



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

VITORIA DOULAVINCE AMADOR

**INFLUÊNCIA DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

CAMPINA GRANDE

2016

VITORIA DOULAVINCE AMADOR

**INFLUÊNCIA DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba como pré-requisito para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Dr^a. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro.

**CAMPINA GRANDE
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A481i Amador, Vitória Doulavince.
Influência da dor na qualidade de vida de portadores de disfunção temporomandibular [manuscrito] / Vitória Doulavince Amador. - 2016.
52 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, Departamento de Odontologia".

1. Disfunção da articulação temporomandibular. 2. Dor facial. 3. Qualidade de vida. I. Título.

21. ed. CDD 617.643


VITORIA DOULAVINCE AMADOR

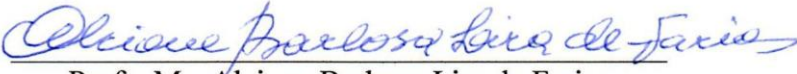
**INFLUÊNCIA DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

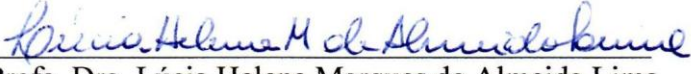
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba como
pré-requisito para obtenção do título de
Cirurgiã-Dentista.

Aprovada em: 19 / 10 / 2016.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Ana Isabela Arruda Meira Ribeiro (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profa. Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profa. Dra. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, Nivaldo Amador e Maria do Céu, por
todo empenho, amor e companheirismo, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

“Coragem! E sede fortes. Nada vos atemorize, e não os temais, porque é o Senhor vosso Deus que marcha à vossa frente: Ele não vos deixará nem vos abandonará!

(Deuteronômio 31, 6)

Ao meu Deus, que me fez prosseguir e chegar até aqui. Toda a honra, a glória e o louvor por essa vitória! Por todas as pessoas incríveis que sempre colocou na minha caminhada, que foram importantes durante toda a minha trajetória, sejam com palavras, ações, cuidados ou orações. **A Nossa Senhora das Graças**, que foi essencial nas lutas diárias, através da sua intercessão, me protegendo de todo mal.

Aos meus pais, Nivaldo e Maria do Céu, pela confiança, cuidado, ensinamentos e incentivo. Por lutarem junto comigo durante toda a minha graduação, por serem apoio constante, palavras certas e suporte diário. Lutando contra a saudade, consegui senti-los perto sempre. Painho e mainha, eu consegui! Nós conseguimos! Um sonho que se tornou nosso, uma conquista que é nossa! Muito Obrigada! Amo vocês!

Aos meus irmãos Daniela, Camila e Nivaldo Filho, por sempre me incentivarem a continuar. Daniela, obrigada por sempre me encorajar nos estudos e por ser exemplo de empenho na conquista dos meus objetivos. Camila, obrigada pelo apoio e pela convivência diária, além do carinho que foi essencial em diversos momentos. Nivaldo Filho, obrigada também pelas conversas e por todas as palavras de amor e torcida. **À minha afilhada de consagração Ana Júlia**, que foi e sempre será bênção em nossas vidas. **A todos os meus familiares**, por incentivarem e torcerem tanto, por sempre acreditarem nesse momento tão importante. Muito Obrigada!

Ao meu namorado Erbertt e sua família linda, pelo aconchego, carinho e cuidado. Por me impulsionar a atingir meus objetivos, por todas as palavras nos momentos de dificuldades e por me fazer sentir tão acolhida em Campina Grande. Obrigada por tudo, meu bem.

À minha orientadora Ana Isabela Arruda Meira Ribeiro, pelo ensino, dedicação e paciência. Por contribuir com tanto conhecimento e por me incentivar a sempre querer aprender mais. **E à Banca Examinadora** pelas sugestões e contribuições para finalização dessa etapa. Muito grata!

Aos pacientes, profissionais e funcionários do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, pela atenção, disponibilidade e acolhimento. A todos os pacientes que atendi durante a minha graduação, por toda confiança em mim depositada.

Aos meus queridos amigos de graduação por tantos momentos divididos: noites em claro em vésperas de provas, preparação de resumos, choros de saudade de casa, alegrias, risadas, perdas e conquistas. Foram muitos os momentos e inesquecíveis. Serei sempre grata a cada um de vocês, em especial, a **Cleice, Carol, Elisa, Jussara, Luana, Silmara e Tamires**. Sentirei muita saudade da nossa convivência! Cleice, Silmara e Tamires, obrigada também por todas as palavras e os abraços que foram tão importantes em cada momento, por serem tão verdadeiras e sinceras. Levarei cada momento em meu coração, que a nossa amizade permaneça firme.

A todos os alunos de odontologia da UEPB, pelos momentos vividos juntos, pela convivência nas clínicas, nos congressos e na luta por uma odontologia mais valorizada. **À minha colega de pesquisa, Sheilla Darielly**, por toda colaboração e toda dedicação e empenho.

A professora Carla Campos Muniz, por ter sido a minha primeira incentivadora na pesquisa. **A toda equipe de professores, alunos, funcionários e pacientes do projeto de extensão Clínica da Dor Orofacial**, da Universidade Estadual da Paraíba, por toda contribuição no ensino e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos. **A todos os demais professores** da Universidade Estadual da Paraíba, por tanto compromisso e excelência no ensino e transmissão do conhecimento.

À minha **família EJC** e à minha querida **“Aliança com Cristo”**, que me ensinaram muito do serviço a Deus e foram essenciais no carinho e atenção de sempre. **A todos da Paróquia do Sagrado Coração de Jesus**, por tanto incentivo, por todas as orações e por compartilharem comigo de tantos momentos lindos, vocês são prova fiel do amor de Deus. **Ao meu irmão Josivaldo Sátiro**, por não ter medido esforços para me ajudar em todos os momentos, pela torcida, as orações, o incentivo e o ombro amigo de sempre. **A todos do grupo Jovens Apóstolos de Cristo (JAC)** por todo apoio e carinho. **Aos meus amigos e irmãos de caminhada do Priorado Sentinelas de Cristo**, por todas as orações e pela amizade que foi apoio e suporte em muitos momentos. **E a todos que contribuíram, direta ou indiretamente**, para que eu alcançasse essa vitória tão almejada.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 Distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas, tipo de DTM e nível de dor.....	23
Tabela 2 Frequências absolutas e percentuais referentes às escolhas das subclasses de palavras dos grupos de desordem temporomandibular (DTM).....	24
Tabela 3 Distribuição das medidas de tendência central (média, mediana) e de variabilidade (desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) dos escores de cada domínio do questionário SF36.....	26
Tabela 4 Correlação de Spearman para os níveis de dor (EVA) e os escores de cada domínio do questionário SF-36.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
ATM	Articulação Temporomandibular
AVDs	Atividades da Vida Diária
BR – MPQ	McGill Pain Questionnaire em sua validação brasileira
CF	Capacidade Funcional
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
D	Dor
DMF	Índice Anamnésico Simplificado
DTM	Disfunção Temporomandibular
EGS	Estado Geral de Saúde
EVA	Escala Visual Analógica
GH	<i>Growth hormone</i>
IASP	La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
MPQ	<i>McGill Pain Questionnaire</i>

OMS Organização Mundial da Saúde

QV Qualidade de Vida

SF-36 *Medical Outcomes Study Questionnaire*

SIP *Sickness Impact Profile*

SM Saúde Mental

V Vitalidade

WHOQOL *World Health Organization Quality of Life-100*

INFLUÊNCIA DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

Vitória Doulavince Amador*

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi avaliar o impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com Disfunção Temporomandibular, através de um método de estudo transversal, realizado com 105 pacientes nas Clínicas do Departamento de Odontologia, Campus I, da Universidade Estadual da Paraíba. Realizou-se uma pesquisa quantitativa, utilizando o Questionário de McGill, Escala Visual Analógica (EVA), Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e DMF de Fonseca, como instrumentos de coleta de dados. Através de análise estatística descritiva, pôde-se constatar que houve predominância feminina (71,4%), com idade média de 31 anos. Quanto à intensidade da dor, avaliada através da EVA, a maioria dos pacientes avaliados apresentou intensidade leve (43,8%). Já quanto à severidade da dor (DMF de Fonseca), houve predominância para DTM moderada (54,3%). Através do Questionário de McGill apenas a subclasse “Que Incomoda” da dimensão avaliativa, obteve 100% de escolha. Conforme foi observado no questionário SF-36, os pacientes com Disfunção Temporomandibular apresentaram escores menores em relação aos domínios limitação por aspectos físicos (média = 29,05) e limitação por aspectos emocionais (média = 44,76). Observou-se uma tendência de que quanto maior é a dor relatada pelo paciente, menor é o valor nos domínios do SF-36. Sendo assim, os aspectos dor e capacidade funcional interferiram no estado geral de saúde; os pacientes com DTM sofreram impacto negativo na qualidade de vida pelo prejuízo dos aspectos físicos e mentais. Além disso, identificou-se que existe uma influência direta da intensidade da dor e conseqüente incômodo proporcionado, com a qualidade de vida dos participantes avaliados.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Dor facial. Qualidade de vida.

*

Aluna de graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - Campus I.
E-mail: vitoria.amador@gmail.com

INFLUENCE OF PAIN IN THE QUALITY OF LIFE OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION HOLDERS

Vitória Doulavince Amador*

ABSTRACT

The objective of the research was to evaluate the impact of pain on quality of life of patients with temporomandibular dysfunction, through a cross-sectional method, conducted with 105 patients in the Clinics of the Department of Dentistry, Campus I, at the State University of Paraíba. research was conducted through a cross-sectional study method with an inductive approach, using the McGill Questionnaire, Visual Analogue Scale (VAS) and Quality of Life Questionnaire SF-36 as data collection instruments. Through descriptive statistical analysis, it could be noted that there was a female predominance (71.4%), with an average of 31 years. For the intensity of pain measured by VAS, most of the patients had mild (43.8%). As for the severity of pain (Fonseca's index DMF) moderate TMD predominated (54.3%). Through the McGill Questionnaire only the "that feels uncomfortable" subclass of the evaluative dimension obtained 100% choice. As noted in the SF-36 questionnaire, patients with temporomandibular dysfunction had lower scores in relation to the domains limited by physical aspects (average = 29.05) and limitation by emotional aspects (average = 44.76). There was a tendency that the greater the pain reported by the patient, the lower the value in the domains of the SF-36. Thus, the aspects pain and functional capacity interfered in general health; the TMD patients suffered negative impact on quality of life for the loss of physical and mental aspects. In addition, it was identified that there is a direct influence of pain intensity and consequent discomfort provided with the quality of life of the participants. **Keywords:** Syndrome of Temporomandibular Joint Dysfunction. Facial Pain. Quality of life.

*

Dental Student at the State University of Paraíba - Campus I.
E-mail: vitoria.amador@gmail.com

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	METODOLOGIA	19
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	19
4.2	LOCAL DO ESTUDO	19
4.3	SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	19
4.4	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	19
4.5	INTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	19
4.6	PROCEDIMENTOS NA COLETAS DE DADOS	20
4.6.1	Escala Visual Analógica	20
4.6.2	Questionário MCGILL de dor (BR – MPQ)	20
4.6.3	Questionário sobre Qualidade de Vida (SF-36)	21
4.6.4	Questionário Anamnésico de Fonseca (DMF)	22
4.7	POSICIONAMENTO ÉTICO.....	22
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	22
5	RESULTADOS	24
6	DISCUSSÃO	30
7	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICES	44
	ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

As Disfunções Temporomandibulares (DTMs) se manifestam como um conjunto de sinais e sintomas que acometem um determinado perfil da população. Algumas variáveis como gênero e idade interferem na expressão clínica desta condição (MAZZETTO et al., 2014) e cerca de 30-70% da população geral tem, pelo menos, um dos sinais de DTM (MONTEIRO et al., 2011), sendo mais frequentemente observada em pessoas entre 20 a 40 anos de idade (MARKLUND, WÄNMAN 2010) e mais comum em mulheres do que em homens (MONTEIRO et al., 2011).

Por ser uma doença dolorosa, os sintomas se apresentam de modo variado e vinculado aos componentes anatômicos, podendo levar a dor miofascial, deslocamento de disco, dores nas articulações ou inflamação (RESENDE et al., 2013). Dentre as dores orofaciais, o segundo tipo de disfunção mais comumente encontrado são as desordens temporomandibulares (DTMs), com prevalência estimada entre 3 e 15% da população (BENDER, 2014).

A etiologia da disfunção temporomandibular tem sido o foco de discordâncias; portanto, muitos autores, como por exemplo, Siqueira e Teixeira, 2002; Scarpelli e Nantes, 2007; Okeson, 2000; Garofalo et al., 1998; propõem uma etiologia multifatorial. Além disso, fatores psicológicos, psicossociais e físicos têm sido citados como contribuintes no agravamento desta patologia. (MARKLUND, WÄNMAN, 2010). Alguns destes têm curso evolutivo em dias, meses ou anos, ocasionalmente transitórias e autolimitantes, agravando-se com a função e/ou hábitos parafuncionais (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2002).

Os portadores de DTM podem apresentar sintomas comuns, tais como dor, movimento restrito, sensibilidade muscular e ruídos articulares intermitentes (OKESON, 2013). Apesar de a DTM ter grande variação sintomatológica interindividual (DEMARIM, KES, 2010), a sintomatologia dolorosa otológica caracteriza-se como uma queixa primária do paciente (MACHADO et al., 2010). Além disso, os sintomas dolorosos na disfunção temporomandibular podem ser ocasionados pela presença de hábitos parafuncionais, os quais podem ser desencadeados ou agravados pelo estado emocional do paciente, levando a uma hiperatividade muscular (SIMM, LOPES, 2011).

A dor orofacial pode alterar a qualidade de vida mais do que outras condições sistêmicas, tais como diabetes, hipertensão ou úlcera. Indivíduos nessa condição vivenciam grandes

mudanças no seu dia a dia, incluindo: perda do dia de trabalho, ausência de relacionamento com familiares e amigos, insatisfação com a condição bucal, ingestão de medicamento e modificação na dieta alimentar (BIAZEVIC et al., 2002).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida “como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (AROCHA et al., 2014). Semelhante às dores musculoesqueléticas, a DTM se não for diagnosticada de forma correta pode se tornar crônica, levando a um comprometimento funcional, causando implicações nas funções laborais e econômica do indivíduo, para o sistema de saúde e a sociedade e, por conseguinte interferindo na qualidade de vida do seu portador. (CAMPI et al., 2013).

A qualidade de vida abrange muitos fatores que em conjunto oferece ao ser humano condições de vida considerada satisfatórias, enfim, fatores que aumentam a expectativa de vida e transformam a sobrevivência em algo prazeroso. (BRAGA, SOUZA, 2016).

A identificação de sinais e sintomas possíveis da DTM representa um importante recurso para o diagnóstico da DTM. Com vistas ao diagnóstico e à possibilidade de intervenção precoce é necessária a identificação dos grupos de risco, através de instrumentos precisos, estabelecendo-se um perfil epidemiológico do problema (FERREIRA et al., 2009). O uso de índices tem sido amplamente difundido na literatura, em especial quando validados, de fácil aplicação e interpretação e com vistas à uniformização para comparação dos dados (ICHESCO et. al, 2012).

Geralmente, os indicadores de qualidade de vida associada à saúde são construídos sob a forma de questionários compostos de perguntas que procuram medir, por meio de respostas organizadas e utilizando escalas numéricas, os aspectos de vida das pessoas, nos domínios físico, psicológico, material e social, entre outros que são afetados pelas condições de saúde (WALLANDER, SCHMITT, KOOT, 2001).

Nesse contexto, tem sido de grande importância a realização de pesquisas que, através de questionários, busquem avaliar a relação da dor com a qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM. Sendo assim, este trabalho teve por objetivo avaliar a influência da dor na qualidade de vida de pacientes com disfunção temporomandibular, através da Escala Visual da Dor, Índice Anamnésico de Fonseca (DMF), Questionário MCGILL e SF-36.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Disfunções temporomandibulares (DTMs) caracterizam-se por uma heterogeneidade de sintomas clínicos envolvendo alterações relacionadas com a musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) ou ambas as estruturas (Kosminsky et al., 2004). Tais alterações afetam grande parte da população, podendo estar relacionadas a sinais e sintomas desagradáveis como dores nos músculos da mastigação ou na ATM, ruídos articulares, limitação de abertura bucal, retração gengival, oclusão inadequada, distúrbios auditivos, cefaleias e sensibilidade em toda a musculatura do sistema estomatognático e cervical, entre outras (BARBERÍA et al., 2004).

Nos estudos realizados por Pereira et al.²⁵ (2005) e Santos et al.¹⁷ (2006), 100% dos indivíduos com diagnóstico de DTM apresentaram dor. Trata-se de uma dor que impede os sujeitos de executarem muitas ações do dia a dia, e de participarem de algumas interações sociais, podendo resultar em afastamento integral de muitas atividades, comprometendo a autoestima e tornando a vida controlada por essa experiência (GRZESIAK, 1991).

A dor é definida, segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano (PAIN, 1986). Nos termos dessa definição, não apenas os componentes físico e químico envolvidos no evento doloroso são considerados, mas também os aspectos subjetivo e psicológico, que são cruciais na compreensão da queixa dolorosa, especialmente, em pacientes com dor crônica.

Dores crônicas são condições altamente prevalentes, com grande impacto na saúde dos indivíduos, nos serviços de saúde e na sociedade, além de apresentarem importantes dificuldades em seus tratamentos. São definidas como um grupo heterogêneo de condições clínicas, sendo uma minoria associadas a alterações estruturais específicas, e muitas coexistentes com dores em outras áreas anatômicas (AGGARWAL et al., 2010).

Além dos componentes físicos e químicos envolvidos no evento doloroso da DTM, devem ser considerados os aspectos subjetivos e psicológicos, pois são cruciais na compreensão da queixa dolorosa (OLIVEIRA et al., 2003). A literatura descreve que os aspectos emocionais desempenham um importante papel na etiologia e evolução sintomatológica da DTM, contribuindo para o aparecimento ou perpetuação da desordem por meio do aumento da atividade muscular e tensão dos músculos da face (FERREIRA et al., 2009).

Existem os mais diversos fatores psicológicos relacionados às DTMs, sendo que eles não atuam isoladamente, apresentando uma interação entre si e com a situação física do paciente. Dentre eles podem-se citar fatores psicológicos cognitivos, comportamentais e afetivos ou emocionais. (SILVA et al., 2012). Outro transtorno psicológico relacionado à DTM é o estresse. Assim como a ansiedade, certo nível de estresse é adaptativo (BRAGA, SOUZA, 2016). O impacto negativo da disfunção temporomandibular na vida dos seus portadores está associado ao grau de severidade destes fatores psicossociais e psicológicos (LUCENA, 2004).

Assim, devido à importância da cavidade bucal - em termos de ser básica para a alimentação, de expressar as emoções e de se comunicar -, as manifestações da DTM e outras condições de dor orofacial fundamentam a hipótese de que essa doença tem um impacto significativo na qualidade de vida (MURRAY et al., 1996).

O conceito de qualidade de vida (QV) é bastante complexo e, em geral, saúde é aceita como parte essencial desta, que engloba um conceito multidimensional que reflete a avaliação subjetiva de satisfação pessoal em relação ao bem-estar físico, funcional, emocional e social (POMPEU; MENESES, 2008).

Alguns indicadores permitem comparar a qualidade de vida de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem, não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da qualidade de vida de uma determinada doença (FAYERS et al., 2000). Dentre os instrumentos genéricos mais frequentemente utilizados, pode-se citar o WHOQOL-100 – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (FLECK et al., 1999), o SF-36 (*Medical Outcomes Study Questionnaire*) (WARE JR; SHERBOURNE, 1992; CICONELLI et al., 1999) e o SIP (*Sickness Impact Profile*) (BERGNER et al., 1981). A Escala Visual Analógica (EVA), um instrumento para mensuração da dor unidimensional, requer maior nível de função cognitiva, sendo usada associada à Escala de Faces (FERRELL et al., 2000).

Para avaliação e diagnóstico de disfunção temporomandibular na área de pesquisa epidemiológica tem sido aplicados um grande número de escalas, questionários e índices: Escala Visual Analógica, Índice Anamnésico de Fonseca, Questionário MCGILL, Questionário Qualidade de Vida SF-36. Dentre eles, os índices anamnésicos parecem ser ferramentas diagnósticas mais apropriadas a serem administradas nestes estudos, pois envolvem a população geral e podem fornecer informações importantes às amostras estudadas, assim como para classificar e caracterizar DTM (NASSIF, 2003). Questionários e instrumentos numéricos também têm sido utilizados para mensurar e avaliar o estado de saúde e certas limitações nas

atividades das populações em geral, relatando assim suas qualidades de vida (DAVIDSON E KEATING, 2002).

A inclusão de aspectos afetivo-emocionais subjetivos, na definição de dor adotada nesta pesquisa, exigiu a aplicação de uma ferramenta de avaliação multidimensional: o questionário de dor McGill (MPQ). Na versão brasileira deste questionário (Br-MPQ), proposta por Castro (CASTRO, 1999), o impacto da dor na vida do paciente é avaliado por questões relacionadas ao prejuízo social, desenvolvimento das atividades da vida diária e percepção do paciente sobre a reação de terceiros a sua condição dolorosa.

Entretanto, existem poucos estudos que utilizam questionários ou outros métodos para avaliar o impacto das condições dolorosas da face na qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, uma das ferramentas de avaliação multidimensional mais utilizada tem sido o questionário de dor proposto por Mezzack; McGill (1975). Neste, o impacto da dor na vida do paciente é avaliado por questões relacionadas ao prejuízo social, desenvolvimento das atividades da vida diária e percepção do próprio paciente sobre a reação de terceiros à sua condição dolorosa (OLIVEIRA, 2005).

Os pontos fracos do McGill são: o tempo de aplicação, que é muito longo, e os descritores verbais de difícil compreensão pelos pacientes dos setores pesquisados (MARTINEZ, 2011). Este questionário se concentra em uma lista de descritores que são classificados em sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo e miscelânea. Sua principal característica é ser de natureza qualitativa, embora os índices gerados recebam um tratamento quantitativo (BOREAU et al., 1992). Transformar variáveis qualitativas (descritores) em quantitativas (índices) pode ser motivo de críticas e nem sempre refletir o que se espera em uma avaliação clínica. A natureza qualitativa predominante favorece estudos científicos e dificulta seu uso na clínica diária (FARRAR et al., 2010).

Já o questionário SF-36 é um instrumento genérico, utilizado para avaliar de forma ampla e completa o termo qualidade de vida. Esta é feita basicamente pela administração de instrumentos ou questionários que, em sua grande maioria, foram formulados na língua inglesa, direcionados para a utilização na população que fala esse idioma. Portanto, para que possa ser utilizado em outro idioma devem seguir-se normas pré-estabelecidas na literatura para sua tradução e, posteriormente, suas propriedades de medida devem ser demonstradas num contexto cultural específico (MATHIAS; et al., 1994, GUILLEMIN, 1995).

A Escala Visual Analógica (EVA) permite que a intensidade da dor seja avaliada com maior fidedignidade do que as demais escalas unidimensionais (escala verbal, escala numérica)

por não estabelecer valores pré-estabelecidos entre as extremidades. A EVA pode proporcionar diferenças percentuais entre medidas obtidas ao avaliar o paciente em varias ocasiões ou entre pacientes. Outras vantagens: fácil de administrar e pontuar, o paciente entende facilmente pela sua simplicidade conceitual. A desvantagem maior consiste em considerar-se a dor como uma experiência unidimensional, não poder ser utilizada em pacientes que apresentem dificuldade em comunicar sua dor (crianças, idosos, deficientes auditivos, visuais e em pacientes com deficiência cognitiva), necessita de muita concentração. (FINKEL, SCHLEGEL, 2007).

O Índice Anamnésico de Fonseca é o único instrumento de triagem existente no português brasileiro para classificar e caracterizar a severidade dos sintomas de disfunção temporomandibular (CHAVES et al., 2005). É utilizado para classificar os sintomas de disfunção temporomandibular, seguindo as características de uma avaliação multidimensional²⁵. É composto por 10 questões que verificam a presença de dor na articulação temporomandibular, na nuca, ao mastigar, de cabeça, dificuldades de movimento, ruídos, hábitos parafuncionais (apertar e ranger os dentes), percepção da má oclusão, além da sensação de estresse emocional (DEKON et al., 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência da dor na qualidade de vida de pacientes com disfunção temporomandibular.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um levantamento das variáveis dos pacientes com DTM quanto à idade, sexo, profissão, renda, raça, escolaridade e DMF.
- Quantificar e classificar a intensidade da dor através da Escala Visual Analógica;
- Classificar de acordo com a severidade o grau de disfunção temporomandibular e avaliar a relação com a qualidade de vida;
- Avaliar a influência da dor na qualidade de vida dos pacientes com DTM;.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi uma pesquisa quantitativa com variáveis qualitativas, realizada através de um estudo transversal com uma abordagem indutiva, utilizando questionário como instrumento de coleta de dados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Elegeram-se como local do estudo as Clínicas do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I.

4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no período de 10 de Março a 25 de Agosto de 2016 e os sujeitos da pesquisa foram pacientes que frequentavam as Clínicas do Departamento de Odontologia, Campus I. Sendo o critério de inclusão ser portador de DTM, ter idade maior que 18 anos, aceitar participar voluntariamente da pesquisa tendo lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Inicialmente, os objetivos da pesquisa foram explicados a cada participante, e em seguida, foi solicitada a autorização deste, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), emitido em duas vias, sendo que uma via foi entregue ao sujeito da pesquisa após ser assinado.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta dos dados foi utilizado um questionário contendo dados de identificação, dados sócio-econômico-demográficos, o Índice Anamnésico de Fonseca (DMF), a Escala Visual Analógica (EVA), o Questionário McGill e o Questionário SF-36 (Apêndice B).

4.6 PROCEDIMENTOS NA COLETA DE DADOS

4.6.1 Escala Visual Analógica

A Escala Visual Analógica é um índice que avalia a intensidade da dor e consiste em uma linha reta, de 10 cm, que representa o contínuo dor, ancorada pelas palavras *sem dor* e *pior dor*. Solicitou-se que o indivíduo marcasse na linha o lugar que representava a intensidade da dor sentida. O observador deve medir, em centímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas palavras *sem dor* e a marca feita pelo paciente, que correspondeu à intensidade de sua dor (FERRELL, 2000). A Escala Visual Analógica requer nível maior da função cognitiva. Algumas variações têm sido sugeridas para remediar essas limitações (WEINER, 1999). Essa escala pode ser inapropriada para pacientes com baixos níveis de educação e com alterações cognitivas e visuais (ROBERTO, 2000). Sendo assim, foi utilizada a Escala Visual Analógica associada à Escala de Faces, que consistiu de uma série de faces expressando níveis progressivos de angústia. Solicitou-se ao paciente que escolhesse a face que representava a intensidade de sua dor (FELDT, 2000). Essa escala tem sido utilizada para mensuração da dor em idosos com demência e, embora os resultados mostrassem que as queixas dolorosas são pouco frequentes nesse grupo, quando existem, são indicadores confiáveis de sua presença (LACHAPELLE, 1999).

4.6.2 Questionário McGill de dor (BR – MPQ)

O uso de uma escala multidimensional como o Questionário de dor McGill (MPQ) possibilita uma avaliação mais adequada da percepção da dor, relacionada com aspectos cognitivos, afetivos e sensoriais. Inclui um diagrama corporal para localização da experiência

dolorosa, uma escala de intensidade e 78 descritores de dor agrupados em 4 grandes grupos e 20 subgrupos. É validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al., 1999. O MPQ tem se mostrado útil para obtenção de informações qualitativas da dor quando utilizado no idoso com impedimentos cognitivos (WEINER, 1999) Os sub-grupos de 1 a 10 representam respostas sensitivas à experiência dolorosa (tração, calor, torção, entre outros): os descritores dos subgrupos de 11 a 15 são respostas de caráter afetivo (medo, punição, respostas neurovegetativas, etc.); o sub-grupo 16 é avaliativo (avaliação da experiência global) e os de 17 a 20 são miscelânea (PIMENTA e TEIXEIRA, 1996). Solicitou-se que o indivíduo selecionasse um ou mais subgrupos de cada umas das 4 dimensões avaliadas (Sensitiva, afetiva, avaliativa e miscelânea), de acordo com a caracterização da sua sintomatologia dolorosa. A partir das palavras escolhidas em cada dimensão, foi possível ter uma ideia de como é a dor dos pacientes avaliados. Os valores são somados e no final temos dois resultados: índice de dor (tipo uma nota final da dor) e número de descritores (quantos grupos foram marcados).

4.6.3 Questionário sobre Qualidade de Vida (SF-36)

O SF-36 constitui um instrumento genérico de fácil administração e compreensão, que considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde (OLIVEIRA; ORSINI, 2008). É composto por 36 itens, subdivididos em 8 domínios: “capacidade funcional” (CF), 10 itens - avaliam a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; “aspectos físicos” (AF), 4 itens - avaliam as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como as dificuldades de realização do trabalho e das atividades da vida diária (AVDs); “dor” (D), 2 itens - avaliam a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas AVDs; “estado geral de saúde” (EGS), 5 itens - avaliam como o paciente se sente em relação a sua saúde global; “vitalidade” (V), 4 itens - consideram o nível de energia e de fadiga; “aspectos sociais” (AS), 2 itens - analisam a integração do indivíduo em atividades sociais; “aspectos emocionais” (AE), 3 itens - avaliam o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo; e “saúde mental” (SM), 5 itens - incluem questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Inclui ainda um item que avalia as alterações de saúde ocorridas no período de um ano. Os dados foram analisados a partir da transformação das

respostas de cada domínio em escore numa escala de zero (0) a cem (100), resultando em um estado geral de saúde pior ou melhor. Quanto mais pontos, maior a qualidade de vida. Quanto menos pontos, menor a qualidade de vida. (CICONELLI et al., 1999; MARTINEZ, 2002).

4.6.4 Questionário Anamnésico de Fonseca (DMF) (1994)

Mediante a classificação do Índice de Fonseca (Fonseca et al., 1994), foi possível selecionar os pacientes que apresentavam DTM com relação a severidade, correspondendo ao objetivo do estudo realizado. Pelo critério de Fonseca, foi aplicado um questionário contendo 10 questões referentes aos sinais e sintomas de DTM. Foram atribuídos valores de 0 a 10 a cada questão, de maneira que o “SIM” teve escore 10, “AS VEZES”, 5 E O “NÃO” foi equivalente a zero. Após a somatória dos resultados obtidos, foi possível estabelecer a presença ou não da DTM nos pacientes avaliados. Segundo padrões determinados pelo índice, resultados com escore de 0 a 15, o paciente foi considerado sem DTM; de 20 a 40, com DTM leve; de 45 a 65, com DTM moderada; de 70 a 100, com DTM severa ou grave.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no País, que recomenda: “deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade” (BRASIL, 2012). Desse modo, foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice B). O presente trabalho foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 50791815.2.0000.5187).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais das variáveis qualitativas, bem

como as medidas de tendência central (média, mediana) e de variabilidade (desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) das variáveis quantitativas. Em seguida, o nível de dor (EVA) e os escores dos domínios do SF-36 foram analisados em sua forma não categorizada por meio da análise de correlação de Spearman (dados não paramétricos). Para determinar associação entre o nível de dor em sua forma categorizada (leve/moderada/intensa) e o sexo, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas usando o *software SPSS Statistics* versão 20.0 e considerando um intervalo de confiança de 95%.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 105 pacientes. A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas, tipo de DTM e nível de dor. A maioria era do sexo feminino (n = 75; 71,4%) tinha até 31 anos de idade (n = 60; 57,1%), não trabalhava (n = 55; 52,4%), era branca (n = 70; 66,7%), não possuía renda (n = 52; 49,5%), porém apresentava escolaridade elevada (n = 50; 47,6%). Em relação à ocorrência de DTM, a maior parte possuía DTM moderada (n = 57; 54,3%) e dor de intensidade leve (n = 46; 43,8%).

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com as características socioeconômicas, nível de DTM e intensidade de dor.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	75	71,4
Masculino	30	28,6
Faixa etária		
≤ 31 anos	60	57,1
> 31 anos	45	42,9
Ocupação		
Assalariado	30	28,6
Autônomo	20	19,0
Não trabalha	55	52,4
Raça		
Branca	70	66,7
Preta	8	7,6
Amarela	2	1,9
Parda	25	23,8
Renda		
Nenhuma	52	49,5
≤ 2 salários mínimos	34	32,4
> 2 salários mínimos	19	18,1
Escolaridade		

Não alfabetizado	2	1,9
Ensino básico	1	1,0
Ensino fundamental	11	10,5
Ensino médio	41	39,0
Ensino superior	50	47,6
Índice Fonseca		
DTM Leve	21	20,0
DTM Moderada	57	54,3
DTM Severa	27	25,7
Escala Analógica Visual (EVA)		
Média: 4,19		
Mediana: 4,00		
Desvio padrão: 3,03		
Valor mínimo: 1,00		
Valor máximo: 9,00		
Classificação da intensidade da dor (EVA)		
Leve	46	43,8
Moderada	33	31,4
Intensa	26	24,8
Total	105	100,0

Fonte: Própria da pesquisa.

A Tabela 2 exibe as frequências absolutas e percentuais referentes às escolhas das subclasses de palavras dos grupos de desordem temporomandibular. Os pacientes que responderam aos questionários e que apresentavam o mesmo grau de severidade da dor (Leve, moderada ou intensa), obtiveram concordância com os descritores escolhidos. Para os grupos classificados como portadores de DTM, apenas uma dimensão obteve concordância absoluta entre os participantes, ou seja, apenas a subclasse “Que incomoda” da dimensão avaliativa, obteve 100% de escolha entre os participantes da pesquisa.

Na categoria dimensão sensitiva, os descritores mais mencionados foram: Calor, Fisgada, Pontada e Pulsante; na dimensão afetiva, os mais mencionados foram: Amedrontadora, Cansativa, Enjoada e Miserável; enquanto na dimensão miscelânea, as dimensões foram: Aperta, Fria, Espalha e Aborrecida.

Tabela 2. Frequências absolutas e percentuais referentes às escolhas das subclasses de palavras dos grupos de desordem temporomandibular (DTM) do Questionário McGill.

Categorias	Que palavra melhor descreve sua dor?	n	%
DIMENSÃO SENSITIVA	Tremor	16	15,3
	Pulsante	100	95,2
	Como batida	32	30,5
	Como pancada	15	12,3
	Pontada	101	96,2
	Choque	04	3,8
	Agulhada	02	1,9
	Perfurante	42	40,0
	Facada	03	2,8
	Fina	87	82,8
	Cortante	13	12,4
	Estraçalha	05	4,7
	Beliscão	06	5,7
	Aperto	94	89,5
	Mordida	02	1,9
	Esmagamento	03	2,8
	Mal localizada	10	9,5
	Dolorida	90	85,7
	Pesada	05	4,7
	Fisgada	103	98,0
Torção	02	1,9	
Calor	102	97,1	
Queimação	03	2,8	
Formigamento	92	87,6	
Ardor	13	12,4	
DIMENSÃO AFETIVA	Cansativa	100	92,2
	Exaustiva	05	4,7

	Enjoada	100	92,2
	Sufocante	05	4,7
	Castigante	80	76,2
	Atormenta	22	20,9
	Cruel	03	2,8
	Amedrontadora	100	92,2
	Miserável	97	92,4
	Enlouquecedora	08	7,6
DIMENSÃO	Chata	07	6,7
AVALIATIVA	Que incomoda	105	100
	Espalha	92	87,6
	Penetra	13	12,4
	Aperta	103	98,1
DIMENSÃO	Adormece	02	1,9
MISCELANIA	Fria	98	93,3
	Gelada	07	6,7
	Aborrecida	77	73,3
	Dá náuseas	38	36,2
Número de Descritores	(25) Sensoriais		
	(10) Afetivos		
	(2) Avaliativos		
	(8) Miscelânea		
	(45) Total		
Índice de Dor	Sensoriais	Todos os	
	Afetivos	índices foram	
	Avaliativos	respondidos	
	Miscelânea	pelos pacientes	

Fonte: Própria da pesquisa.

A Tabela 3 exhibe a distribuição das medidas de tendência central (média, mediana) e de variabilidade (desvio-padrão, valor mínimo, valor máximo) dos escores de cada domínio do

questionário SF-36. Entre os oito domínios, limitação por aspectos físicos (média = 29,05) e limitação por aspectos emocionais (média = 44,76) apresentaram os menores escores.

Tabela 3. Distribuição das medidas de tendência central (média, mediana) e de variabilidade (desvio padrão, valor mínimo, valor máximo) dos escores de cada domínio do questionário SF-36.

Domínios do SF-36	Média	Mediana	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor Máximo
1. Capacidade funcional	57,14	50,00	19,13	30,00	85,00
2. Limitação por aspectos físicos	29,05	0,00	44,82	0,00	100,00
3. Dor	45,81	40,00	8,96	40,00	60,00
4. Estado geral de saúde	48,29	50,00	5,23	20,00	50,00
5. Vitalidade	52,86	50,00	5,80	50,00	65,00
6. Aspectos sociais	59,15	50,00	19,00	38,00	88,00
7. Limitação por aspectos emocionais	44,76	0,00	49,96	0,00	100,00
8. Saúde mental	59,83	48,00	12,91	48,00	77,00

Fonte: Própria da pesquisa.

A Tabela 4 mostra os resultados de correlação de Spearman para os níveis de dor (EVA) e os escores de cada domínio do SF-36. Verificou-se correlação negativa significativa entre o nível de dor e os seguintes domínios do SF-36: limitação por aspectos físicos ($r = -0,473$; $p < 0,001$), dor ($r = -0,473$; $p < 0,001$), vitalidade ($r = -0,549$; $p < 0,001$), limitação por aspectos emocionais ($r = -0,859$; $p < 0,001$) e saúde mental ($r = -0,878$; $p < 0,001$). Em outras palavras, observou-se uma tendência de que quanto maior é a dor relatada pelo paciente, menor é o valor nos domínios do SF-36 mencionados previamente.

Tabela 4. Correlação de Spearman para os níveis de dor (EVA) e os escores de cada domínio do questionário SF-36.

Domínios do SF-36

Variáveis		QV1	QV2	QV3	QV4	QV5	QV6	QV7	QV8
EVA	Coefficiente de	0,11							
	Correlação	7	-0,473*	-0,473*	0,518*	-0,549*	-	-0,859*	-0,878*
	p-valor	0,23 3	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,516	< 0,001	< 0,001

Nota. QV1: Capacidade funcional; QV2: Limitação por aspectos físicos; QV3: Dor; QV4: Estado geral de saúde; QV5: Vitalidade; QV6: Aspectos sociais; QV7: Limitação por aspectos emocionais; QV8: Saúde mental. * Correlação significativa ao nível de $p < 0,05$.

Fonte: Própria da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) pode ser definida como um conjunto de manifestações clínicas que levam a uma disfunção mandibular, associadas ou não à dor, gerada por agentes agressores à integridade morfológica ou funcional do sistema temporomandibular (MUNHOZ, MARQUES, 2005). Além disso, algumas variáveis como gênero e idade interferem na expressão clínica desta condição.

Os resultados encontrados no presente estudo estiveram de acordo com outros estudos (MANFREDINI, CHIAPPE, BOSCO 2006; NOMURA et al., 2007; SLADE, 2013; PROVEDA et al, 2007), que mostraram que é maior a prevalência de DTM em mulheres. Tais dados são corroborados por Agerberg, Carlsson, 1975; Conti et al., 1996, Conti,2000 Monteiro et al., 2004 que também descrevem em suas conclusões ter encontrado uma prevalência significativamente maior de DTM nas mulheres. Este gênero tem três vezes maior risco de desenvolver dor miofascial do que os homens, de acordo também com os estudos de Velly, Gornitsky; Phillippe, 2003.

Esta maior prevalência de disfunção temporomandibular em mulheres pode estar relacionada às diferenças fisiológicas do gênero, tais como: variações hormonais, estrutura muscular e limiar de dor mais baixo (VEDOLIN et al, 2009). Outra possível explicação, consoante os estudos de Salvador et al., 2005; estaria no fato de que as mulheres apresentam menores valores de força muscular sob fadiga do que os homens, além das concentrações plasmáticas dos principais hormônios anabólicos (testosterona, GH), em repouso ou após esforço intenso, são bastante distintas entre homens e mulheres. Além disso, a variável idade pode interferir na expressão clínica desta condição.

O início da DTM tem se tornado cada vez mais precoce, pois crianças e adolescentes têm sido muito mais afetados por esta patologia. Hábitos parafuncionais têm sido vistos como um dos principais fatores de risco de DTM nesta faixa etária (CORTESE et al., 2013). A idade mediana dos participantes da presente pesquisa foi 31 anos, corroborando com os estudos de Bezerra et al., 2012 e Nilson, Drangholt, List, 2009; Pereira et al., 2005; Gutiérrez et al., 2001; Alhabahbeh et al., 2005, em que afirmaram que adultos jovens com idade entre 20 e 40 anos, nos chamados anos produtivos, foram os mais afetados, e que a faixa etária dos pacientes acometidos por esta patologia situa-se principalmente na quarta década de vida, gerando custos sociais significativos e diminuição na produtividade no trabalho, a qualidade de vida. O estresse e a baixa capacidade de adaptação podem explicar por que este grupo etário tem sido o mais afetado.

Qualidade de vida e estresse tem uma influência direta sobre a prevalência de DTM de acordo com a idade, porque os jovens adultos estão em fase de vida de maior produção e angústia. (BARROS et al., 2009).

No presente estudo, houve maior prevalência de DTM para a raça branca e com grau de escolaridade nível superior, sem vínculo empregatício. Estes resultados concordam com os obtidos por Garcia e Lacerda, 1997, em que a maioria dos indivíduos universitários apresentava algum grau de DTM; e com Petruccelli, 2004, em que houve prevalência para a raça branca em pacientes portadores de DTM.

Foram avaliados 113 pacientes, porém 8 não exibiram DTM de acordo com o Índice de Fonseca. Alguns estudos brasileiros têm utilizado o índice de Fonseca para classificação dos pacientes quanto aos sintomas de DTM (PEDRONI et al., 2003). A simplicidade desse índice favorece seu uso em estudos epidemiológicos populacionais.

O índice clínico de Fonseca foi escolhido para este estudo por ser sensível na determinação da gravidade de portadores de DTM e por ter sido idealizado para a população brasileira (FONSECA, 1992). Alguns estudos brasileiros têm utilizado o índice de Fonseca para classificação dos pacientes quanto aos sintomas de DTM (PEDRONI et al., 2003; CONTI et al., 1996; BEVILAQUA et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2006). A simplicidade desse índice favorece seu uso em estudos epidemiológicos populacionais. Neste estudo, a prevalência foi para DTM moderada (n = 57; 54,3%) e dor de intensidade leve (n = 46; 43,8%), não indo de acordo com os estudos de Dolin, Cashman, Bland, 2002; Roraius et al., 1993; Oates et al, 1994, em que tiveram prevalência de intensidade da dor moderada e intensa.

No estudo realizado, a escala unidimensional utilizada foi a EVA, a qual se limita em avaliar apenas a intensidade da dor no presente momento (MARTINEZ, 2011). As análises que utilizam apenas escalas unidimensionais são simples e limitadas; já que desconsideram outros aspectos tão importantes quanto a intensidade. Aspectos como a localização da dor; características sensoriais, afetivas, impacto da dor no bem-estar do paciente; uso de medicamentos e alívio da dor com o uso dos mesmos, e muitas outras características foram possíveis de ser analisadas nos questionários McGill de Dor (MPQ) e Qualidade de Vida SF-36.

A Escala Visual Analógica (EVA), de rápida aplicação, tem fácil entendimento pelo paciente, sendo uma forma adequada para estimar a intensidade da dor presente. Sendo, porém, um instrumento unidimensional, analisa apenas a intensidade da dor, desconsiderando quaisquer

outros aspectos dessa dor (GIFT, 1989). A escala de faces (rostos) foi utilizada associada à Escala Visual Analógica, permitindo uma melhor avaliação da intensidade da dor. Através de uma série de expressões faciais, derivadas de desenhos de rostos felizes e tristes, o paciente avaliado escolhia a que mais se aproximava da intensidade da experiência de dor que ele sentia.

Os questionários utilizados nesta pesquisa avaliaram clinicamente a dor, porém mediram aspectos diferentes desse sintoma. Apesar das vantagens, idosos e crianças, às vezes, sentem dificuldades em utilizar EVA devido à abstração necessária para sua compreensão. Sendo assim, utilizamos recursos visuais como desenhos representando expressões faciais (Escala das Faces), indo de acordo com os estudos de JENSEN et al, 1986.

O Questionário McGill de Dor (MPQ) permite uma análise bastante ampla da dor do paciente por avaliar diversos aspectos da dor. Avalia descritores verbais individualmente e em sua totalidade. Possui propriedades temporais da dor e analisa de forma simples e objetiva a intensidade de dor presente. (MARTINEZ, 2011). No presente estudo, apenas a subclasse “Que incomoda” da dimensão avaliativa, obteve 100% de escolha e, entre os participantes da pesquisa, obtiveram concordância com os descritores escolhidos, corroborando com os estudos de Martins et al., 2012.

Verificou-se correlação negativa significativa entre o nível de dor e os seguintes domínios do SF-36: limitação por aspectos físicos, dor, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Estes dados apresentam semelhanças com os apresentados no estudo de Talhaferro et al., 2006, que também realizou a aplicação do questionário SF-36. Observa-se ainda que, em todos os domínios, pelo menos um sujeito apresentou prejuízo da saúde, justificado, em todos, pelo valor mínimo menor que 50%. Nos domínios avaliados, a manutenção da capacidade funcional está diretamente associada à qualidade de vida, pois referia-se à capacidade de um indivíduo se manter na comunidade com independência, sendo que esse domínio apresentou associação satisfatória com a avaliação clínica (VERAS, 2003).

Os instrumentos multidimensionais avaliam várias dimensões da dor, como as seguintes: sensitivo-discriminativa que diz respeito às características espaciais, de pressão, de tensão, térmicas e de vivacidade da dor; afetivo-motivacional, que trata de sentimentos de cansaço, de medo, de punição e reações autonômicas e, finalmente, avaliativas, que se refere à situação global vivenciada pelo indivíduo. No entanto, é importante considerar que fatores sensoriais, emocionais e culturais podem influenciar na sua interpretação e resposta (PIMENTA, 1994). A utilização desses questionários tem se incorporado nas rotinas de atendimento. A variedade

desses instrumentos faz que com que haja a necessidade de uma análise de sua aplicabilidade nos vários cenários de clínicas. A condição clínica e a natureza do atendimento poderiam implicar diferença de aplicabilidade dos vários instrumentos e, portanto influenciar na escolha de qual usar de acordo com a situação (MARTINEZ, 2011).

Acredita-se que um atendimento de qualidade deve identificar fonte da dor orofacial seguida do encaminhamento do paciente à terapia apropriada (CARRARA, CONTI, BARBOSA, 2010). É de comum conclusão a vários estudos que o diagnóstico de DTM deve ser precoce e o tratamento multidisciplinar. (SIQUEIRA et al., 2002; SEGER et al., 2002; TEIXEIRA, 2006), e o uso de indicadores tem sido essencial para uniformização para comparação dos dados, identificando grupos de risco. Se não for detectada precocemente ou se o tratamento não obtiver sucesso, uma DTM de sintomatologia aguda pode evoluir para uma DTM de sintomatologia crônica (GATCHEL et al., 2006). Sendo assim, é essencial o uso de indicadores para a padronização de dados, visando então um diagnóstico correto de DTM e seus grupos de risco, bem como um tratamento que auxilie na qualidade de vida daquele portador.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos na presente pesquisa, pôde-se verificar:

- A influência da dor na qualidade de vida dos portadores de Disfunção Temporomandibular, com um perfil predominantemente feminino, com média de idade de 31 anos e sem vínculo empregatício, sem renda mensal, com ensino superior completo ou incompleto, e com predominância da raça branca;
- A maioria dos pacientes, avaliados através da Escala Visual Analógicos (EVA), apresentou intensidade da dor leve;
- Quanto à severidade avaliada através do Índice Anamnésico de Fonseca (DMF), teve predominância de DTM moderada,
- Ocorreu concordância absoluta na subclasse “Que incomoda” da dimensão avaliativa do Questionário de MCGILL e apresentando escores menores em relação aos domínios limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais;
- No Questionário Qualidade de Vida – SF36 verificou-se a influência do impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes portadores de Disfunção Temporomandibular.

REFERÊNCIAS

- AGERBERG G, CARLSSON GE. Symptoms of functional disturbances of the masticatory system. A comparison of frequencies in a population sample and in a group of patients. **Acta Odontol Scand**, v. 33, n. 4, p. 183-90, 1975.
- AGGARWAL VR, et al. Reviewing the evidence: can cognitive behavioral therapy improve outcomes for patients with chronic orofacial pain. **J Orofac Pain.**, v. 24, n. 2, p. 163-71, 2010.
- AL-HABAHBEH, R., et al., Prevalence of otalgia in patients with temporomandibular disorders and response to treatment. **Middle east journal of family medicina**. v. 3, n.4, p. 12, 2005.
- AROCHA JMCNL, et al. Disfunção Temporomandibular e transtornos alimentares: uma revisão da literatura. **Tend de PsiqPsychother**, v. 36, n.1, p. 14., 2014.
- BARBOSA TS, et al. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. **Int J Pediatr Otorhinolarynol**, v. 73, n. 3, p. 299-314, 2008.
- BARBERÍA E, et al. Analysis of anxiety variables in dental students. **Int Dent J.**, v. 54, n.6, p. 445-9, 2004.
- BARROS V DE M, et al. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. **J Orofac Pain**, v.23, n.1, p.28-37, 2009.
- BEVILAQUA-GROSSI D, et al., Anamnestic index severity and signs and symptoms of temporomandibular disorders (TMD). **Cranio.**, v. 24, n. 2, p. 1-7, 2006.
- BRAGA, A. C. SOUZA, F. L. D. Transtornos psicológicos associados à disfunção temporomandibular. **Rev Psic e saúde em debate**, v. 2, n. 1, p. 14, 2016.
- BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, v.1, n. 12, p. 59, Jun, 2013.
- BRITTO LH. Alterações otológicas nas desordens temporomandibulares. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 1, n.1, p. 1-75, 1998.
- BENDER SD. Orofacial pain and headache: a review and look at the commonalities. **Curr Pain Headache Rep.**, v.18, n. 3, p. 400, 2014.
- BERGNER, M. et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. **Med Care**, v. 19, n. 8, p. 787-805, 1981.
- BEZERRA, B.P.N. et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. **Rev Dor**, São Paulo, v.13, n.3, p. :235-242, jul./set. 2012.

BIAZEVIC, et al.. Indicadores de qualidade devida relacionados com saúde bucal: revisão sistemática. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v. 4, n. 1, p. 13-25, 2002.

BOREAU F, LUU M, DOUBRÈRE JF. Comparative study of the validity of four French McGill pain questionnaire (M.P.Q.) versions. **Pain**;v. 50, n.1, p. :59-65., 1992.

CAMPI, L. B. et al. Influência de abordagens biopsicossociais e autocuidados no controle das disfunções temporomandibulares crônicas. **Rev. dor** [online], v. 14, n. 3, p. 219-222, 2013.

CARRARA, S.V.; CONTI, P.C.R.; BARBOSA, J.S.Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. **Dental Press J Orthod**, v.15, n.3, p.114-2, mai./jun. 2010.

CASTRO CES. A formulação lingüística da dor - versão brasileira do questionário McGill de Dor. São Carlos, v. 3, n.1, p. 34, 1999.

CHAVES TC; OLIVEIRA AS; GROSSI DB. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. **Fisioter. Pesqui.**, v.15, n.1, p. 12-22, São Paulo 2008.

CHAVES TC, et al., Avaliação anamnésica de sintomas de disfunção temporomandibular em crianças asmáticas. **Fisioterap e Pesquis.** V. 11, n.1, p. 19-26, 2005.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, v.39, n.3, p.143-50, 1999.

CONTI ACCF. Avaliação transversal da relação entre sinais e sintomas das disfunções temporomandibulares e o tratamento ortodôntico. FOB - Faculdade de Odontologia de Bauru, v. 1, n.1, p. 1-130, 2000.

CONTI PC, et al. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. **J Orofac Pain**, v. 10, n. 3, p. 254-62, 1996.

CORTESE SG, et al. Frequency of oral habits, dysfunctions, and personality traits in bruxing and nonbruxing children: a comparative study. **J Craniomand Pract**, v. 31, n.1, p. 283-290, 2013.

DE LEEUW R. Guia de avaliação, diagnóstico e tratamento da Academia Americana de Dor Orofacial. 4th ed. **Carol Stream: Quintessence Publishing**; v. 4, n. 2, p. 316, 2008.

DAVIDSON, M.; KEATING, J.L. A Comparison of Five Low Back Disability Questionnaires: Reliability and Responsiveness. **Phys Ther**, v.82, n.1, p.8-24, 2002.

DEKON SFC, et al., Estudo comparativo entre índice anamnético de DTM e análise oclusal funcional. **Jorn Bras de Oclus, ATM & Dor Orofacial**, vol. 2, n. 1, p. 135-40, 2002.

DEMARIM V, KES VB. Temporomandibular disorders and migraine headache. **Medical Sciences.**, v. 34, n. 1, p. 111-7, 2010.

DOLIN SJ, CASHMAN JN, BLAND JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: evidence form published data. **Br J Anaesthesia**; v. 89, n. 3, p. :409-23, 2002.

FARRAR JT, et al. The clinical importance of changes in the 0 to 10 Numeric Rating Scale for worst, least and average pain intensity: analyses of data from clinical trials of duloxetine in pain disorders. **J Pain**, v. 11, n.1, p. 109-18, 2010.

FAYERS, et al. **Quality of life**. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley, v. 2, n. 1, p. 105, 2000.

FELDT KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). **Pain Manage Nurs**, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2000.

FERREIRA KDM, GUIMARÃES JP, BATISTA CHT, ET AL. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura. **RFO UPF.**, v. 14, n. 3, p. 262-7, 2009.

FERRELL BA, STEIN WM, BECK JC. The geriatric pain measure: validity, reliability and factor analysis. **J Am Geriatr Soc** v. 48, n. 12, p.1669-73, 2000.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev bras psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FINKEL DM, SCHLEGEL HR. El dolor postoperatorio: conceptos básicos y fundamentos para um tratamiento adecuado. Revista del Hospital General de Agudos JM. Ramos Mejía. Buenos Aires. Disponível: <http://www.Ramosmejía.org.ar>. Acessado em 13 de março de 2007.

FONSECA DM. Disfunção craniomandibular: elaboração de um índice anamnético [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; v. 1, n.1, p. 11-12, 1992.

FONSECA, D.M. et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev. Gaucha Odontol.**, v.42, n.1, p.23-8, 1994.

GARCIA AL, LACERDA NJ, PEREIRA SLS. Grau de disfunção da ATM e dos movimentos mandibulares em adultos jovens. **Rev Assoc Paul Cir Dent.**, v. 51, n. 1, p. 46-51, 1997.

GARÓFALO, C.A., et al., Nest structure and communal nesting in *Euglossa* (*Glossura*) *annectans* Dressler (Hymenoptera, Apidae, Euglossini). *Rev. Bras. Zool.*, v. 1, n. 15, p. 589-596, 1998.

GATCHEL RJ, et al., Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder – related pain. A one-year outcome study. *J Am Dent Assoc*, v. 137, n.1, p. 339-47, 2006.

GIFT AG. Visual analogue scales: measurement of subjective phenomena. *Nurs Res*, v. 38, n.1, p. 286-8, 1989.

GOLD DT, ROBERTO KA. Correlates and consequences of chronic pain in older adults. *Geriatr Nurs*, v. 21, n. 5, p. :270-3, 2000.

GRZESIAK RC. Psychologic consideration in temporomandibular dysfunction. A biopsychosocial view of symptom formation. *Dent Clin North Am* v. 35, n. 1, p. 209–226, 1991.

GUILLEMIN, F. Cross: cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*, v. 4, n. 24, p. 61-63, 1995.

GUTIÉRREZ, J. X. D. et al. Sinais e sintomas auditivos nas alterações biomecânicas da articulação temporomandibular. *Arquiv fundaç otorrinolaring*. v. 5, n.2. p. 71-76, 2001.

HERR KA, GARAND L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med* v. 17, n. 3, p. :457-78, 2001.

ICHESCO E, et al. Altered functional connectivity between the insula and the cingulated cortex in patients with temporomandibular disorder: a pilot study. *Headache.*, v. 52, n.3, p. 441-54, 2012.

JENSEN MP, KAROLY P, BRAVER S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, v. 27, n. 1, p.117-26, 1986.

KOSMINSKY, M. et al. Adaptação cultural do questionário research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: axis II para o Português. *J. Bras. Clín. Odontol. Integr.*, v.8, n.43, p.51-61, 2004.

KUROIWA DN, et al. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. *Rev Dor.*, v. 12, n. 2, p. 93-8, 2011.

LACHAPELLE DL, et al.. Pain measurement in persons with intellectual disabilities. **Clin J Pain**; v. 15, n. 1, p. 13-23, mar 1999.

LUCENA, M. D. S. Planejamento estratégico e gestão do desempenho para resultados. São Paulo: Atlas, v. 1, n.1, p. 105, 2004.

MACFARLANE TV, et al.. Twenty-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: temporomandibular disorders. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 2, n.1, p.135:692.e1-e8., 2009.

MACHADO IM, et al. Relation of the Otological Symptoms in the Temporomandibular Dysfunctions. **Intl. Arch. Otorhinolaryngol.**, v. 14, n. 3, p. 274-9, Jul-Ago-Set 2010.

MANFREDINI D, CHIAPP G, BOSCO M. Research diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) axis I diagnoses in an Italian patient population. **J Oral Rehab**; v. 33, n. 2, p. 551-558,2006.

MARTINEZ, M.C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARTINEZ, JE; GRASSI, DC; MARQUES, LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. ©Elsevier Editora Ltda. **Rev Bras Reumatol**; v. 51, n. 4, p.299-308, 2011.

MARTINS, M. R. I. et al., Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico., **Rev. Bras. Reumatol.** ed. São Paulo., v.52, n.1, p. 17-20, 2012.

MARKLUND S, WÄNMAN A. Risk factors associated with incidence and persistence of signs and symptoms of temporomandibular disorders. **Acta Odontol Scand**; v. 68, n. 1, p. 289-299, 2010.

MATHIAS, S. D.,et al. Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. **Qual life Res**,, vol. 2, n. 3, p. 403-412, 1994.

MAZZETTO MO, et al. Severity of TMD Related to Age, Sex and Electromyographic Analysis. **Brazilian Dental Journal**, v. 25, n. 1, p. : 54-58, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Abrasco, 10 ed., v. 2, n.1, p. 45, 2007.

- MONTEIRO DR, et al. Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. **Journ of Prost Research**; v. 55, n. 1, p. 54-158, 2011.
- MONTERO X, et al. Otolgia en pacientes con transtorno funcional doloroso temporomandibular. **Rev Otorrinolaring Cir Cabeza Cuello**, v. 64, n. 1, p. 21-24, 2004.
- MUNHOZ WC, MARQUES AP, de Siqueira JT. Evaluation of body posture in individuals with internal temporomandibular joint derangement. **Cranio.**, v. 23, n. 4, p. 269-77, 2005.
- MURRAY S., et al. Changes in students' understanding of evolution resulting from different curricular and instructional strategies. **Journal of Research in Science Teaching**, v. 33, n.1, p. 879-900, 1996.
- NASSIF NJ, et al. The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adult males. **J Oral Rehabil**; v. 30, n. 1, p. 944-950, 2003.
- NILSSON IM, DRANGSHOLT M, LIST T. Impact of temporomandibular disorder pain in adolescents: differences by age and gender. **J Orofac Pain**; v. 23, n. 1, p.115-122, 2009.
- NOMURA K, et al. Use of the Fonseca's questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in Brazilian dental undergraduates. **Braz Dent J**; v. 18, n. 1p.163-167, 2007.
- OATES JDL, SNOWDON SL, JAYSON DWH. Failure of pain relief after surgery. **Anesthesia**; v. 49, n. 1, p. : 755-58, 1994.
- OKESON, J. P. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: **Artes Médicas**, vol. 2, n.1, p. 119-180,164-262, 275-315, 2000.
- OKESON, J. P. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: **Artes médicas**, vol. 2, n.1, p. 23-27, 2013.
- OLIVEIRA, M. R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, v.17, n.3, p. 255-262, 2008.
- OLIVEIRA, A.S. et al. Pain impact on life of patients with temporomandibular disorder. *J. Appl. Oral Sci.*, v.11, n.2, p.138-43, 2003.

OLIVEIRA AS. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). **Braz J Oral Sci**, vol. 4, n. 12, p. 246-50, 2005.

OLIVEIRA AS, et al., . Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. **Pesq Odontol Bras.**, v. 20, n. 1, p. 3-7, 2006.

ORAL K, et al.. Etiology of temporomandibular disorder pain. **Agri**; v. 21, n.1, p. 89-94, 2009.

PAIN. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms [S 217]. **Pain** 1986 Supplement , v. 2, n.1, p. 13-14, 1986.

PEDRONI CR, et al., Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. **J Oral Rehabil.**, v. 30, n. 3, p. 283-9, 2003.

PEREIRA, K. N. F. et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.7, n.2, p. 221-228, 2005.

PETRUCCELLI JL. Políticas de ação afirmativa e classificação da cor: usos e abusos da estatística. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 1, n. 1, p. 7-25, 2004.

PIMENTA CAM, TEIXEIRA MJ. Questionário de dor Mc Gill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev Esc Enf USP.**, v. 30, n. 3, p. :473-83, 1996.

PIMENTA CAM. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed.) **Dor conceitos gerais**. São Paulo: **Limay**, v. 30, n.3, p. 46-56, 1994.

POMPEU, J. M.; MENESES, L. C. Estudo comparativo da qualidade de vida em pacientes com Doenças de Parkinson Idiopática praticantes de atividades físicas e não 65 praticantes. 2008. 102 f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Belém, Pará, 2008.

PROVEDA RR, et al. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors: review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**; v. 12, n. 1, p. :292-298, 2007.

RESENDE et al. Qualidade de vida e saúde em geral em pacientes com disfunção temporomandibular. **Braz Res oral.**; v. 27, n. 2, p. 2, 2013.

RORARIUS MGF, et al. Diclofenac and Ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. **Br J Anaesth**; v.70, n. 1, p. : 293-97, 1993.

SALVADOR EP, et al. Comparação entre o desempenho motor de homens e mulheres em séries múltiplas de exercícios com pesos. **Rev Bras Med Esporte.**, v. 11, n. 5, p. :257-61, 2005.

SEGER L. Psicologia & Odontologia – uma abordagem integradora. In: Psicologia Aplicada à Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM). São Paulo: Santos; v. 1, n.1, p. 202- 40, 2002.

SCARPELLI, M.; NANTES, J.F.D. Gestão da produção rural no agronegócio. In: BATALHA, M.O. (Coord.). **Gestão agroindustrial**. 3.ed. São Paulo: Atlas, v.1, n.10, p.556-584, 2007.

SILVA JAMG, et al. Correlação entre autoestima e grau de severidade da disfunção temporomandibular em sujeitos controle e afetados. **Revodontol UNESP.**, vol. 2, n.1, p. 41, 2012.

SILVA JAA et al. Desordens temporo-mandibulares são importante comorbidade da enxaqueca e pode ser clinicamente difícil distingui-los a partir de cefaleia do tipo tensional. **ArqNeuro-Psiquiatr**, vol. 2, n. 1, p. 72, 2014.

SIMM W, LOPES LKC. Avaliação e correlação entre sintomas de disfunção temporo mandibular e o índice de ansiedade e depressão em alunos do curso de odontologia do Centro Universitário de Maringá. In: Anais do VII Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar; 2011; Maringá, BR. Maringá: Editora CESUMAR, v. 2, n. 1, p. 127-129, 2011.

SIQUEIRA JTT, TEIXEIRA MJ. Dor Orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. 2. ed. Curitiba, v. 1, n.1, p. 673, 2002.

SLADE GD et al.. Signs and symptoms of first-onset TMD and sociodemographic predictors of its development: the OPPERA prospective cohort study. **J Pain**; v.14, n. 3, p.20-32, 2013.

TALHAFERRO, et al. de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. **Rev. Ciênc. Médica**, v. 15, n. 6, p. 495-506, nov./dez., 2006.

TECCO S, et al.. Signs and symptoms of temporomandibular joint disorders in Caucasian children and adolescents. **The Journal of Craniomandibular Practice**; v. 29, n. 3, p. :71-79, 2011.

TEIXEIRA MJ. Dor: manual para o clínico. São Paulo: **Atheneu**; v. 1, n. 1, p. 562, 2006.

VEDOLIN GM, et al. The impact of stress and anxiety on the pressure pain threshold of myofascial pain patients. **J Oral Rehabil.**; v. 36, n. 5, p. :313-2, 2009.

VELLY AM, GORNITSKY M, PHILIPPE P. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. **Pain**; v. 104, n. 1, p. 491-499, 2003.

VERAS RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad de Saude Publica*; v. 19, n. 1, p. 705-715, 2003.

WALLANDER, J.L.; SCHMITT, M.; KOOT, H.M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. **J clinpsychol**, v. 57, n. 4, p. 571-585, 2001.

WAREJR; JOHN E, SHERBOURINE, CATHY DONALD, 1992. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36); v. 6, n. 27, p. 55, 2012.

WEINER D, et al. Pain in nursing home residents: an exploration of prevalence, staff perspectives, and practical aspects of measurement. **Clin J Pain**; v. 15, n. 2, p. :92-101, jun 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR”. Você foi selecionado de forma aleatória 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.

É importante lembrar que a sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum risco. O objetivo deste estudo será avaliar o impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com disfunção temporomandibular. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário. Os benefícios relacionados com a sua participação estão no fato de que poderá ser constatada uma disfunção ainda não percebida, e poderá buscar o tratamento correto mais precocemente, evitando maiores prejuízos à sua saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados dos resultados da pesquisa serão utilizados apenas para divulgação científica, preservando sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal (8790-0118), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro
(Pesquisadora Principal)

Vitória Doulavince Amador (Aluna de
Iniciação Científica)

Sheilla Drielly Severo Santiago (Aluna de
Iniciação Científica)

APÊNDICE B – FICHA CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/___

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones para contato: _____

Idade: ___ Data Nasc.: _____ Est. Civil: _____ Naturalidade _____

Profissão: _____

Raça: Branca Preta Parda Amarela Indígena

Religião: Não tem Católica Evangélica Espírita Outras

Escolaridade: analfabeto 1-4 anos (Ens. Bás.) 5-8 (fund.) 9-11 (méd.) 12-17 (sup.)

Gênero: M F Renda familiar de _____ salários mínimos (aprox.)

AVALIAÇÃO DA DTM – ÍNDICE ANAMNÉSICO DMF (FONSECA et al., 1994):

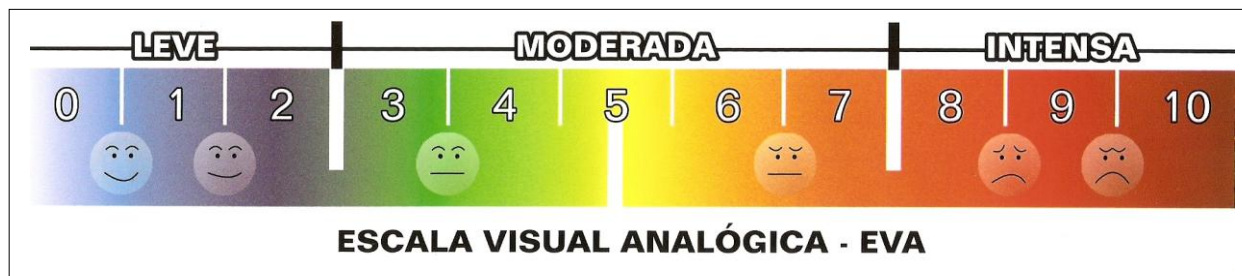
Respostas: **S** – Sim: 10 pontos ou **AV** – Às Vezes: 05 pontos ou **N** – Não: 0

	Datas:		Lado D/E
1- Sente dificuldade para abrir bem a boca?			
2- Tem dificuldade para realizar outros movimentos com a mandíbula?			
3- Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?			
4- Tem freqüentemente dor de cabeça?			
5- Sente dor de ouvido ou próximo dele?			
6- Tem dor na nuca ou no pescoço?			
7- Percebe se tem ruídos nas ATMs quando movimenta a mandíbula?			
8- Tem o hábito de ranger ou apertar os dentes?			
9- Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?			
10- Você se considera uma pessoa tensa?			
SOMA			

(0-15) Não DTM (20-40) DTM Leve (45-65) DTM Moderada (70-100) DTM Severa

Diagnóstico Imediato: _____ Total: _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



Intensidade da dor: () Leve () Moderada () Intensa

QUESTIONÁRIO MCGILL

<u>DIMENSÃO SENSITIVA</u>	<u>DIMENSÃO AFETIVA</u>	<u>DIMENSÃO AVALIATIVA</u>	<u>MISCELÂNEA</u>
<u>1</u> () Vibração () Tremor () Pulsante () Como batida () Como pancada	<u>11</u> () Cansativa () Exaustiva	<u>16</u> () Chata () Que incomoda () Desgastante () Forte () Insuportável	<u>17</u> () Espalha () Irradia () Penetra () Atravessa
<u>2</u> () Pontada () Choque () Tiro	<u>12</u> () Enjoada () Sufocante		<u>18</u> () Aperta () Adormece () Repuxa () Espreme () Rasga
<u>3</u> () Agulhada () Perfurante () Facada () Punhalada () Em lança	<u>13</u> () Castigante () Atormenta () Cruel		<u>19</u> () Fria () Gelada () Congelante
<u>4</u> () Fina () Cortante () Estraçalha	<u>14</u> () Amendrontadora () Apavorante () Aterrorizante () Maldita () Mortal		<u>20</u> () Aborrecida () Dá náuseas () Agonizante () Pavorosa () Torturante
<u>5</u> () Beliscão () Aperto () Mordida () Cólica () Esmagamento	<u>15</u> () Miserável () Enlouquecedora		
<u>9</u> () Mal localizada () Dolorida () Machucada () Doida () Pesada			

	<u>6</u> () Fisgada () Puxão () Torção	<u>7</u> () Calor () Queimação () Fervente () Em Brasa	<u>8</u> () Formigamento () Coceira () Ardor () Ferroadada
	<u>10</u> () Sensível () Esticada () Esfolante () Rachando	NÚMERO DE DESCRITORES () Sensoriais () Afetivos () Avaliativos () Miscelânea () Total	ÍNDICE DE DOR () Sensoriais () Afetivos () Avaliativos () Miscelânea () Total

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3

i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5

b) Eu sou tão saudável como qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DO IMPACTO DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DTM: ESCALA VISUAL DA DOR, QUESTIONÁRIO MCGILL E SF-36

Pesquisador: ANA ISABELLA ARRUDA MEIRA RIBEIRO

CAAE: 50791815.2.0000.5187

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO.

Data da relatoria: 09/12/2015

Apresentação do Projeto: Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para Análise e parecer com fins de elaboração e desenvolvimento de pesquisa junto ao Pró-Reitoria de Pós-Graduação em Pesquisa/PIBIC/UEPB/CNPq – Cota 2015/2016 da Universidade Estadual da Paraíba. Trata-se de um estudo transversal, de caráter indutivo com abordagem qualitativa, utilizar-se-á questionário como instrumento de coleta de dados. A pesquisa será realizada na Clínica de DTM e Dor Orofacial do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I. O universo será constituído pelos pacientes que estarão frequentando a Clínica da Dor Orofacial, durante o período de dezembro de 2015 a Abril de 2016.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar o impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com disfunção temporomandibular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Segundo a pesquisadora, este estudo não incorre em riscos maiores aos participantes. Entretanto, poderá gerar constrangimentos em fornecer dados pessoais. **Benefícios:** Influenciará na melhoria da qualidade de vida dos pacientes avaliados. Contribuirá com o avanço do tratamento dos pacientes, através dos conhecimentos obtidos através dos índices durante a reabilitação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa (bem como extensão), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais de odontologia (graduando e pós-graduados), dentre outras áreas do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos necessários e obrigatórios encontram-se presentes.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.