4. Os examinados devem estar sentados em uma cadeira em ângulo de aproximadamente de 90 graus.
5. Os examinadores devem utilizar luvas durante todo o tempo.
6. Examinados que utilizem próteses serão examinados com elas em posição, exceto se for necessária sua remoção para observação ou palpação da mucosa ou gengiva. Placas de mordida ou outros acessórios que não reponham dentes devem ser removidos para o exame.
7. Se o indivíduo tiver barba, colar cervical ou qualquer outra barreira física que possa interferir na palpação articular ou muscular indique isto.
8. Realize os procedimentos de exame na ordem e da maneira descrita, anotando todas as medidas de maneira e nos locais apropriados.
9. Itens 4d, trespasse vertical nos incisivos, e 6d, desvio da linha média, são incluídos no exame; portanto correções das medidas dos itens 4 e 6, respectivamente, podem ser feitas determinando os valores reais de abertura e de lateralidade. Para os itens 4a a 4c, o valor do trespasse vertical (4c) deve ser somado a cada uma das medidas para determinar o valor real da abertura. Para os itens 6a e 6b, se o desvio de linha média (6d) for maior que 0, esta medida deve ser somada à medida de lateralidade para um lado e subtraída para o outro lado.

Por exemplo: se o examinado tem 2mm de desvio de linha média para direita, então subtraia estes 2mm do valor medido para lateralidade direita e some estes 2mm ao valor medido para lateralidade esquerda.

Nota: Os itens de auto relatos da localização da dor (itens 1 e 2) foram mudados do questionário para o exame clínico. Isto possibilitará ao examinador confirmar a confiabilidade do tipo e localização da dor.

B – Exame:

1. Circule a resposta apropriada. Se o indivíduo relatar dor na linha média, circule a resposta “ambos”.
2. Circule a resposta apropriada. Se não está claro para o examinador quando o indivíduo está apontando a articulação ou o músculo, pressione de maneira bastante delicada a área para uma correta identificação. Por exemplo, se o indivíduo indica dor na articulação, mas o examinador identifica o local como sendo um músculo, a impressão do examinador é que deverá ser anotada.
3. Padrão de abertura:

Instrução geral: Peça ao paciente que posicione a mandíbula em uma posição confortável (“Feche sua boca em uma posição confortável, com seus dentes tocando levemente”). Coloque o seu dedo polegar sobre o lábio inferior do paciente de maneira que o afastamento do lábio revele a posição dos dentes inferiores. Isto facilitará a observação do desvio da linha média. Peça ao paciente que abra a boca o máximo possível, mesmo que sinta dor (“Eu gostaria que você abrisse sua boca o máximo que pudesse, mesmo que seja um pouco doloroso”). Se o grau de desvio não está claro, então use uma régua milimetrada, posicionado verticalmente entre as embrasuras dos incisivos maxilares e mandibulares (ou marque o incisivo mandibular se a linha média não coincidir) como um guia. Peça ao paciente para abrir a boca 3 vezes. Se o paciente exibir mais de um padrão de abertura, então peça a ele que repita as 3 aberturas e marque a resposta de acordo com os seguintes critérios (nota: somente um padrão de abertura é anotado).

 - a) Reto: se não tiver desvio perceptível durante abertura.
 - b) Desvio lateral para direita ou esquerda: para os desvios que são visualmente perceptíveis para um lado durante a abertura máxima, determinando para qual lado do rosto do indivíduo o desvio ocorre e anotando-o corretamente.
 - c) Desvio corrigido (desvio em “S”): o paciente exibe um desvio perceptível para direita ou esquerda, mas corrige a linha média antes de atingir a abertura ativa máxima.
 - d) Outro: o paciente exibe uma abertura “aos trancos” (que não seja uniforme ou contínua), ou tenha um padrão de abertura diferente dos anteriores; indique este tipo de desvio. Se o paciente tiver mais de um padrão de abertura, use esta categoria e escreva “mais de um”.
4. Amplitude da abertura da mandíbula: se o indivíduo tiver usando prótese total ou parcial removíveis que não estejam estáveis, faça a compressão desta contra o rebordo durante todas as medidas de abertura.
 - a) Abertura ativa sem dor:

Obtendo a medida: Peça ao indivíduo que posicione sua mandíbula em uma posição confortável. (“Feche sua boca em uma posição confortável, com seus dentes tocando-se levemente”). Peça ao paciente para abrir a boca, o máximo que puder (ativa), sem sentir qualquer dor (“Eu gostaria que você abrisse o máximo que puder, sem sentir qualquer dor”). Posicione a régua milimetrada na incisal do incisivo central superior que estiver mais verticalmente posicionado e meça a distância vertical até a incisal do incisivo central inferior antagonista. Anote esta medida e indique

qual incisivo central superior foi escolhido. Se o indivíduo não tiver uma abertura de pelo menos 30mm, para assegurar que tenha entendido, repita a abertura. Se na segunda abertura não for produzida uma medida de no mínimo 30mm, anote a medida.

b) Abertura ativa máxima:

Obtendo a medida: Peça ao paciente para fechar a boca em uma posição confortável. Então, peça a ele que abra a boca o máximo que puder, mesmo que sinta dor (“Eu gostaria que você abrisse sua boca o máximo que pudesse, mesmo que tenha um pequeno desconforto”). Posicione a régua milimetrada na incisal do incisivo central superior que estiver mais verticalmente posicionado e meça a distância vertical até a incisal do incisivo central inferior antagonista. Anote esta medida e indique qual incisivo central superior foi escolhido.

Dor: Pergunte ao paciente se teve dor durante esta abertura ativa máxima (“Quando você abriu a boca, você sentiu alguma dor?”). Anote se teve ou não dor e a localização. A localização é anotada de duas formas: nos lados direito e/ou esquerdo e especificamente se teve ou não dor na articulação. Dois registros de dor são requeridos para os itens 4b e 4c. Anotação do local da dor como: “nenhuma” (0), direita (1), esquerda (2) ou ambos (3). E anotação se a dor é ausente (0) ou presente (1) na articulação. Se o paciente não relatar dor, circule “NA” (9) para localização. Se o paciente relatar pressão ou rigidez, registrar como “nenhuma” (0).

c) Abertura passiva máxima:

Obtendo a medida: Peça ao paciente para fechar a boca em uma posição confortável. Então, peça a ele que abra a boca o máximo que puder, mesmo que sinta dor (“Eu gostaria que você abrisse sua boca o máximo que pudesse, mesmo que tenha um pequeno desconforto”). Depois que o indivíduo tiver aberto o máximo que pode, posicione seu dedo polegar sobre seu incisivo central superior e seu dedo indicador sobre o incisivo central inferior. Nesta posição você poderá fazer a força de alavanca necessária para abrir ainda mais a boca do paciente. Use pressão moderada, mas não abra de maneira forçada (“Eu estou checando para ver se eu posso empurrar a sua boca e abri-la um pouco mais. Eu vou parar se você levantar sua mão”). Meça, com uma régua milimetrada, a distância entre a incisal do mesmo incisivo central superior escolhido anteriormente e o seu antagonista e anote a medida.

Dor: Anote se o indivíduo teve ou não dor e sua localização (“você sentiu qualquer dor enquanto eu tentava abrir um pouco mais sua boca com meus dedos?”). Marque o local da dor na abertura passiva máxima. Se sentir pressão ou rigidez, marque “nenhuma”.

d) Trespasse vertical: Peça ao paciente que feche a boca completamente. Com uma caneta, marque uma linha onde a borda incisal do mesmo incisivo central superior escolhido anteriormente cobre o incisivo inferior. Meça a distância entre essa linha e a borda do incisivo inferior e anote-a.

5. Sons articulares à palpação para amplitude vertical de movimento.

Instruções gerais: Os indivíduos irão indicar a ausência ou presença de sons; se presente, os examinadores irão anotar o tipo de som observado. Coloque o seu dedo indicador esquerdo sobre a ATM direita e seu dedo indicador direito sobre a

ATM esquerda do paciente. O dedo deve estar localizado anteriormente ao tragus. Peça ao paciente que abra lentamente sua boca, o máximo possível, mesmo que sinta dor. Durante o fechamento o paciente deverá fechar até a posição de máxima intercuspidação. Peça ao paciente: “Enquanto eu mantenho os meus dedos sobre as suas articulações, eu gostaria que você abrisse sua boca lentamente, o máximo que puder e então feche-a lentamente até que todos seus dentes estejam tocando”. Peça ao paciente que abra e feche 3 vezes. Anote a ação/som da articulação durante a abertura e fechamento de acordo com as definições abaixo:

a) Definição de sons:

0 – Nenhum

1 – Clique: um som distinto, breve, de curta duração, com início e fim claro, que usualmente soa como um “click”. Circule este item só se este clique é reproduzível em 2 de 3 aberturas/fechamentos.

2 – Crepitação grosseira: um som contínuo, durante um longo período do movimento mandibular. Não é breve como um “click” ou “pop”. Um som contínuo pode ser produzido pela sobreposição de sons. Não é um som abafado, é um barulho de osso rangendo contra osso, ou como uma pedra rangendo contra outra pedra.

3 – Crepitação fina: um rangido fino que é contínuo durante um longo período da abertura/fechamento mandibular. Não é breve como um “click” ou “pop”. Um som contínuo pode ser produzido pela sobreposição de sons. Pode ser descrito como um roçar ou um crepitar em uma superfície áspera.

b) Qualificando os cliques: Ainda que muitos dos seguintes tipos de sons não sejam pertinentes ao critério de diagnóstico específico, esta lista exaustiva de definições é disponibilizada para um melhor delineamento de como os tipos de sons requeridos no RDC podem diferenciar-se de outros sons.

1 – Clique reproduzível na abertura: se durante a abertura de uma posição de máxima intercuspidação, um clique é notado em 2 de 3 movimentos de abertura.

2 – Clique reproduzível no fechamento: clique presente em 2 de 3 movimentos de fechamento da mandíbula.

3 – Clique recíproco reproduzível: este som é determinado pela medida em milímetros da abertura e fechamento durante o clique e pela eliminação de ambos os cliques quando o paciente abre e fecha a mandíbula a partir de uma posição protusiva. Com uma régua milimetrada, meça a distância interincisal na qual os cliques de abertura e fechamento são ouvidos. Medida entre a incisal do incisivo central superior anteriormente escolhido no item 4 e o seu antagonista. Se o clique cessar e, por conseguinte não for medido, deixe o espaço de anotação correspondente aos milímetros em branco. (Análise do computador indicará que este não é um clique recíproco; até mesmo porque o clique estava presente e não continua presente). Taxar a eliminação dos cliques em abertura protusiva pedindo que o paciente primeiramente protua o máximo possível a sua mandíbula. Depois, peça a ele que abra e feche nesta posição protusiva. O clique de abertura e fechamento normalmente serão eliminados. Circule “sim” (1) se o clique for eliminado durante a abertura e fechamento em uma posição

protusiva. Se o clique não for eliminado, circule “não” (0). Se o indivíduo não eliminar um dos cliques, de abertura ou fechamento, circule “NA” (9).

4 – Clique não reprodutível (não marcar): um clique não reprodutível está presente se o som só é demonstrado periodicamente durante a abertura ou fechamento; ele não pode ser reprodutível em no mínimo 2 de 3 movimentos mandibulares completos. Mais de um som pode ser circulado para abertura (a) ou fechamento (b). Se “nenhum” (0) é circulado, nenhuma outra resposta pode ser circulada.

6. Movimentos mandibulares excursivos:

a) Excursão lateral direita

Obtendo a medida: peça ao paciente para abrir a boca ligeiramente e mover a mandíbula o máximo que puder para a direita, mesmo que seja desconfortável. Se necessário, repita o movimento. (“Mova sua mandíbula o máximo que puder para a direita, mesmo que seja desconfortável, e mova-a de volta à sua posição normal. Mova sua mandíbula para direita de novo”). Com os dentes ligeiramente separados, use uma régua milimetrada para medir a distância entre a embrasura incisal entre os dois incisivos centrais superiores e a embrasura incisal entre os dois incisivos centrais inferiores; anote esta medida.

Dor: pergunte ao paciente se teve dor. Anote se o indivíduo teve ou não dor e a sua localização. A localização é registrada de duas maneiras: no lado direito e/ou esquerdo, e especificamente se teve ou não dor na articulação. Dois registros de dor são requeridos para os itens 6a à 6c: anotação do lado da dor como: “nenhum” (0), direita (1), esquerda (2), ou ambos (3). E anotação se a dor articular é presente (1) ou ausente (0). Se o indivíduo não relatar dor, circule “NA” (9). (“Você sentiu alguma dor enquanto movia sua mandíbula para este lado?”). Se o indivíduo relatar pressão ou rigidez, registre como “nenhuma”.

b) Excursão lateral esquerda

Obtendo a medida: peça ao paciente para mover a mandíbula o máximo que puder para o outro lado (esquerda). (“Eu gostaria que agora você movesse sua mandíbula o máximo que pudesse em direção ao outro lado e voltasse à posição normal”). Anote esta medida da mesma maneira que foi feita para a excursão direita.

Dor: pergunte ao paciente se teve dor. Anote se o indivíduo teve ou não dor e a sua localização. (“Você sentiu alguma dor enquanto movia sua mandíbula para este lado?”). Anote a localização da dor da mesma maneira que foi feita para o lado direito. Se o indivíduo relatar pressão ou rigidez, registre como “nenhuma”.

c) Protusão

Obtendo a medida: peça ao paciente que abra ligeiramente a boca e protua a mandíbula. (“Deslize sua mandíbula para frente o máximo que puder, mesmo que seja desconfortável”). Se o paciente tiver uma mordida profunda, peça-o para abrir um pouco mais a boca, então ele poderá protuir sem qualquer interferência dos incisivos.

Dor: pergunte ao paciente se teve dor. Anote se o indivíduo teve ou não dor e a sua localização. (“Você sentiu alguma dor enquanto movia sua mandíbula para frente?”). Anote a localização da dor da mesma maneira que foi feita para a excursão direita. Se o indivíduo relatar pressão ou rigidez, registre como “nenhuma”.

- d) Desvio da linha média: se a embrasura dos incisivos centrais superiores não estiver alinhada a embrasura dos centrais inferiores, determine esta distância horizontal enquanto o indivíduo morde. Meça em milímetros o quão distante estão as embrasuras e para que lado a embrasura dos inferiores está localizada. Se o desvio de linha média for menor que 1mm, ou não existir desvio, anote “00”.

7. Sons articulares à palpação durante as excursões laterais e protusão:

Peça ao indivíduo para mover sua mandíbula para direita, esquerda e protuí-la (veja nº. 6).

a) Definição do som: recorde item 5.

b) Qualificando o som

Clique reproduzível na lateralidade ou protusiva: ocorre quando a ATM cliqua em 2 de 3 movimentos de lateralidade e protusão respectivamente.

Clique não reproduzível na lateralidade ou protusiva: um clique não reproduzível está presente se este só é demonstrado periodicamente durante movimentos de lateralidade ou protusão, mas não é reproduzível em pelo menos 2 de 3 tentativas. Não anote.

C – Instruções gerais para palpação muscular e das ATMs

1. O exame da sensibilidade dos músculos e das cápsulas articulares requer que você pressione em pontos específicos. A palpação deve ser feita com 1 quilo de pressão para os músculos extra-orais e 0,5 quilo de pressão para os músculos intra-orais e ATMs. Palpe os músculos enquanto utiliza a mão oposta para amparar a cabeça do paciente, promovendo estabilidade. A mandíbula do paciente deve estar em uma posição de repouso, sem tocar dentes. Palpe os músculos enquanto estiverem em estado passivo. Se necessário, peça ao paciente que aperte ligeiramente os dentes e depois relaxe, para uma correta identificação e assegurar que está se palpando o lugar certo. (“Eu vou pressionar alguns de seus músculos. Eu gostaria que você apertasse gentilmente seus dentes e relaxasse, mantendo seus dentes ligeiramente separados uns dos outros”). Primeiro determine o local da palpação usando os limites descritos, e então pressione. Como os locais de maior sensibilidade podem variar de indivíduo para indivíduo, e estes são localizados, é importante pressionar em múltiplas áreas em uma região específica para determinar se existe sensibilidade. Antes de iniciar a palpação diga: “Nesta próxima parte do exame, eu gostaria que você dissesse se sente dor ou pressão quando eu palpo ou pressiono algumas partes do seu rosto e da sua cabeça”. Peça ao paciente para determinar se a palpação dói ou se sente somente pressão. Se doer, peça ao paciente que indique se a dor é leve, moderada ou severa. Anote qualquer resposta inconsistente ou resposta de pressão como “sem dor”.
2. Descrição dos locais específicos para palpação muscular extra-oral (1 quilo de pressão digital).
 - a) Temporal posterior: palpação das fibras posteriores, atrás do ouvido e ligeiramente acima deste. Peça ao paciente para apertar os dentes e relaxar para facilitar a localização do músculo. Caminhe seus dedos em direção à face do paciente (medialmente), até a borda anterior do ouvido.
 - b) Temporal médio: palpação das fibras em uma depressão localizada lateralmente, a aproximadamente 4 a 5cm da sobrancelha.

- c) Temporal anterior: palpação das fibras acima da fossa infratemporal. Peça ao paciente para apertar os dentes e relaxar, para facilitar a sua localização.
 - d) Origem do masseter: primeiramente, peça ao paciente que aperte os dentes e relaxe, e observe a localização do masseter. Palpe a origem do músculo, que começa a 1cm imediatamente à frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático. Palpe-o anteriormente até o limite do músculo.
 - e) Corpo do masseter: começa logo abaixo do processo zigomático e limite anterior do músculo. Palpe esta região e em direção ao ângulo da mandíbula, uma área de aproximadamente 2 dedos de superfície.
 - f) Inserção do masseter: palpe uma área localizada a 1cm acima e anteriormente ao ângulo da mandíbula.
 - g) Região mandibular posterior (estilohióideo/ventre posterior do digástrico): peça ao paciente para inclinar a cabeça um pouco para trás. Localize a área entre a inserção do esternocleidomastóideo e a borda posterior da mandíbula. Coloque seu dedo medial e superiormente a este local (e não na mandíbula). Palpe a área imediatamente posterior e medial do ângulo da mandíbula. A área deverá ser palpada com uma pressão de 0,5 quilo.
 - h) Região submandibular (pterigóideo medial, suprahióideo, digástrico anterior). Localize um ponto abaixo da mandíbula, 2cm anteriormente ao ângulo da mandíbula. Palpe superiormente, contra a mandíbula. Se o paciente relatar muita dor nesta área, tente determinar se ele está relatando dor muscular ou nodular (nódulo linfático). Se for nodular, indique na folha de exame. A área deverá ser palpada com uma pressão de 0,5 quilo.
3. Descrição dos locais específicos da palpação articular (0,5 quilo de pressão digital).
- a) Pólo lateral: coloque seu dedo indicador anteriormente ao tragus, sobre a ATM do paciente. Peça ao paciente para abrir ligeiramente até que você sinta o pólo lateral do côndilo transladando para frente. Use 0,5 quilo de pressão no lado onde está sendo palpado, suportando a cabeça com a mão oposta.
 - b) Ligamento posterior: este local pode ser palpado por dentro do meato acústico. Posicione a polpa do dedo mínimo direito dentro do meato acústico externo esquerdo do paciente e a polpa do dedo mínimo esquerdo dentro do meato acústico externo direito do paciente. Posicione as polpas dos dedos em direção ao examinador e peça ao paciente que abra a boca ligeiramente (ou amplamente se for necessário), para certificar-se que o movimento articular é sentido pelos dedos. Pressione de maneira firme no lado direito, e então no esquerdo, enquanto o paciente mantém a boca fechada (troque as luvas).
4. Descrição dos locais específicos de palpação intra-oral (0,5 quilo de pressão digital). Explique ao paciente que você fará agora uma palpação intra-oral. (“Agora eu irei palpar por dentro da sua boca. Enquanto eu estiver fazendo estas palpações, eu gostaria que você mantivesse sua mandíbula em uma posição relaxada”).
- a) Área do pterigóideo lateral: antes da palpação certifique-se que as unhas do dedo indicador estão cortadas, para evitar falso-positivos. Peça ao paciente que abra a boca e mova a mandíbula para o lado que está sendo examinado (“Mova sua mandíbula em direção a esta mão”). Posicione seu dedo na lateral do processo alveolar, acima dos molares superiores. Mova seu dedo para distal e para cima, e palpe para medial. Se o dedo indicador for muito grande, use o dedo mínimo.

- b) Tendão do temporal: depois de completada a palpação do pterigóideo lateral, gire o seu dedo indicador lateralmente ao processo coronóide, peça ao paciente que abra levemente a boca e mova seu dedo indicador para cima, na região anterior do processo coronóide. Palpe a região mais superior do processo.

Nota: se for difícil determinar em alguns pacientes se está sentindo dor no pterigóideo lateral ou no tendão do temporal, gire e palpe com o dedo indicador medialmente e lateralmente. Se ainda estiver difícil, o pterigóideo lateral normalmente é o mais sensível dos dois.

ANEXO D

Formulário de Exame do Eixo I do índice RDC/TMD (PEREIRA, 2002)

Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora, na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?

Não 0
Sim 1

Você alguma vez já teve travamento articular que limitasse a abertura mandibular a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

Não 0
Sim 1

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

nenhum 0
direito 1
esquerdo 2
ambos 3

2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor?

Direito		Esquerdo	
Nenhuma	0	Nenhuma	0
Articulação	1	Articulação	1
Músculos	2	Músculos	2
Ambos	3	Ambos	3

Examinador apalpa a área apontada pelo paciente, caso não esteja claro se é dor muscular ou articular.

3. Padrão de Abertura:

Reto 0
Desvio lateral direito (não corrigido) 1
Desvio lateral direito corrigido ("S") 2
Desvio lateral esquerdo (não corrigido) 3
Desvio lateral esquerdo corrigido ("S") 4
Outro 5
Tipo _____
(especifique)

4. Extensão de movimento vertical: Incisivos maxilares utilizados 11
21
- a. Abertura sem auxílio sem dor ___ mm
b. Abertura máxima sem auxílio ___ mm
c. Abertura máxima com auxílio ___ mm
d. Transpasse incisal vertical ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens "b" e "c" somente

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
nenhuma	direito	esquerdo	ambos	nenhuma	direito	esquerdo	ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

5. Ruídos articulares (palpação):

- a. Abertura

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação fina	3	3

Medida do estalido na abertura: ___ mm ___ mm

- b. Fechamento

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação fina	3	3

Medida do estalido de fechamento: ___ mm ___ mm

- c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

	Direito	Esquerdo
Sim	1	1
Não	0	0
NA	8	8

6. Excursões:

- a. Excursão lateral direita ___ ___ mm
 b. Excursão lateral esquerda ___ ___ mm
 c. Protrusão ___ ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens “a”, “b” e “c”:

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
nenhuma	direito	esquerdo	ambos	nenhuma	direito	esquerdo	ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

- d. Desvio de linha média ___ ___ mm

direito	esquerdo	NA
1	2	8

7. Ruídos articulares nas excursões:

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES: ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpções de acordo com a escala abaixo. Circule o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpções direita e esquerda.

- 0 = Sem dor / somente pressão
 1 = dor leve
 2 = dor moderada
 3 = dor severa

8. Dor muscular extra-oral com palpação

	Direito					Esquerdo			
Temporal posterior “parte de trás da têmpora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Temporal médio “meio da têmpora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Temporal anterior “parte anterior da têmpora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Origem do masseter “bochecha/abaixo do zigoma”	0	1	2	3		0	1	2	3
Corpo do masseter “bochecha/lado da face”	0	1	2	3		0	1	2	3
Inserção do masseter “bochecha/linha da mandíbula”	0	1	2	3		0	1	2	3
Região mandibular posterior (estilo-hióide/região posterior do digástrico) “mandíbula/região da garganta”	0	1	2	3		0	1	2	3
Região submandibular (pterigoide medial/supra-hióide/região anterior do digástrico) “abaixo do queixo”	0	1	2	3		0	1	2	3

9. Dor articular com palpação

	Direito					Esquerdo			
Polo lateral “por fora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Ligamento posterior “dentro do ouvido”	0	1	2	3		0	1	2	3

10. Dor muscular intra-oral com palpação

	Direito					Esquerdo			
Área do pterigoide lateral “atrás dos molares superiores”	0	1	2	3		0	1	2	3
Tendão do temporal “tendão”	0	1	2	3		0	1	2	3

ANEXO E

Diagnóstico do Eixo I:

Grupo I: Desordens musculares (circule somente uma resposta)

- A – Dor miofascial (Ia)
- B – Dor miofascial com limitação de abertura (Ib)
- C – Nenhum diagnóstico do grupo I

Grupo II: Deslocamento de disco (circule somente uma resposta para cada ATM)

ATM direita	ATM esquerda
A – Deslocamento de disco com redução (IIa)	A – Deslocamento de disco com redução (IIa)
B – Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura (IIb)	B – Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura (IIb)
C – Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura (II c)	C – Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura (IIc)
D – Nenhum diagnóstico do grupo II	D – Nenhum diagnóstico do grupo II

Grupo III: Outras condições articulares (circule somente uma resposta para cada ATM)

ATM direita	ATM esquerda
A – Artralgia (IIIa)	A – Artralgia (IIIa)
B – Osteoartrite da ATM (IIIb)	B – Osteoartrite da ATM (IIIb)
C – Osteoartrose da ATM (III c)	C – Osteoartrose da ATM (III c)
D – Nenhum diagnóstico do grupo III	D – Nenhum diagnóstico do grupo III

ANEXO F

Índice Temporomandibular – TMI (PEHLING et al., 2002)

Marque **0** se o item examinado é negativo e **1** se o item for positivo:

I. Índice Funcional - Parâmetros de amplitude de movimento mandibular:

Para os itens de amplitude de movimento, as medidas entre parênteses indicam os valores normais ou de referência. Todo movimento vertical inclui a medida entre as incisais superiores e inferiores mais o overbite dos incisivos. Se uma mordida aberta anterior está presente, a distância entre as incisais superiores e inferiores é subtraída da medida de abertura.

Amplitude de movimento

Abertura ativa máxima sem dor (≥ 40 mm)	mm	0	1	Dor ao movimento		
Abertura ativa máxima (≥ 40 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Abertura passiva máxima (≥ 40 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Lateralidade direita (≥ 7 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Lateralidade esquerda (≥ 7 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Protusão (≥ 7 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Overbite	+ - mm					

Padrão de abertura (marque somente uma opção neste item):

Reto	0
Desvio corrigido	1
Desvio não corrigido	1
Outro (movimento irregular, em arrancos, etc.)	1

Índice funcional: Número total de respostas positivas _____ /12 = _____.

II. Índice muscular - Palpação dos músculos mastigatórios:

Direita		Esquerda	
Temporal anterior	0 1	Temporal anterior	0 1
Temporal médio	0 1	Temporal médio	0 1
Temporal posterior	0 1	Temporal posterior	0 1
Origem do masseter	0 1	Origem do masseter	0 1
Corpo do masseter	0 1	Corpo do masseter	0 1
Inserção do masseter	0 1	Inserção do masseter	0 1
Região mandibular posterior	0 1	Região mandibular posterior	0 1
Região submandibular	0 1	Região submandibular	0 1
Área do pterigóideo lateral	0 1	Área do pterigóideo lateral	0 1
Tendão do temporal	0 1	Tendão do temporal	0 1

Índice muscular: Número total de respostas positivas _____ /20 = _____.

III. Índice articular – Palpação das ATM e ruído articular:

Palpação das ATM:

Direita		Esquerda	
Pólo lateral	0 1	Pólo lateral	0 1
Ligamento posterior	0 1	Ligamento posterior	0 1

Ruído articular:

Para graduar o ruído articular, marque somente um item por lado para as seções A e B.

Direita		Esquerda	
A Clique de abertura reprodutível	0 1	A Clique de abertura reprodutível	0 1
Clique de fechamento reprodutível	0 1	Clique de fechamento reprodutível	0 1
Clique recíproco reprodutível	0 1	Clique recíproco reprodutível	0 1
Clique em lateralidade reprodutível	0 1	Clique em lateralidade reprodutível	0 1
Clique em protusiva reprodutível	0 1	Clique em protusiva reprodutível	0 1
Clique não reprodutível *	0 1	Clique não reprodutível *	0 1
<hr/>			
B Crepitação grosseira	0 1	B Crepitação grosseira	0 1
Crepitação fina	0 1	Crepitação fina	0 1

* Clique não reprodutível ocorrendo em qualquer movimento mandibular além dos mencionados nos itens anteriores.

Índice articular: Número total de respostas positivas _____ / 8 = _____.

TMI: Índice funcional + Índice muscular + Índice articular / 3.

_____ + _____ + _____ / 3 = _____.

ANEXO G

**Versão do OHIP 14 em português adaptada para o presente estudo
(VIEIRA, 2003)**

Marque com um X a resposta	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
3. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?						
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
5. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
6. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
10. Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						