



**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP
Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Oral - Mestrado**

**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR
E CEFALÉIAS PRIMÁRIAS**

Sabrina Maria Castanharo

Araraquara 2011

Sabrina Maria Castanharo

**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
E CEFALÉIAS PRIMARIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Oral – Área de Prótese, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Reabilitação Oral.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Mollo Junior

Araraquara
2011

Castanharo, Sabrina Maria

Estudo da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular e cefaléias primárias / Sabrina Maria Castanharo. – Araraquara: [s.n.], 2011.
158 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Mollo Junior

1. Qualidade de vida 2. Articulação temporomandibular
3. Dor facial 4. Cefaleia 5. Transtornos da cefaleia I. Título

Sabrina Maria Castanharo

**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
E CEFALÉIAS PRIMÁRIAS**

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador

Prof. Dr. Francisco de Assis Mollo Junior

2º Examinador

Profa. Dra. Renata Garcia Fonseca

3º Examinador

Dra. Maria da Graça Rodrigues Bérzin

Araraquara, 25 de Março de 2011.

DADOS CURRICULARES

SABRINA MARIA CASTANHARO

- NASCIMENTO** 30/04/1980 – Araraquara/SP
- FILIAÇÃO** Elzo Aparecido Castanharo
Maria do Carmo Guirelli Castanharo
- 1999/2003** Curso de Graduação
Universidade do Sagrado Coração – USC/Bauru
- 2005/2006** Curso de Especialização em Prótese Dentária
Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio–
Palatal - PROFIS/Bauru
- 2009/2011** Curso de Pós-Graduação em Reabilitação Oral, nível
mestrado
Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

DEDICATÓRIA

A DEUS,

Que me concedeu o dom da vida, que me ilumina, me protege e me guia, fortalecendo meu espírito através da fé. A quem a minha vida entrego.

AOS MEUS PAIS

Maria do Carmo e Elzo,

A vocês dedico à realização de mais um sonho.

Meus exemplos de humildade, carinho e dedicação. Puderam me dar uma perspectiva de um futuro melhor, proporcionando inúmeras oportunidades de estudo, estas que nunca puderam obter. Sacrificaram seus sonhos em favor dos meus. Deixaram de ter para vocês para oferecer para mim. Obrigada pelos valores e amor incondicional. Quero estar sempre ao lado de vocês para agradecer e recompensá-los, com o meu amor, por todos os seus esforços. Muito obrigada por tudo o que fizeram e fazem por mim, sou eternamente grata. Amo muito vocês!

Às minhas irmãs Cristiane e Eliane

Ao meu sobrinho Rafael

Ao meu cunhado Leandro

*Vocês são presenças constantes em minha vida. Que a união
permaneça sempre em nossa família.*

AO MEU NOIVO

Adriano,

*A convivência me faz admirar ainda mais sua simplicidade e bondade.
Quando o verdadeiro amor existe, as dificuldades e a distância não se
tornam barreiras, mas sim nos fazem amadurecer e fortalecer ainda
mais o nosso amor. Compartilhamos uma vida de dedicação,
companheirismo, felicidade e muito amor. Obrigada pelo carinho,
tolerância, paciência e incentivo constantes em minha vida. **Te amo !***

Com amor, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

AOS MEUS ORIENTADORES

Professora Dra. Cinara Maria Camparis

Obrigada pela sua orientação, pela confiança em mim depositada ao longo de todos estes anos e pela oportunidade de iniciar meu ingresso na pós-graduação. Tudo o que aprendi na disciplina de Dor Orofacial devo a você. Sobretudo sou grata pela ajuda na concretização de um sonho.

Professor Dr. Francisco de Assis Mollo Junior

Pela admirável capacidade em liderar e ensinar. Por todo seu amplo conhecimento em Reabilitação Oral que nos traz inspiração para a profissão. Orientador sincero e honesto. Agradeço por ter acreditado em minha capacidade desde o início, por me proporcionar oportunidade de aprendizado e crescimento. Espero retribuir os votos de confiança até aqui depositados com trabalho, dedicação e honestidade.

Minha gratidão e admiração.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores do Departamento de Materiais

Odontológicos e Prótese

Pela valiosa experiência, pelos conhecimentos adquiridos e pelo convívio mais que agradável.

Aos Funcionários do Departamento de Materiais

Odontológicos e Prótese

Em especial Marta, Miriam, Malu, Sílvia, D. Inês, Lucia, Mané, Adelaide e Adelaidinha, pelo agradável convívio e pronto atendimento.

Aos colegas do mestrado,

*Filipe, Mariana Basílio, Eduardo, Diana, Amanda, Delise, Larissa,
Juliana, Karen, Giovana e Mariana Andrade, pela convivência diária
e troca de experiências.*

Aos colegas do doutorado

*Ana Lúcia, Camilinha, Pierri, Juliano, Flávia Medeiros, Antonio,
Carol, Ana Paula, André, Kadu, Cristiane.*

Aos colegas doutores e professores

*João Gustavo Ribeiro, Fabiano Perez, Marcelo Del 'Acqua, José
Maurício, Daniela Gonçalves, Ana Carolina Pero.*

Aqueles que colaboraram com a tese:

Aos pacientes, que nos procuram diante de suas dores e colaboraram para os achados clínicos, fazendo parte da nossa amostra tão valiosa.

Buscamos sempre resultados em ciência e pesquisa para que possam contribuir com novas descobertas e tratamentos para amenizar a dor e melhorar a qualidade de vida daqueles que tanto sofrem.

À amiga Professora Doutora Daniela Gonçalves, que trabalhou incessantemente para que pudéssemos realizar este trabalho, sua convivência tornou tudo mais fácil e fez com que a cada dia eu pudesse aprender um pouco mais. Obrigada pela sua amizade, ajuda e paciência.

À amiga Ana Lucia Franco, que desde o início, quando pensávamos em fazer a pós, esteve comigo. Juntas, sonhamos com a realização deste trabalho e hoje podemos colher os frutos do nosso esforço. Muito Obrigada!

À Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.

Ao GAFEDOC (Grupo de Assistência, Pesquisa e Estudo em Dor Orofacial e Cefaleia) e à Clínica de pesquisa do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese pela contribuição, de enorme valia, na execução deste trabalho.

Ao CNPq pela concessão da bolsa, essencial para a concretização dos meus estudos a contento.

À Creusa pela análise estatística.

“Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena

Acreditar no sonho que se tem

Ou que seus planos nunca vão dar certo

Ou que você nunca vai ser alguém

Se você quiser alguém em quem confiar

Confie em si mesmo

Quem acredita sempre alcança...”

Flávio Venturini e Renato Russo

Lista de abreviaturas

AAOP	American Academy of Orofacial Pain
ADL	Activies of Daily Living
ATM	Articulação Temporomandibular
BAI	Beck Anxiety Index
BDI	Beck Depression
CCD	Cefaléia Crônica Diária
CCHS	Canadian Community Health Survey
CCSI	Coping Strategies Inventory
CES-D	Epidemiologic Studies-Depression Scales
CIC	Classificação Internacional das Cefaléias
CSQ	Coping Strategies Questionnaire
CTT	Cefaléia do Tipo Tensional
CTTC	Cefaléia do Tipo Tensional Crônica
CTTE	Cefaléia do Tipo Tensional Episódica
DTM	Disfunção Temporomandibular
EAV	Escala Analógica Visual

GDS-S	Geriatric Depression Scale-short form
GHQ	General Health Questionnaire
GOHAI	General/Geriatric Oral Health Assesment Index
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAMD	Hamilton Depression Rating Scale
HDI	Henry Ford Hospital Disability Inventory
HRQoL	Health-Related Quality of Life / Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.
IASP	International Association for the Study of Pain / Associação Internacional para o Estudo de Dor
IBQ	Illness Behaviour Questionnaire
IHS	International Headache Society
M	Migrânea
MC	Migrânea Crônica
MCA	Migrânea com Aura
ME	Migrânea Episódica
MFIQ	Mandibular Function Impairment Questionnaire
MIDAS	Migraine Disability Assessment
MMSE	Mini-Mental State Examination
MOS	Medical Outcome Study

MPQ-SF	McGill Pain Questionnaire-Short Form
MRQOL	Migraine-Related Quality of Questionnaire
MSA	Migrânea Sem Aura
MSQ	Migraine-Specific Quality of Life
MT	Migrânea Transformada
NDI	Neck Disability Index (NDI)
OHIP	Oral Health Impact Profile
PCS	Pain Catastrophizing Scale
PRIME-MD	Primary Care Evaluation for Mental Disorders
RDC/TMD	Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
SF-36	Medical Outcome Study 36 – Item Short- Form Health Survey
SIP	Sickness Impact Profile
SOPA-35	Survey of Pain Attitudes
TMI	Temporomandibular Index
WHO	World Health Organization

Castanharo SM. Estudo da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular e cefaleias primárias [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2011.

Resumo

Disfunção temporomandibular (DTM) representa a condição mais comum de dor músculo-esquelética crônica orofacial e abrange vários problemas clínicos que envolvem a musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas ou ambas. As cefaleias, principalmente as primárias, aparecem frequentemente associadas à DTM. Estudos apontam que estas condições dolorosas crônicas podem comprometer diferentes aspectos da qualidade de vida dos pacientes, no entanto, ainda não existem pesquisas que avaliem o impacto na qualidade de vida nos pacientes que apresentam DTM e cefaleias primárias. O objetivo do presente estudo foi avaliar os pacientes que apresentam DTM dolorosa e cefaleias primárias, assim como as cefaléias episódicas e crônicas e o comprometimento na qualidade de vida dos pacientes. Para o presente estudo, a amostra foi composta por 293 indivíduos com idade entre 18 e 76 anos (média de 37,57 anos), sendo 245 (83,6%) pacientes do sexo feminino. Foram formados quatro grupos de estudo: grupo Controle (n=34), grupo DTM (n=25), grupo DTM/Cefaleia (n=203) e grupo Cefaleia (n=31). O *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)* foi utilizado para confirmação do diagnóstico de DTM dolorosa. Para o diagnóstico de cefaleias primárias foram utilizados os critérios propostos pela *International Headache Society*, 2ª edição (CIC⁶⁴, 2006) e o critério proposto por Silberstein e Lipton²⁶. A avaliação da qualidade de vida foi feita por meio do questionário *Medical Outcome Study 36 – Item Short-Form Health Survey SF-36*. Os resultados mostraram que houve diferenças

estatisticamente significantes para todos os domínios do SF-36 ($p < 0,001$) em relação aos grupos estudados. Em relação ao domínio *Dor*, o grupo Controle diferiu significativamente ($p < 0,05$) dos outros três grupos e o grupo DTM/Cefaleia diferiu significativamente ($p < 0,05$) do grupo DTM e do grupo Cefaleia. Considerando os domínios *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos* e *Vitalidade*, o grupo DTM/Cefaleia apresentou médias significativamente menores em relação aos outros grupos ($p < 0,05$). Já, para os domínios *Saúde Mental*, *Aspecto Emocional*, *Aspecto Social* e *Estado Geral de Saúde*, o grupo DTM/Cefaleia apresentou médias significativamente menores que o grupo Controle e o grupo Cefaleia ($p < 0,05$). Quando comparados os grupos de cefaleia episódica e crônica, os grupos diferiram em relação aos domínios *Capacidade Funcional* ($p = 0,001$), *Dor* ($p < 0,001$), *Vitalidade* ($p = 0,030$) e *Saúde Geral* ($p = 0,046$). O grupo com cefaleia crônica apresentou escores significativamente menores nestes domínios quando comparado ao grupo de cefaleia episódica. Conclui-se que a associação DTM e cefaléia primária representa forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos e que as cefaléias crônicas afetam mais significativamente o paciente que as cefaléias episódicas.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Articulação temporomandibular; Dor facial; Cefaleia; Transtornos da cefaleia.

Castanharo SM. Estudo da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular e cefaleias primárias [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2011.

Abstract

Temporomandibular disorders (TMD), according to the American Academy of Orofacial Pain (AAOP) is a collective term that embraces several clinical problems that involve the masticatory muscles, the temporomandibular joint (TMJ) and the associated structures. Headaches, especially the primary headache syndromes, are frequently associated with TMD. Studies have shown that these pain conditions can affect different aspects of patient's quality of life. However, there is a lack of data regarding the impact of primary headache associated with TMD on patient's quality of life. The present study aimed to evaluate the quality of life of patients presenting painful TMD and primary headache disorders. The sample was composed by 293 individuals (83.6% women) aged between 18 to 76 years old (mean 37.57). The sample was stratified in control group (n = 34), TMD (n = 25), TMD/Headache (n = 203) and Headache only (n=31). The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC / TMD) was applied to confirm the TMD diagnosis. Primary headaches were diagnosed based on the International Classification of Headache Disorders-2nd edition and the criteria proposed by Silberstein and Lipton for chronic daily headaches. The assessment of quality of life was made through the Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey SF-36. Differences statistically significant was found among groups in all domains of the SF-36 ($p < 0.001$). Regarding the *bodily pain* domain, the control group differed significantly ($p < 0.05$) of the other three groups, the group TMD/Headache was significantly different ($p < 0.05$) of the TMD group and of the Headache

group. The domains *physical functioning*, *role physical* and *vitality*, presented lower scores on TMD/Headache group when compared to others groups ($p < 0.05$). The *mental health*, *role emotional*, *social functioning* and *general health*, showed lower scores on TMD/Headache group than among the control group and headache group ($p < 0.05$). When sample was stratified according to headache frequency, it was found that individuals with chronic headache had significantly lower scores when compared with episodic headache individuals in *physical functioning* ($p = 0.001$), *bodily pain* ($p < 0.001$), *vitality* ($p = 0.030$) and *general health* ($p = 0.046$) domains. In conclusion it was found that the association between primary headache and TMD represents a strong impact on quality of life of individuals and that the chronic headaches affect more significantly the patient than episodic headaches.

Keywords: Quality of life; Temporomandibular joint; Facial pain; Headache; Primary headaches.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	12
Resumo	15
Astract	17
1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 DTM E CEFALÉIAS PRIMÁRIAS	27
2.2 DTM E QUALIDADE DE VIDA	49
2.3 CEFALÉIAS PRIMÁRIAS E QUALIDADE DE VIDA	62
3 PROPOSIÇÃO	83
4 MATERIAL E MÉTODO	85
5 RESULTADO	91
6 DISCUSSÃO	100
7 CONCLUSÃO	111
8 REFERÊNCIA.....	113
9 ANEXOS	124

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Disfunção temporomandibular (DTM), segundo a *American Academy of Orofacial Pain* (AAOP), é um termo coletivo que abrange vários problemas clínicos que envolvem a musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas ou ambas. Os sinais e sintomas podem incluir dor nas estruturas envolvidas, limitação ou desvio no movimento mandibular e sons articulares durante a função mandibular⁵⁰. As DTMs são as condições mais comuns de dor músculo-esquelética crônica orofacial que se apresentam aos dentistas e a outros profissionais da saúde¹⁷.

Os estudos epidemiológicos sobre a prevalência de DTM apresentam resultados bastante variados, provavelmente em função da amostra selecionada, do instrumento usado para coleta dos dados, do tipo de exame (físico ou anamnésico) e das definições da própria disfunção. Em geral, a literatura vem apresentando taxas de prevalência que variam entre 21,5% a 51,8%, apontando na maioria das vezes, as mulheres como mais afetadas que os homens^{16,25,56}.

As cefaleias são significativamente mais prevalentes em indivíduos com DTM (73,9%), sendo as mulheres mais vulneráveis quanto ao grau de prevalência e severidade da dor e, na população adulta em geral, a cefaleia associa-se a sintomas temporomandibulares²¹.

Segundo a Classificação Internacional de Cefaleias (CIC⁶⁴), os pacientes devem receber um diagnóstico de acordo com o fenótipo da cefaleia que eles apresentam no momento ou que tenham apresentado no último ano. Cada tipo distinto de cefaleia que o paciente relata deve ser separadamente diagnosticado e codificado. De acordo com a CIC⁶⁴, as cefaleias podem ser classificadas em três grandes grupos:

- 1- Cefaleias Primárias;
- 2- Cefaleias Secundárias;
- 3- Neuralgias cranianas, dor facial primária e central e outras cefaleias.

Segundo tal critério, as cefaleias primárias são: 1. migrânea, 2. cefaleia do tipo tensional (CTT), 3. cefaleia em salvas e outras cefaleias trigêmino-autônômicas e 4. outras cefaleias primárias. A migrânea e a CTT podem, ainda, ser classificadas, de acordo com a frequência, em episódicas e crônicas. Segundo o critério proposto por Silberstein, Lipton⁶¹ (2001), a cefaleia é classificada como cefaleia crônica diária (CCD) caso haja relato de presença de dor por mais de 15 dias ao mês.

A distinção entre cefaleia primária e secundária é baseada na relação temporal com outro transtorno. A cefaleia é classificada primária quando não se observa nenhum outro transtorno ou evento que a justifique sendo, então, a própria doença. Por sua vez, a cefaleia é dita secundária, caso sua primeira ocorrência apresente estreita relação temporal com um transtorno que é reconhecido como causador de cefaleia (CIC⁶⁴).

A Associação Internacional para o Estudo de Dor (IASP³³) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano³³.

A dor é uma das causas mais comuns e mais importantes no estímulo da busca por assistência médica. Determinam essa procura não apenas a necessidade de diagnóstico e tratamento, como também o grau de interferência dos quadros algícos nas atividades diárias, gerando preocupação e minando a confiança do indivíduo na sua própria saúde e na vida. Quando a dor persiste por longo período, os efeitos no bem-estar se alastram e se aprofundam, determinando prejuízo familiar, social e no trabalho⁶².

A Organização Mundial de Saúde – “World Health Organization” – (WHO⁶⁶) define qualidade de vida como a percepção individual de vida num contexto de cultura e sistemas de valores em que se vive e o inter-relacionamento dos objetivos, expectativas, padrões e interesses. Trata-se de um contexto extenso, incorporando aspectos individuais de saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação e características de desenvolvimento.

A incapacidade dos parâmetros clínicos tradicionais de expressar o que as pessoas sentem e pensam tem levado a um interesse crescente da comunidade científica pelo campo da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (HRQoL)²⁰. A fim de captar a perspectiva do paciente durante as

avaliações individuais e coletivas dos estados de saúde, um grande número de instrumentos de avaliação tem sido produzido e validado²⁹.

Atualmente, o *Medical Outcome Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) é o instrumento genérico de qualidade de vida mais amplamente avaliado, com mais de 4.000 publicações e 2.060 citações desde 1988, sendo aplicado em mais de 200 doenças e reproduzido em 40 países²³. A ferramenta, construída para satisfazer necessidades mínimas de comparação entre grupos, foi desenvolvida a partir de outros instrumentos desenvolvidos na década de 70 e 80. Os oito domínios de saúde escolhidos representam aqueles mais frequentemente medidos em saúde e mais afetados pela doença e medidas terapêuticas. Estes domínios foram selecionados a partir dos 40 domínios incluídos no *Medical Outcome Study* (MOS), um estudo longitudinal que acompanhou beneficiários do *Medicare* nos Estados Unidos. Neste estudo foram selecionados inicialmente 149 itens para compor um perfil de funcionalidade e bem-estar, chegando a um modelo final composto por 36 itens, de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso^{70,72}.

O SF-36 é um dos instrumentos de maior aceitação mundial devido à sua fácil aplicação e abrangência entre os instrumentos genéricos de aferição da qualidade de vida, além de ser um método de avaliação de saúde amplamente utilizado, onde o paciente responde um questionário^{5,24,34}.

O SF-36 é formado por 36 itens divididos em oito aspectos ou componentes, na versão traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil¹¹. Estes domínios são designados: *Capacidade Funcional*: capacidade de realizar as mais variadas atividades físicas do cotidiano; *Aspectos Físicos*: extensão com a qual a saúde física interfere nas atividades diárias; *Dor*: presença de dor nas últimas quatro semanas; *Estado Geral de Saúde*: percepção global da própria saúde; *Vitalidade*: energia geral ou nível de fadiga nas quatro semanas prévias; *Aspectos Sociais*: extensão com a qual a saúde interfere nas atividades sociais; *Aspectos Emocionais*: extensão com a qual os problemas emocionais interferem nas atividades diárias e *Saúde Mental*: humor global nas últimas quatro semanas, além de uma questão de comparação entre a saúde atual e a de um ano atrás. Os componentes avaliados pelo SF-36 podem ser divididos em dois grupos que objetivam visualizar de forma genérica os fatores que podem estar envolvidos de maneira diferente em diversas patologias, compreendidos por: 1. Componente físico: *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos*, *Dor* e *Estado Geral de Saúde*; 2. Componente mental: *Vitalidade*, *Saúde Mental*, *Aspectos Emocionais* e *Aspectos Sociais*⁵¹.

A dor definitivamente tem um impacto negativo na qualidade de vida¹⁴. Portadores de DTM crônica apresentam algum grau de impacto da dor em suas vidas, especialmente nas atividades do trabalho, da escola, no sono e no apetite/alimentação⁵¹.

Pacientes com cefaleias primárias também apresentaram considerável impacto negativo na qualidade de vida em suas vidas. Em todas as escalas, os escores médios do SF-36 são menores do que na população geral⁹. A dramatização e a severidade da associação de sintomas apareceram como fatores fortemente determinantes para o prejuízo funcional e para a qualidade de vida em pacientes com migrânea³¹.

A literatura salienta a qualidade de vida em pacientes com DTM e cefaleias primárias separadamente, não existindo trabalhos que demonstrem as duas condições associadas e o prejuízo causado na vida destes indivíduos.

Portanto, os dados levantados na literatura até o momento apóiam a relevância do estudo aqui proposto, que pretende investigar a qualidade de vida em pacientes com DTM e cefaleias primárias, colaborando, assim, para um maior esclarecimento dos efeitos dessas condições sobre os componentes físicos e mentais da saúde dos indivíduos.

REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DTM e Cefaleias Primárias

Kemper, Okeson³⁶, em 1983, estudaram a hipótese de que pacientes com DTM apresentariam maior incidência e frequência de cefaleias e que a placa oclusal seria uma modalidade efetiva no tratamento destas. Informações acerca da frequência de cefaleia foram coletadas de dois grupos distintos: o primeiro composto por 141 pacientes que procuravam tratamento para dor orofacial e o segundo, composto por 159 pacientes, com ausência dessa condição. Os resultados revelaram uma incidência de cefaleias duas vezes maior no grupo com DTM em comparação ao controle e uma frequência de crises 44% maior do que do grupo controle. Ainda, durante quatro semanas, 33 integrantes do primeiro grupo foram tratados com uma placa oclusal maxilar total de resina acrílica rígida, capaz de promover contatos simultâneos das cúspides quando os côndilos se posicionassem em relação cêntrica e guia do canino durante os movimentos excursivos. Vinte e um deles (63,6%) demonstraram queda na frequência de cefaleia e 10 (30,3%) demonstraram completa ausência dos sintomas de cefaleia. Nenhum dos pacientes apresentou aumento na sintomatologia dolorosa, sendo que antes da placa oclusal a média de crises de cefaleia por semana era 5,6 enquanto que, após o seu uso, essa média foi reduzida

significativamente para 2,15 crises. Concluiu-se que a incidência e a frequência de cefaleias seriam significativamente maiores entre pacientes com DTM quando comparadas aos controles e que a placa oclusal constituiria uma modalidade efetiva de tratamento para o alívio das cefaleias apresentadas por esses pacientes.

Em 1990, Schokker et al.⁵⁹, com o objetivo de investigar a relação entre a localização da cefaleia e a distribuição dos sinais e sintomas de DTM, bem como a inter-relação entre o diagnóstico funcional do sistema estomatognático e o diagnóstico de cefaleia, baseando-se em critérios pré-estabelecidos, avaliaram cem pacientes (66 mulheres e 34 homens, com idade média de 41 anos) apresentando cefaleias crônicas recorrentes. Os pacientes foram agrupados de acordo com a localização (uni ou bilateral) e diagnóstico de cefaleia (cefaleia do tipo tensional - CTT, migrânea ou combinada) e, ainda, quanto à presença ou ausência de DTM dolorosa. Os resultados mostraram que 41 pacientes apresentavam cefaleias de caráter unilateral e 59, de caráter bilateral; 55 deles apresentavam DTM dolorosa, sendo que 51 possuíam origem muscular e 4, articular. Quanto às cefaleias, 42 pacientes apresentavam CTT, 29, migrânea e 26, cefaleia combinada. Pacientes com CTT mostraram elevada prevalência de dor; aqueles com cefaleia combinada mostraram maior sensibilidade à palpação dos músculos masseter e temporal; os migranosos apresentaram menor incidência de crepitação e menor fadiga muscular. Em geral, a maioria dos pacientes com

DTM dolorosa sofria de cefaleia permanente, problemas no pescoço e reduzida abertura bucal. Os resultados desse estudo indicaram uma relação bastante próxima entre as cefaleias recorrentes e DTM, independentemente do tipo de cefaleia diagnosticado.

Dworkin, LeResche¹⁸ em 1992, salientaram que um obstáculo crítico para o entendimento da DTM era a falta de critérios diagnósticos padronizados para a definição dos subtipos clínicos de DTM. Por isso, em 1992, elaboraram um projeto para o desenvolvimento de um critério diagnóstico voltado para trabalhos científicos, chamado “RDC/TMD = *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*”, que seria capaz de oferecer padronização e reprodutibilidade aos trabalhos da área. O projeto visou reunir as informações mais confiáveis e válidas para a definição de um diagnóstico através da entrevista e exame clínico dos pacientes. Buscando entender a complexa interação entre as dimensões físicas e psicológicas da dor crônica, a idéia foi criar um método confiável de mensuração de achados físicos de DTM (Eixo I) combinados ao *status* psicossocial: grau de dor crônica, depressão, e outros sintomas físicos não específicos (Eixo II). Concluíram que o RDC deveria ser utilizado e avaliado em novos estudos populacionais, pelo fato de a dor crônica ser considerada um grande problema de saúde e faltarem, até o momento, estudos

epidemiológicos capazes de acessar, de maneira confiável, suas características na população.

Em 1993, De Kanter et al.¹⁶, publicaram o resultado de um complexo estudo acerca das condições da saúde bucal realizado na população holandesa em 1986. Um de seus principais objetivos foi acessar a prevalência dos sinais e sintomas de DTM. A amostra representativa compôs-se por 6577 pessoas, com idade entre 15 e 74 anos, estratificada por gênero, idade, região, e nível socioeconômico. Da amostra, 4496 pessoas participaram, sendo que 3526 destas foram examinadas clinicamente. A prevalência de DTM foi calculada baseando-se no relato de sinais e sintomas, e por meio de exame clínico realizado por pesquisadores, através do método cego, altamente preparados e calibrados segundo o método de Helkimo. Sintomas moderados e graves de DTM foram relatados respectivamente em 16,6% e 4,9% dos adultos, enquanto que a observação clínica destes foi, respectivamente, de 41,6% e 2,8%. Em todos os grupos etários, a prevalência de sinais relatados e observados clinicamente foi maior e mais grave entre as mulheres. O risco relativo da presença de sinais clínicos naqueles indivíduos que relatavam alguma disfunção foi de 2:3. Esses resultados foram comparados a uma meta-análise de 51 trabalhos, o que revelou uma taxa média de sinais relatados de 30% e presença de sinais e sintomas clínicos de 44%, com base em amostras populacionais

randomizadas. Considerando esses achados, concluiu-se que os estudos de prevalência existentes até então, só seriam válidos para a quantificação da presença de sinais e sintomas clínicos de DTM na população. Entretanto, ainda faltariam dados qualitativos a respeito para o efetivo planejamento de programas de saúde bucal.

Haley et al.³⁰, em 1993, com o intuito de examinar a possível associação entre os sinais e sintomas de DTM e cefaleia, avaliaram um grupo de 56 pacientes que procuraram tratamento para cefaleia tipo tensional e migrânea, quanto à presença de sinais e sintomas de DTM. A seguir, compararam esse grupo a três outros grupos de pacientes diagnosticados com: DTM muscular (62 pacientes), DTM articular (63 pacientes) e a um controle de 72 pessoas. A análise estatística revelou que os pacientes com DTM (muscular e articular) apresentaram maior grau de disfunção e sensibilidade à palpação muscular pericraniana e do pescoço em comparação aos pacientes com cefaleia, sendo que nestes últimos, quantidade similar de sintomas de DTM foi encontrada. Ainda, quando comparados ao controle, o grupo com cefaleia apresentou maior sensibilidade muscular à palpação pericraniana e do pescoço, corroborando achados literários. Tanto o grupo com cefaleia quanto o grupo com DTM apresentou sensibilidade muscular dolorosa aumentada em comparação ao controle, logo, essa variável não pode ser utilizada como diagnóstico

diferencial para essas duas condições. Apesar de sensibilidade muscular e dor estarem amplamente associadas em várias síndromes dolorosas, até o momento, nenhuma relação de causa-efeito foi estabelecida.

Em 1995, um estudo de Schiffman et al.⁵⁸, objetivou o desenvolvimento de um questionário simples, capaz de facilitar a identificação, pelo médico, de pacientes que apresentam DTM e cefaleia. Vinte e oito pacientes com migrânea e 27 com CTT foram identificados por um neurologista e, em seguida, examinados por um dentista para avaliar a presença de sinais e sintomas de DTM. Esses pacientes foram comparados com 63 pacientes com desarranjos internos da ATM (DTM articular) e 62 pacientes com dor miofascial (DTM muscular). A comparação dos sinais clínicos mostrou que os pacientes com dor miofascial e desarranjos da ATM diferem significativamente de pacientes com cefaleia em relação a sinais específicos de disfunção mandibular. A presença de estalido recíproco na ATM, dor na abertura bucal máxima e dor à palpação da ATM foram achados que distinguiram pacientes com DTM articular dos pacientes com cefaleia, com sensibilidade de 92% e especificidade de 91%. Dor à palpação na ATM, dor durante abertura bucal passiva e dor durante os movimentos laterais distinguiram pacientes com DTM muscular dos pacientes com cefaleia, com sensibilidade de 77% e especificidade de 85%. Usando esses testes, o

médico poderia identificar a presença de DTM nos pacientes com cefaleias e encaminhá-los para dentistas para avaliação e tratamento.

Molina et al.⁴⁶, em 1997, verificaram informações acerca da frequência dos sinais e sintomas de DTM e tipos de cefaleia (migrânea, CTT e combinação de ambas) entre dois grupos: um com DTM, selecionado de um centro de estudo para DTM e dor facial e outro sem DTM, ambos constituídos por 133 pacientes (126 mulheres e sete homens), com média de idade de 38 e 37 anos, respectivamente. Os pacientes do primeiro grupo deveriam apresentar histórico recente de dois ou mais desses sintomas: dor na ATM, dor muscular espontânea ou durante exame de palpação, sons articulares e dificuldade de movimentação. O segundo grupo (controle) constituiu-se de pacientes que não se encaixavam nas primeiras condições. As informações foram coletadas a partir da aplicação de exames clínicos e questionários. Os resultados revelaram que a presença de cefaleia foi significativamente maior no grupo com DTM quando comparado ao controle (76% e 49%, respectivamente). Considerando os tipos de cefaleia, a incidência de CTT, migrânea e combinada foram, no geral, mais prevalentes no grupo com DTM quando comparadas ao controle, exceto para o tipo combinado, cujos valores apresentaram-se similares. Com base nessas observações, sugeriram que os pacientes portadores de DTM tendem a apresentar mais frequentemente cefaleia, o que reforça a necessidade de se

estudar esta condição nesse grupo de pacientes, particularmente naqueles que sofrem de dor facial e cefaleia crônica.

Bendtsen³ (2000) desenvolveu uma tese cujo objetivo foi investigar a fisiopatologia das CTT, focando os mecanismos centrais envolvidos no seu desenvolvimento. Utilizando-se de dois grupos, um composto por pacientes com CTT crônica e um controle, ambos com 40 pessoas, comparou-os quanto ao limiar de sensibilidade dolorosa à palpação e quanto ao limiar de dor à pressão. Como resultado, os dois parâmetros mostraram-se significativamente reduzidos no grupo com CTT em comparação ao controle. O efeito dose-resposta de pressão X dor mostrou-se significativamente alterado nos pacientes em comparação aos controles. A sensibilidade dolorosa elevada apresentada por esses pacientes foi atribuída ao efeito de sensibilização dos neurônios centrais. Assim, concluiu que a alteração qualitativa da nocicepção apresentada pelos pacientes com CTT crônica é consequência da sensibilização central, que ocorre no corno espinhal dorsal no núcleo do trato espinhal trigeminal devido aos impulsos nociceptivos prolongados provenientes dos tecidos musculares pericranianos. Estudos futuros deveriam procurar identificar a fonte desencadeante de nocicepção periférica de maneira a prevenir o desenvolvimento da sensibilização central, ou de maneira a reduzir uma sensibilização já estabelecida, para facilitar o tratamento dessa e de outras condições de dor miofascial.

Ciancaglini, Radaelli¹⁰, em 2001, em um levantamento populacional de DTM e cefaleia, avaliaram um total de 573 indivíduos. Desses, 483 (300 mulheres e 183 homens) responderam a uma entrevista acerca de sintomas temporomandibulares e dor craniofacial, quanto à presença de: sons articulares, sensação de cansaço ou fadiga mandibular, dificuldades para abrir ou fechar a boca, histórico de luxação, dor facial ou articular, dor durante os movimentos da mandíbula. Não foi verificada a severidade e duração da dor ou dos sintomas de DTM, nem o tipo de cefaleia presente. Do total, 266 pessoas (55,1%) relataram sintomas de DTM. Cefaleias ocorreram significativamente em indivíduos que apresentavam sinais e sintomas de DTM, comparados aos que não apresentavam essa condição. Os resultados revelaram a presença de cefaleias em 106 (21,9%) dos indivíduos, sendo que nas mulheres esta incidência foi maior que nos homens. Cerca de 70% dos pacientes que sofriam de dor de cabeça também apresentavam sintomas temporomandibulares, principalmente dor muscular, sons articulares e dor durante movimentos. Vinte e quatro e meio por cento dos pacientes que apresentavam cefaleia também relataram dor orofacial, enquanto que 87% dos sujeitos que não relataram cefaleia, da mesma forma não relataram dor facial. Concluiu-se que na população adulta em geral a cefaleia está associada com os sintomas temporomandibulares, particularmente quando existe dor e que uma avaliação funcional do sistema estomatognático, que inclua palpação dos músculos mastigatórios e exame

dos movimentos articulares é aconselhável para pacientes que sofrem de cefaleia.

Em 2004, Gesh et al.²⁵, em estudo populacional em uma região alemã, determinaram a incidência dos sinais e sintomas de DTM em adultos de 20 anos ou mais. Posteriormente, compararam os dados com aqueles obtidos em outros estudos de modelo semelhante. Homens e mulheres de 20 a 79 anos foram aleatoriamente selecionados a partir dos registros residenciais e avaliados por meio de questionário e exame clínico. Metade dos indivíduos (49,9%) apresentava um ou mais sinais clínicos de DTM (principalmente sons articulares), mas somente 2,7% deles apresentavam sintomas subjetivos de dor. Mulheres relataram maior frequência de sinais e sintomas de DTM em comparação aos homens, porém essas diferenças não foram significantes em todas as faixas etárias. A influência da idade nos sinais e sintomas de DTM foi pouco pronunciada, exceto para crepitação e limitação de abertura bucal, as quais aumentaram, e dos sons articulares, que diminuíram significativamente em ambos os gêneros em função da idade. Quando comparados por meio de meta-análise, os estudos demonstraram concordância em relação às frequências verificadas, justificada pela compatibilidade dos desenhos amostrais e experimentais empregados.

Com o objetivo de estabelecer a adaptação cultural do questionário *“Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Axis II*

(RDC/TMD)” para o idioma Português, Kosminsky et al.²⁸, em 2004, realizaram um estudo com 20 pacientes portadores de DTM, que procuraram atendimento no Centro de Controle da Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco. A adaptação cultural do questionário foi executada a partir da tradução inglês-português previamente existente. A metodologia empregada constou de três etapas: avaliação da tradução do inglês-português (IP); validação de face por um comitê multidisciplinar; pré-teste. Dentre as 31 questões da versão inglês-português prévia, 28 sofreram alterações ortográfica, idiomática, cultural ou semântica para sua versão final. As questões referentes aos dados sócio-demográficos foram adaptadas à população brasileira, baseando-se no IBGE (2000). Concluiu-se que o processo de adaptação cultural resultou em um instrumento com linguagem de fácil entendimento, capaz de apresentar equivalência idiomática e cultural aplicável para a população brasileira. Entretanto, futuras pesquisas seriam necessárias para que se pudesse avaliar a validação discriminante e convergente deste instrumento internacional.

Em 2006, Mitirattanakul, Merrill⁴⁵ utilizaram o questionário MIDAS (*Migraine Disability Assessment*) em 337 pacientes com Dor Orofacial Crônica (DOC) e 367 pacientes do Grupo Controle (GC). Os autores classificaram os pacientes entre três maiores categorias: Cefaleia Primária (CP), Disfunção Musculoesquelética (DM) e Dor Neuropática (DN). O escore

MIDAS foi classificado de acordo com o grau de severidade, de I a IV, sendo I o menor grau e IV, o pior. Foi demonstrado neste estudo que pacientes com DOC tiveram a maior prevalência de cefaleia (72%) do que os pacientes GC (31,9%), totalizando o maior escore do MIDAS, número de dias com cefaleia nos três meses precedentes e a gravidade da cefaleia. Já no grupo DOC, foi diagnosticado como prevalente CP com 7,1%, DM com 79,8% e DN com 13,1% respectivamente. Os autores mostraram que 56% dos pacientes com DOC e cefaleia estavam entre o grupo com maior impacto (grau III e IV no escore MIDAS).

Para estudar a percepção dolorosa e a prevalência das cefaleias primárias, Buchgreitz et al.⁷, 2006, avaliaram uma amostra, aleatoriamente constituída por 523 adultos, por meio de uma investigação combinada da sensibilidade muscular à palpação manual, do limiar de dor à pressão e do efeito dose-resposta (pressão X dor). Para a classificação da cefaleia, foram conduzidos exame neurológico e entrevistas. Os resultados indicaram frequência geral de 4% de CTTC (homens 2%, mulheres 6%), 17% de CTTE frequente (13%, 20%), 11% de migrânea (7%, 15%) e 12% de cefaleia mista (4%, 19%). O efeito dose-resposta foi crescente na seguinte ordem: sem cefaleia, migrânea, CTTE frequente e CTTC, ocorrendo de maneira mais proeminente no gênero feminino e nos indivíduos mais jovens. Adicionalmente, esse efeito mostrou-se significativamente maior nos

indivíduos que apresentaram mais de 100 dias de dor/ano em comparação àqueles com apenas 0-30 dias de dor/ano, salientando, novamente, associação desse índice com o grau de severidade da cefaleia. Quanto à sensibilidade muscular à palpação, as mulheres e os indivíduos mais jovens apresentaram escores significativamente maiores, principalmente quando da presença de CTTC, CTTE frequente e migrânea. Para os homens, apenas houve diferença quando da presença de CTTE frequente. Os sítios mais sensíveis encontrados foram: trapézio, pescoço e pterigóideo lateral. O limiar de dor à pressão foi menor nos pacientes com CTTC do que em qualquer outro grupo, embora não significativo. Os achados demonstraram a relação próxima entre a percepção dolorosa alterada e a cronicidade da cefaleia, a qual pode ser explicada pela sensibilização central; entretanto, os autores salientaram a necessidade de estudos subsequentes para investigar se isso é um fato primário ou secundário ao aumento da frequência e da intensidade da cefaleia.

No mesmo ano, Dando et al.¹⁵ realizaram um estudo retrospectivo para examinar o impacto da incapacitação ocasionada pela cefaleia em uma população com dor orofacial que consistiu de 426 indivíduos examinados pelo questionário MIDAS (*Migraine Disability Questionnaire*), que acessa o escore de incapacitação ocasionado, baseando-se em questões sobre o tempo perdido nas atividades diárias devido à dor, nos últimos 3 meses.

Todos os pacientes preencheram um questionário histórico que incluía o MIDAS, dados demográficos, duração da dor facial, escala analógica visual (EAV) para quantificação da intensidade da dor, revisão da história da cefaleia, história de abusos, negligências, disfunções pós-traumáticas e presença de eventos estressantes. Ainda, foram examinadas as ATMs e a musculatura cervical e mastigatória quanto à limitação de movimentos, bem como à presença de dor e disfunção. Os resultados mostraram uma média etária de 38,7 anos, com intensidade de dor de 4,3 pela EAV. Dos 426 pacientes, 236 completaram o MIDAS, e a média das respostas esteve entre $23,68 \pm 28,99$. Do total, 218 (51,2%) preencheram critérios para CTT e cem (23,5%) preencheram os critérios para migrânea com ou sem aura. Cento e vinte e um (21,4%) pacientes preencheram critérios para DTM articular, 323 (75,8%) apresentaram mialgia dos músculos mastigatórios e 233 (54,7%) apresentaram mialgia cervical, sendo maiores os escores MIDAS para estes em comparação aos controles. Com base nesses dados, pode-se dizer que a incapacitação pela cefaleia é comum e significativa em pacientes com DTM. A incapacidade relacionada às cefaleias é significativamente maior em pacientes que apresentam disfunções musculares cervicais e mastigatórias. Os autores enfatizaram a necessidade da avaliação do grau de incapacitação nos pacientes com dor orofacial.

Glaros et al.²⁶, em 2007, selecionou inicialmente 44 indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, sendo que 4 indivíduos foram excluídos,

segundo os critérios de exclusão da pesquisa. Vinte e três indivíduos formaram o grupo com cefaleia crônica e 17 o grupo de indivíduos sem cefaleia, grupo controle (GC). Os instrumentos utilizados para o estudo foram o *Headache Screening Questionnaire* (HSQ), contendo 50 questões que avaliam: Cefaleia do Tipo Tensional, Cefaleia em Salvas, Migrânea, e outras; o *History Questionnaire* com 31 questões e uma parte definida pelo RDC/TMD, com itens que avaliam a dor e a história do paciente; o *Medical and Dental History Questionnaire*, que avaliou informações sobre a saúde geral e o *Structured Interview* que obtinha maiores informações sobre as cefaleias dos indivíduos. Todos os indivíduos da pesquisa foram avaliados segundo os critérios do RDC/TMD. Os autores mostraram que uma proporção significativamente alta de pacientes com cefaleia apresentava dor miofascial, diagnosticada através do RDC/TMD, em relação àqueles sem cefaleia (GC). Os pacientes com cefaleia reportaram maior frequência e intensidade de contatos dentários, maior tensão nos músculos mastigatórios, estresse e dor na face/cabeça e em outras partes do corpo do que os pacientes sem cefaleia. Neste estudo os autores mostraram que indivíduos no grupo com cefaleia apresentaram significativamente os maiores escores para a migrânea, cefaleia do tipo tensional e cefaleia em salvas, do que indivíduos sem cefaleia ($p \leq 0,001$). Os indivíduos do grupo da cefaleia foram significativamente mais aptos ao diagnóstico de dor miofascial (sem limitação de abertura) do que os indivíduos sem cefaleia (GC). Três indivíduos

adicionais no grupo da cefaleia receberam o diagnóstico de dor miofascial com limitação de abertura. Além disso, os indivíduos do grupo cefaleia reportaram maior dor à palpação, em um grande número de sítios, do que os indivíduos sem cefaleia (GC).

Segundo Auvenshine¹ (2007), quando existe a presença de dor facial ou cefaleia como queixas principais, seria indispensável que o clínico conhecesse as causas fisiológicas envolvidas em tais patologias. A imediata diferenciação entre problemas crônicos e agudos, por exemplo, denota características distintas à sensação de dor, o que facilita a abordagem do profissional. Dessa forma, o completo entendimento das condições médicas associadas à sintomatologia da DTM e dores orofaciais, bem como dos mecanismos centrais envolvidos, seria indispensável para elaboração de diagnóstico e de plano de tratamento efetivos. Pelo fato de serem condições inter-relacionadas, facilmente expressas em conjunto por um mesmo indivíduo, saber da associação mútua seria fundamental para um diagnóstico acurado, evitando abordagens desnecessárias. Neste âmbito, ênfase deveria ser dada ao treinamento dos profissionais.

Graff-Radford²⁸, em 2007, discutiu a relação entre a articulação temporomandibular, músculos ou outras estruturas orofaciais e cefaleias. O autor relatou que a cefaleia é um sintoma comum e que, quando severa, pode ser extremamente incapacitante e que os pacientes que procuram o

dentista com sintomas de cefaleia frequentemente são diagnosticados com DTM. O autor ainda salienta que pacientes que apresentam dor facial persistente reportam aumento da frequência de cefaleia. Além disso, esta associação pode ser resultado de estímulos nociceptivos do gatilho para a migrânea ou de mudanças no mecanismo central inibitório de dor. Outro fator considerado seria que a cefaleia pode resultar de dor nas estruturas temporomandibulares, secundariamente ao diagnóstico primário de cefaleia. Segundo o autor, primariamente existe uma relação com a anatomia e as inervações neurais, em função da trajetória final do nervo trigêmeo para estas regiões anatômicas, sugerindo que as duas regiões são distintas, mas que existe um agravamento e perpetuação de fatores um para com a outra. Pacientes que possuem cefaleias primárias podem também apresentar o agravamento da dor ou gatilhos na coexistência com DTM. O autor ressalta ainda que, em função da DTM apresentar etiologia multifatorial, supõe-se que o melhor resultado para o tratamento deveria contemplar o uso de vários métodos de tratamento para eliminar os maiores fatores predisponentes e perpetuantes possíveis.

Ainda em 2007, Lupoli, Lockey⁴², propuseram revisar e discutir a DTM como causa de cefaleias crônicas e dor facial. Para isso, selecionaram todos os artigos publicados disponíveis na base de dados *PubMed* entre janeiro de 1981 e agosto de 2006 utilizando-se das seguintes palavras-chave: *temporomandibular dysfunction*, *temporomandibular disorder*,

temporomandibular joint, e *chronic headache*. Os resultados mostraram que a DTM é causa conhecida de dor facial e de cefaleia recorrente. Muitos indivíduos que apresentam essa condição apresentam cefaleia e dor facial como queixas principais. A DTM é geralmente uma causa subdiagnosticada de dor crônica e cefaleia e deveria ser considerada nos pacientes que apresentam queixas dolorosas crônicas e poucas evidências objetivas da presença de anormalidades. Assim, a avaliação do histórico da doença e o exame físico cauteloso são procedimentos cruciais no diagnóstico diferencial de DTM. A porcentagem de indivíduos que apresentam cefaleias recorrentes ligadas à DTM é incerta; entretanto, estima-se que cerca de 14% a 26% dessas condições apresentem DTM como causa principal. Os autores afirmaram que trabalhos adicionais são requeridos para elucidar a prevalência de DTM entre pacientes com cefaleias crônicas baseando-se nos critérios padronizados pelo RDC/TMD.

Estudo de Ballegaard et al.², em 2008 indicou a taxa de prevalência em uma amostra de 99 pacientes com cefaleia, sendo demonstrativo que 56,1% apresentavam DTM. Já os sintomas psicossociais causados pela DTM foram observados em 40,4 % da população. Entre os grupos com cefaleia, não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa, embora a DTM tenha mostrado uma prevalência maior em pacientes com a combinação de migrânea e cefaleia tipo tensional. Os autores neste estudo indicaram que os pacientes com cefaleia apresentavam grande incapacidade devido à

tendência de cronificação da dor pela DTM e que a alta prevalência de DTM em pacientes com combinação de migrânea e cefaleia tipo tensional sugere um fator de risco para o desenvolvimento da DTM.

Buchgreitz et al.⁸, 2008 publicaram um estudo sobre a relação causa-efeito da sensibilidade dolorosa aumentada e o desenvolvimento da dor de cabeça em pacientes com cefaleia tipo tensional (CTT). Os 740 indivíduos aleatoriamente selecionados da população de Copenhague (Dinamarca) vieram de um estudo longitudinal de 12 anos, realizado em 1989. O novo estudo propôs reavaliar, por meio de entrevista neurológica, o critério diagnóstico de cefaleia empregado na época, bem como a sensibilidade muscular dolorosa e o limiar de dor à pressão, por meio de exame clínico de 549 do total de pacientes. A análise dos dados revelou que 12 deles desenvolveram CTTC, 34 desenvolveram CTTE frequente, 7, cefaleia mista, 10 desenvolveram migrânea e 4 não tinham cefaleia. Dos participantes que desenvolveram CTTC, a princípio, 7 possuíam CTTE frequente, um, cefaleia mista e 4 não tinham cefaleia. Daqueles que desenvolveram migrânea, 6 possuíam CTTE frequente e 4 não apresentavam cefaleia. Todos os participantes que desenvolveram CTTE frequente e cefaleia mista foram classificados como sem cefaleia no estudo de 1989. Cento e noventa e cinco pessoas foram classificadas como sem cefaleia em ambos os trabalhos, 49 não alteraram a condição inicial de cefaleia e 63 apresentaram ausência de sintomas da cefaleia apresentada inicialmente. Embora normal pela

avaliação inicial, o limiar de dor à pressão diminuiu nos pacientes que desenvolveram CTTC ao longo dos 12 anos, e a sensibilidade dolorosa muscular aumentou significativamente naqueles que desenvolveram CTTE frequente. Assim, pôde-se concluir que o aumento da sensibilidade dolorosa é uma consequência da CTT frequente, não um fator de risco. Isso suporta a hipótese da sensibilização periférica, na qual estímulos nociceptivos prolongados, provenientes da periferia, resultam em sensibilização central capaz de transformar dor episódica em dor crônica.

Gonçalves et al.²⁷, 2009 estudaram os sintomas da disfunção temporomandibular (DTM), migrânea (M) e cefaleia crônica diária (CCD) na população brasileira, em uma amostra representativa de 1.200 adultos de uma população de 448.422 habitantes. Para avaliação, os indivíduos eram submetidos a um questionário validado para o Português com cinco questões sobre DTM, propostas pela *American Academy of Orofacial Pain (AAOP)*, que incluíam perguntas sobre sons articulares e dor nos músculos mastigatórios ou fadiga mandibular, dificuldade de abertura bucal ou durante desvio lateral. Para o diagnóstico de cefaleia foi utilizado um questionário com 19 questões, amplamente utilizado para pesquisas epidemiológicas no Brasil. Baseado nas respostas os indivíduos foram categorizados como: 1) Sem cefaleia, 2) Migrânea (M); 3) Cefaleia do tipo tensional episódica (CTTE); 4) Cefaleia crônica diária (CCD). Como resultados, 37,5% dos

indivíduos apresentaram pelo menos um sintoma de DTM. Indivíduos com DTM apresentaram maior probabilidade de ter algum tipo de cefaleia quando comparado aos indivíduos sem sintomas de DTM ($p < 0,001$). Tendo o grupo de indivíduos sem cefaleia como referência (27,7% com sintomas de DTM), a taxa de prevalência (TP) de sintomas de DTM foi significativamente superior em indivíduos com CTTE, migrânea e CCD. Quando um ou dois sintomas de DTM estiveram presentes, a TP foi maior no grupo CCD, intermediário para migrânea e não significante para CTTE; quando ≥ 3 sintomas estiveram presentes, as taxas foram significativamente maiores para todos os grupos de cefaleia.

Em recente estudo de caso-controle, Franco et al.²¹, em 2010, avaliaram a prevalência de cefaleias primárias em 158 adultos com disfunção temporomandibular (DTM) e 68 indivíduos sem DTM, que faziam parte do grupo controle (GC). Para a confirmação do diagnóstico de DTM, foi usado o RDC/TMD, estratificando os pacientes em: grupo Sem DTM (GC); DTM com dor miofascial; DTM com artralgia da articulação temporomantibular (ATM) (sem osteoartrose); e DTM com dor miofascial e artralgia da ATM. Através do eixo II do RDC/TMD avaliou-se a severidade da dor da DTM crônica (grau 0 a grau IV). Foi utilizado também um questionário de cefaleia, baseado no *ICHD-II*, com 26 questões para diagnóstico das cefaleias primárias. Os autores viram que dos indivíduos que tinham DTM, 133 (84,2%) eram

mulheres e 25 (15,8%) homens; a média de idade era de 40,1 (18 a 76) e 41,7 (18 a 62) anos de idade, respectivamente. O grupo controle (GC) consistiu de 52 (76,5%) de mulheres e 16 (23,5%) homens, com média de idade de 38,4 (18 a 69) e 36,8 (18 a 62) anos respectivamente. Do total, 167 (73,9%) indivíduos apresentaram cefaleia. A migrânea foi o subtipo mais comum de cefaleia primária em indivíduos com DTM e no GC (53,2% contra 30,9%), seguida pela CTT (29,1% contra 14,7%). Entre os indivíduos com dor miofascial, 51,7% tinham migrânea, 34,4% tinham CTT e 13,7% não apresentavam cefaleia primária. A migrânea foi diagnosticada em 31,7% dos controles, em 48,6% dos indivíduos grau I e II de DTM dolorosa, e em 63,9% de indivíduos com dores crônicas severas.

2.2 DTM e Qualidade de Vida

Cunningham et al.¹², 2002 definiu que o termo Qualidade de vida como a “sensação de bem-estar do indivíduo que vai ao encontro da satisfação ou insatisfação com áreas da vida que são importantes para ele”. Apesar do trabalho pioneiro do *World Health Organization* (WHO), só recentemente esta definição tem sido utilizada, e qualidade de vida foi introduzida como título no Medline em 1975.

Lundberg, Melin⁴³ verificaram um grande número de evidências em 2002, neste estudo, de que somente as condições físicas não podem explicar o desenvolvimento de dor músculo-esquelética em consequência do trabalho. Evidências suportam a conclusão de que fatores psicossociais, como o estresse, desempenham um papel importante no desenvolvimento da dor músculo esquelética. Para tratar e prevenir estas disfunções, é importante aprender sobre os possíveis mecanismos psicobiológicos envolvidos nestas relações.

Oliveira et al.⁵¹, em 2003, estudaram o impacto da dor na vida de indivíduos com DTM em 22 pacientes (20 mulheres e 2 homens), entre 15 a 55 anos de idade, que procuraram atendimento fisioterapêutico. Todos apresentaram história de dores decorrentes de DTM há pelo menos 6 meses e com mais de uma tentativa de tratamento sem sucesso, o que caracteriza a dor crônica. Para a avaliação do impacto da dor na vida dos pacientes

utilizou-se um questionário específico de dor, o Br-MPQ, versão brasileira do questionário McGill de Dor, proposta por Castro em 1999, onde se avalia achados relativos ao impacto da dor nas categorias: 1 prejuízo social, 2 atividades da vida diária, 3 percepção do outro, 4 tolerância à dor, 5 sensação de estar doente, 6 sensação de utilidade e 7 satisfação com a vida. Os resultados mostraram que portadores de DTM crônica apresentaram algum grau de impacto da dor em suas vidas, especialmente nas atividades do trabalho, da escola, no sono e no apetite/alimentação. Os autores relataram que embora o questionário McGill de Dor não seja específico para a avaliação da qualidade de vida, a sua versão brasileira foi capaz de revelar este impacto.

Segù et al.⁶⁰ realizaram um estudo transversal de caso-controle em 2003 com 124 pacientes da Seção de Prótese Dentária e Disfunção Temporomandibular da Universidade de Pavia na Itália. O grupo controle foi composto por 61 pacientes que não apresentavam dor. Para a avaliação da qualidade de vida os autores utilizaram o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP). Neste estudo, os indivíduos foram predominantemente do gênero feminino (83,9%). A média de idade foi de 35,1 anos. Os resultados mostraram que os sintomas mais frequentemente relatados foram dor na ATM (87,1%) e que a dor orofacial apresentou um importante impacto na vida diária ($p < 0,05$) dos indivíduos, sendo a consequência mais comum a psicológica. Além disso, quando comparado com a população grupo controle,

foi indicado que a dor orofacial e a associação de sentimentos como negação afetaram a qualidade de vida dos pacientes com DTM.

Suvinen et al.⁶⁵, em 2005 avaliou uma amostra de 41 pacientes do sexo feminino (média de idade 39.2 a 16.8 anos) com diagnóstico confirmado de DTM, com duração de pelo menos 6 meses, de acordo com o RDC/TMD. Todos os pacientes neste estudo tinham a combinação de DTM muscular e articular. Incluiu-se avaliação física de DTM com mensurações do tipo, frequência, localização e duração dos sintomas físicos. Os sintomas físicos incluíram a frequência de dor na face, cefaléia, dor durante movimentos excursivos da mandíbula, dificuldade na abertura máxima da boca, fadiga mandibular e sons articulares. Para cada questão havia uma escala de 1 a 5, onde 1=nunca, 2=raramente, 3=às vezes, 4=frequentemente (semanalmente), 5=continuamente (diariamente). A condição psicológica foi avaliada usando instrumentos de avaliação geral de dor, como as sub-escalas do *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ,33) e do *Illness Behaviour Questionnaire* (IBQ,34). Medidas Adicionais de distúrbios de afetividade nos escores globais do *Beck Depression* (BDI, 35) e *Beck Anxiety Index* (BAI, 36). O estado psicossocial foi avaliado usando o *Multidimensional Pain Inventory* (MPI/WHYMPI, 29). Os resultados para os subtipos de DTM foram: simples, 22%, intermediária, 41% e, complexa, 37%. O subtipo DTM simples foi composto por pacientes que reportaram principalmente sintomas físicos e baixa pontuação na maioria das variáveis psicológicas e psicossociais; o

subtipo DTM complexa demonstrou consideravelmente disfunções psicológicas e psicossociais, independente da severidade de seus sintomas físicos; já no subtipo DTM intermediária foi demonstrada uma habilidade de enfrentamento e administração das condições, independente dos indicadores de disfunção física e psicossocial. Na variável impacto psicossocial, o subtipo DTM complexa reportou significativamente maior interferência nas atividades diárias e menor satisfação com o social e recreacional, trabalho e atividades familiares e um maior sofrimento. O subtipo DTM intermediária reportou maior satisfação com o trabalho e atividades familiares e menor sofrimento comparado com o subtipo DTM complexa, mas uma maior interferência diária e menor satisfação social comparadas com o subtipo DTM simples.

Em 2006, Naito et al.⁴⁹, realizaram uma revisão sistemática sobre a condição de saúde oral e qualidade de vida relacionada a saúde (HRQoL). Para este estudo, os autores fizeram uma busca por artigos entre Janeiro de 1973 a Junho de 2004. Um total de 1.726 artigos foram recuperados e incluídos, sendo 1.348 da base de dados MEDLINE e 378 de outras bases de dados. Para o estudo sete artigos foram selecionados (5 de estudos observacionais e 2 intervencionais). Para a avaliação da qualidade de vida foram utilizados os seguintes instrumentos: o SF-36 em seis estudos e o *Sickness Impact Profile* (SIP) em um estudo. Três estudos observacionais e um estudo intervencional encontraram associações entre o estado de saúde oral e a HRQoL. Um estudo observacional sobre DTM indicou que houve

grande associação com o prejuízo da HRQoL. Perda dentária em pessoas com diabetes do tipo 2 e estado precário de saúde oral, ambos com DTM e dor cervical, foram associados com o aumento do prejuízo da HRQoL. Insatisfação com dentes e boca, e sensação de boca seca contribuem para a redução da HRQoL. Contudo, mandíbulas edêntulas, doença periodontal e aumento de cárie dental não foram correlacionados com a HRQoL. Um estudo intervencional indicou que pacientes edêntulos que faziam uso de próteses totais suportadas sobre implantes tiveram uma melhoria da HRQoL.

Reibmann et al.⁵⁵, em 2007, compararam o nível de prejuízo da HRQoL em pacientes com diagnóstico de disfunção temporomandibular (DTM), com sujeitos não afetados pela DTM para obtenção do impacto funcional e psicossocial atribuído a DTM. Para este estudo uma amostra de 471 pacientes com idade mínima de 14 anos foi avaliada pelo RDC/TMD e pelo índice Helkimo. A avaliação do impacto funcional e psicossocial foi mensurada através do OHIP. Os resultados mostraram que todos os diagnósticos para o Eixo I apresentaram impacto significativo na HRQoL. Pacientes com diagnóstico de dor tiveram maior impacto na HRQoL do que aqueles sem nenhum diagnóstico.

Um estudo transversal foi realizado por John et al.³⁵, em 2007, com uma amostra de 416 pacientes com média de idade $37,4 \pm 16,2$ anos, sendo 79% mulheres. Os autores utilizaram como critério de inclusão a existência de pelo menos um diagnóstico de acordo com o RDC/TMD. Já a HRQoL foi

mensurada utilizando o índice OHIP. Os resultados deste estudo mostraram que para as mulheres com predominância de idade de 20 a 55 anos de idade, quando classificadas de acordo com o RDC/TMD, 266 pacientes receberam 1 diagnóstico, 117 tiveram 2 diagnósticos, 32 com 3 diagnósticos e 1 com 4 diagnósticos, pois as 8 categorias de diagnóstico não apresentam critérios de exclusão. A média do índice OHIP para todos os diagnósticos foi de 42,9, comparados com 15,8 para a população geral. O índice OHIP mais baixo foi para deslocamento de disco com redução (38,8), que se apresenta frequentemente livre de dor. Outros diagnósticos não diferiram substancialmente na média do índice OHIP. Quando estratificadas por gênero, os pacientes do sexo feminino apresentaram maiores índices em todos os diagnósticos, embora as diferenças não tenham sido significantes. Quando classificados em 2 grupos de idade, os pacientes mais idosos mostraram índices maiores do que os pacientes jovens. As associações entre somatização ou depressão e HRQoL foram significativas. Índices para somatização foram fortemente relacionados ao índice OHIP e a depressão foi fracamente relacionada. Os autores neste estudo enfatizam a importância da compreensão do estado de saúde e da avaliação psicossocial (RDC/TMD mensurações do Eixo II) na avaliação de pacientes com DTM e que o uso do questionário OHIP para a mensuração do impacto psicossocial através das condições orais faz deste instrumento um método simples que unifica as mensurações do impacto psicossocial em Odontologia.

Em 2008, Oliveira et al.⁵², avaliaram um grupo de 30 pacientes com DTM, sendo vinte e oito (93,0%) do sexo feminino, de idades entre 23 e 61 anos, quanto aos relatos das doenças, aderência ao tratamento, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento e condição de percepção. Todos apresentavam dor miofascial sem limitação de abertura bucal e sem sons articulares. O tratamento utilizado foi placa mio-relaxante e terapia física. Após o tratamento todos os pacientes passaram por uma entrevista com o psiquiatra. Para a avaliação cognitiva, que afeta com frequência a dor crônica, foi utilizado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) validado para a língua portuguesa e o *Cognitive Coping Strategies Inventory* (CCSI). Vinte pacientes relataram não terem dificuldades durante o tratamento, embora 10 deles (33,3%) não estiveram satisfeitos com o tratamento: quatro (40,0%) ficaram insatisfeitos com a aplicação de calor na face, dois (20,9%) com a placa mio-relaxante e dois (20,0%) com medicamentos. Em relação à Qualidade de Vida e Enfrentamento, a maioria dos pacientes (21; 70%) relataram que tiveram a cooperação familiar em relação ao tratamento; quatro (13,3%) relataram cooperação frequente da família, 4 (13,3%), eventualmente (menos que uma vez no semestre) e um (3,3%) relatou a não cooperação familiar. Em relação à Afetividade, 16 pacientes (53,3%) relataram como bom, 11 (36,7%), regular, dois (6,7%), ruim e 1 (3,3) não sabe. Sobre a vida profissional, 6 pacientes (20,0%) relatam como boa, 3 (10,0%), como regular e 5 (16,7%) como ruim. A mensuração usada para

avaliar a DTM (CCSI) apresentou-se com uma pontuação de 27,3, com extensão de 19 a 30.

No mesmo ano, Schierz et al.⁵⁷ estudaram a distinção do impacto em pacientes com DTM e com ansiedade utilizando itens do OHIP. A amostra consistiu de 416 pacientes com diagnóstico de DTM, 173 pacientes com ansiedade pré-tratamento odontológico e 2.026 pessoas da população geral. Os resultados indicaram que os pacientes com ansiedade tiveram pior HRQoL e que pacientes com DTM obtiveram maior qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). No entanto, quando houve a comparação da população geral com pacientes com DTM, os resultados mostraram que a população geral apresenta os menores prejuízos da HRQoL. Além disso, pacientes com DTM e ansiedade relataram muitos problemas em saúde oral. Nos pacientes com DTM, a maioria mencionou frequentemente apresentar problemas como sensibilidade dolorosa e desconforto para se alimentar e estar tenso e com dificuldade para relaxar. Os maiores problemas mencionados foram dor física, desconforto/deficiência psicológica e deficiência/obstáculo físico. A DTM e a ansiedade são duas condições orais com extenso ônus psicossocial e que apresentam um importante impacto nos componentes da HRQoL.

Em estudo transversal realizado por Moreno et al.⁴⁸, em 2009, foram avaliadas 45 mulheres divididas em 2 grupos, sendo o grupo I composto por mulheres com idade entre 19 e 40 anos e diagnóstico de DTM e, o grupo II,

composto por 18 mulheres voluntárias, saudáveis, com idade entre 19 e 28 anos, sem queixa de dores musculoesqueléticas. Para o estudo foi utilizada a escala visual analógica (EVA) para avaliar os sintomas dor, cervicalgia, apertamento e dificuldade de dormir. O dolorímetro de Fischer foi utilizado para avaliar o limiar de dor nos músculos. No grupo I, a dolorimetria foi realizada no lado em que as pacientes referiam os sintomas e no grupo II, padronizou-se o lado esquerdo. A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário SF-36 validado para a língua portuguesa. Os valores variam no intervalo de 0 a 100 e, quanto maior o escore, melhor é a qualidade de vida. Os resultados mostraram, quanto à intensidade dos sintomas, que no grupo I estes foram mais acentuados, com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$). A avaliação da dolorimetria nos músculos temporal anterior, masseter, trapézio superior e esternocleidomastoideo mostraram o músculo esternocleidomastoideo apresentando os valores mais baixos dos dois grupos, mas em todos se notou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A qualidade de vida mostrou o Grupo I com os valores mais baixos, indicando pior qualidade de vida, com diferenças estatisticamente significantes nos oito domínios avaliados ($p < 0,05$), chamando atenção para os domínios dor e aspectos físicos em que a diferença foi mais acentuada.

Barros et al.³ em 2009, avaliaram o impacto da dor orofacial na qualidade de vida de pacientes com DTM. Para o estudo, 83 pacientes foram recrutados e avaliados por um examinador calibrado e treinado de acordo

com os critérios do eixo I do RDC/TMD. A severidade da DTM foi estabelecida pelo *Temporomandibular Index* (TMI), que é composto por 3 subitens: o índice de função (FI), índice muscular (MI), e índice articular (JI). O impacto da qualidade de vida foi avaliado através do OHIP-14 validado para o português. Na amostra de 83 pacientes, 69 eram do gênero feminino (83,1%) e 14 do gênero masculino (16,9%). A faixa de idade foi de 15 a 70 anos ($36,5 \pm 13,5$ anos). O diagnóstico para o grupo I (muscular) revelou que 42 pacientes (50,6%) apresentavam dor miofascial, 22 (26,5%) exibiam dor miofascial com limitação de abertura bucal, e 19 pacientes (22,9%) não apresentavam disfunção muscular. Para a severidade da DTM, o TMI variou de 0,02 a 0,03, com média de $0,41 \pm 0,18$. Os resultados apontaram que 98,7% da amostra apresentaram algum impacto em pelo menos um aspecto. Dos sete aspectos avaliados pelo OHIP-14, seis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes no impacto da qualidade de vida entre os gêneros, embora as mulheres apresentassem um maior impacto no aspecto limitação funcional do que os homens. Houve diferenças estatisticamente significantes no impacto da qualidade de vida para pacientes diagnosticados nos grupos I (disfunção muscular) e III (artralgia / artrite / artrose) do RDC/TMD. Estas diferenças não foram observadas para o grupo II (deslocamento de disco). Diversas correlações entre qualidade de vida e TMI se mostraram significantes. Em geral, o OHIP e algumas de suas

dimensões (limitação funcional, dor física e deficiência psicológica) apresentaram correlações significantes para o TMI e todos os seus índices.

Dahlstrom, Carlsson¹⁴, realizaram uma revisão sistemática em 2010, onde avaliaram a relação entre a qualidade de vida e a DTM. Os autores usaram a base de dados Pubmed até a data de 9 de Junho de 2009, utilizando uma variedade de palavras chave sobre o assunto. Os resultados mostraram uma larga combinação de assuntos relevantes com um número de 12.665 artigos e 1.316 estudos de revisão em DTM, quando apenas utilizado o termo DTM. Já a combinação do termo DTM com qualidade de vida proveu um grande número de títulos, e outras combinações apenas em alguns artigos. Quanto aos métodos para avaliação da HRQoL de 10 instrumentos listados, apenas 3, o *Activies of Daily Living* (ADL), o *General/Geriatric Oral Health Assesment Index* (GOHAI) e o OHIP têm sido empregados com a combinação DTM de acordo com a procura eletrônica, sendo o instrumento OHIP mais amplamente utilizado. Os artigos mostraram que a dor definitivamente tem um impacto negativo na qualidade de vida, que pacientes com DTM apresentam maiores limitações nas sub-escalas do índice OHIP do que em outros grupos diagnosticados. Todos os sete estudos que usaram o índice OHIP mostraram os maiores escores, ou seja, pior qualidade de vida nos pacientes do que no grupo controle ou em amostras populacionais previamente investigadas. Somente uma pequena parcela de pacientes com DTM (<5%) não tiveram algum impacto na HRQoL (escore

OHIP=0). Os escores separados para mulheres e homens foram apenas reportados em 2/12 dos estudos. Nestes dois estudos, diferenças de gênero foram pequenas e estatisticamente não significantes. Apenas dois estudos reportaram que a maior idade dos pacientes corroboram com altos escores do HRQoL.

Tjakkes et al.⁶⁷, em 2010, estudaram o efeito da duração da dor na HRQoL. Um grupo de 95 pacientes foi avaliado utilizando o questionário RDC/TMD para classificação e presença de disfunção temporomandibular. O eixo II do RDC/TMD avaliou informações sobre duração e impacto da dor. A influência da duração da dor na HRQoL foi examinada em 3 diferentes grupos: subgrupo I consistiu de pacientes com existência de queixa por menos de um ano; subgrupo II, pacientes que apresentavam queixa de 1 a 3 anos; subgrupo III, pacientes com queixa por mais de 3 anos. Para avaliação da HRQoL, foram utilizados o questionário SF-36 e o *Mandibular Function Impairment Questionnaire* (MFIQ), para obter informações sobre o prejuízo na função mandibular. O questionário para avaliação geral de saúde foi o *General Health Questionnaire* (GHQ-28). As médias para o SF-36 e o GHQ mostraram no subgrupo I os melhores escores na sub-escala função física e pior escore na sub-escala estado geral de saúde e vitalidade, quando comparado à população geral; mas nas outras sub-escalas, quando comparado com a população geral, revelaram escores iguais. O subgrupo II, quando comparado com a população geral, mostrou piores escores em 4

sub-escalas (dor, vitalidade, estado geral de saúde e aspecto social); já o subgrupo III mostrou piores escores nas seis sub-escalas do SF-36 (dor, vitalidade, estado geral de saúde, aspecto social, aspecto físico e aspecto emocional). Os autores concluem que, especialmente nos casos de longa duração da dor, onde o tratamento inicial para alívio da dor falhou, o aspecto social pode ser considerado afetado e o clínico deveria, por esta razão, administrar melhor estas condições.

2.3 Cefaleias Primárias e Qualidade de Vida

Solomon⁶³, em 1997, mostrou a evolução na mensuração da qualidade de vida (HRQoL) em pacientes com cefaleia. O autor ressaltou que dois tipos de questionários têm sido utilizados para mensurar a HRQoL em sofredores de cefaleia: instrumentos genéricos e instrumentos para doenças específicas. Instrumentos genéricos para avaliação da HRQoL utilizam escalas para acessar a qualidade de vida respeitando o número de atividades dentro dos aspectos físicos, sociais, psicológicos e comportamentais. Já o instrumento para doenças específicas, reflete em particular as limitações ou restrições associadas com uma doença específica. Estes instrumentos são utilizados por se mostrarem mais sensíveis em determinar os efeitos do tratamento ou do curso longitudinal da doença. O autor demonstrou em estudos anteriores que a cefaleia crônica, incluindo a migrânea, afeta em diversas dimensões o bem estar e a função do paciente. Utilizando o SF-20 como instrumento para avaliar a qualidade de vida, o autor mostrou que a cefaleia em salvas, por exemplo, tem sido associada com grandes sintomas de dor, mas com pouco prejuízo na função física, enquanto que a cefaleia do tipo tensional resulta em acentuado prejuízo na saúde mental e prejuízo generalizado na função. A migrânea foi principalmente associada com prejuízo no trabalho. Estes perfis são consistentes com a experiência clínica de psicanalistas que tratam de

pacientes com diferentes tipos de cefaleia, contribuindo, assim, para confirmar a utilidade clínica de questionários. A migrânea também foi comparada com outras doenças utilizando os questionários SF-20 e SF-36 para determinar o impacto na qualidade de vida, depois de devido ajuste para os fatores que poderiam afetar a percepção dos pacientes (ex. idade, gênero e doenças comórbidas). Pacientes com cefaleia afetados por outras doenças crônicas reportam prejuízo significativo em todas as 6 escalas do SF-20 quando comparados com indivíduos não afetados. Quando o SF-36 foi comparado entre pacientes com migrânea e com outras condições crônicas, o ônus do estado de saúde para migranosos em alguns domínios foi igual ou pior do que indivíduos com artrite, diabetes, dor nas costas, ou depressão. Com base neste padrão de comportamento, o autor concluiu que o ônus para as doenças como migrânea tende a não cair sobre o sistema de saúde, mas sim nos pacientes, empregador, e na sociedade. O autor ressaltou que instrumentos validados e com confiabilidade estão disponíveis para auxiliar o profissional de saúde na compreensão dos efeitos das cefaleias para a função e bem estar dos pacientes. A inclusão de mensurações derivadas dos relatos do paciente para a qualidade de vida é essencial para definir o efeito da terapia na vida dos pacientes, tanto na vida familiar, como no trabalho.

Em 1998, Monzón, Láinez⁴⁷ compararam o impacto da cefaleia na qualidade de vida dos pacientes com migrânea e cefaleia crônica diária

(CCD) utilizando como instrumento o SF-36. Para isso 115 pacientes, 62 com migrânea e 53 com CCD, responderam o questionário SF-36 durante o período de 4 semanas. Para o diagnóstico de cefaleia, especialistas utilizaram o critério do *International Headache Society* (IHS) e uma nova proposta do *Classification of daily and near-daily headaches* (CDH). Os pacientes com CCD tiveram significativamente piores escores para aspectos físicos, dor e percepção geral e mental da saúde do que os pacientes migranosos. O grupo com migrânea foi dividido em dois sub-grupos (< ou = 5 ataques no mês e > 5 ataques) para descobrir as diferenças na qualidade de vida relacionada a saúde (HRQoL). Os escores do SF-36 foram baixos no segundo grupo, mas não existiram diferenças estatisticamente significantes. Ambos os grupos foram similares quanto à distribuição de gênero e idade. Os autores ressaltarem que questionário SF-36 é de grande valia para determinar as diferenças na capacidade funcional entre os tipos de cefaleia.

Em estudo exploratório e correlacional sobre qualidade de vida em uma amostra de mulheres com cefaleia, os autores Kolotylo, Broome³⁷, em 2000, utilizaram uma amostra de 247 mulheres que se adequaram aos critérios para migrânea do *Headache Classification Committee of IHS* (IHS, 1988). Para especificar a experiência de dor, os autores utilizaram o questionário de dor *McGill Pain Questionnaire-Short Form* (MPQ-SF). O *The Chronic Pain Experience Instrument-Headache*, com 10 itens, foi utilizado como instrumento de auto-informação para determinar como a pessoa

responde à experiência de conviver com dor crônica e com a dor por cefaleia. Estratégias de enfrentamento foram mensuradas pelo questionário *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ), que possui 50 itens auto-informativos para determinar a extensão com o qual pacientes com dor crônica usam estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento; neste estudo foi usado para determinar a frequência com que os participantes utilizam as estratégias de enfrentamento quando sofrem de dores por migrânea. A sintomatologia depressiva foi mensurada pelo *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scales* (CES-D). Para quantificar o impacto da cefaleia na vida diária foi utilizado o *Henry Ford Hospital Disability Inventory* (HDI). O *Migraine-Related Quality of Questionnaire* (MRQOL) foi utilizado para avaliar a saúde geral e a habilidade das pessoas para desenvolver ativamente as funções na sociedade. O MRQOL mensurou a qualidade de vida, durante e entre as crises de migrânea com respostas de 0 (não) e 4 (sim, e isto trouxe muita preocupação). Altos escores com este instrumento indicam grande efeito no decréscimo da qualidade de vida. Os resultados mostraram que 41,5% dos migranosos relataram ocorrência mensal dos episódios de migrânea, embora 25,3% das mulheres tenham relatado frequência semanal. Os resultados mostraram também ampla associação entre: 1) experiência de dor crônica e incapacidade, indicando alta incapacidade associada à experiência negativa de dor; 2) depressão e incapacidade, indicando um alto escore para depressão associado ao alto

escore para incapacidade; 3) experiência de dor crônica e qualidade de vida, indicando a resposta negativa à experiência de dor crônica em associação com o decréscimo da qualidade de vida; 4) depressão e qualidade de vida, indicando alto escore para depressão associado ao decréscimo da qualidade de vida; e 5) incapacidade e qualidade de vida, indicando aumento dos escores para incapacidade com associação ao decréscimo da qualidade de vida. Os achados deste estudo sugerem que sintomas depressivos, experiência de dor crônica e características da dor são condições associadas em mulheres com migrânea.

Wang et al.⁶⁹, em 2001, avaliaram uma população de 901 pacientes (692 mulheres e 209 homens) com média de idade de 45±16 anos, que visitaram a clínica de dor de cabeça do centro nacional médico em Taipei, Taiwan, entre Julho de 1998 e Dezembro de 1999. Dos 901 pacientes, 593 (66%) apresentaram critérios para cefaleia crônica diária (CCD), e 310 (34%) dos pacientes foram classificados com migrânea transformada (MT). Os pacientes com MT ou subtipos de CTT representaram 91% de todos os pacientes com CCD. Os instrumentos para avaliação utilizados foram o questionário SF-36, para avaliação da qualidade de vida, na versão de Taiwan. Para avaliação da intensidade e frequência das dores de cabeça dos pacientes nos últimos meses, eles foram perguntados sobre a média de intensidade de suas dores de cabeça, dores habituais, severas e cefaleia presente em uma escala de 0 (nenhuma dor até o momento) até 10 (maior

intratável dor de cabeça); também foram perguntados sobre o número total de dores de cabeça no dia e a média de dores de moderada a severa que sentiram na semana, nos últimos meses. Outro instrumento utilizado foi a versão chinesa do questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) que consiste em 14 itens: 7 para ansiedade e 7 para depressão; o maior escore neste questionário representa a pior estado mental de saúde. Os escores do HADS foram utilizados para mensurar o grau de aflição psicológica nos pacientes com cefaleia. O diagnóstico de cefaleia foi dado por um neurologista através da história do paciente, incluindo o relato atual e passado de cefaleia. Para a classificação da cefaleia utilizou o critério do *International Headache Society* (1988). Neste estudo, o interesse foi comparar os escores de oito escalas do SF-36 entre os pacientes com os 2 maiores subtipos da CCD (MT e CTT) e migrânea, ambas com e sem aura. O número total de pacientes com um dos três diagnósticos de cefaleia foi de 734 (81% dos 901 pacientes). Entre estes três grupos de pacientes, os pacientes com MT tiveram a pior dor e os mais altos escores de HADS. Em geral, os escores da escala do SF-36 apresentaram redução severa em pacientes com MT, seguido da CTT e da migrânea. Os escores mais baixos foram encontrados nos itens *Saúde Geral*, *Dor* e *Vitalidade*, nos pacientes com CCD. As diferenças em todas as escalas do SF-36 entre os pacientes com MT e CTT, e entre os pacientes com MT e migrânea foram significantes e apresentaram pontuação maior do que 5 ($p < 0,05$ Anova e teste de

Bonferroni). Pacientes com CTT tiveram menores escores do que aqueles com migrânea na maioria das escalas do SF-36, exceto para os escores *Dor* e *Aspecto Social*. Quando os autores usaram o escore de cada escala do SF-36 e foi considerada a norma como 100%, o declínio nas escalas foi ainda mais óbvio em *Dor* (63%), seguidos por *Aspecto emocional* (68%) e *Aspectos Físicos* (72%), nas pacientes do gênero feminino com migrânea; e *Aspectos Físicos* (43%), seguido por *Aspecto Emocional* (49%) e *Dor* (57%) nas pacientes do gênero feminino com CCD; contrastando com escores de *Aspecto Físico*, que se mostrou relativamente intactos nestes três grupos de pacientes. Comparando com pacientes com migrânea (como grupo de referência), os pacientes com MT tiveram significativamente menores escores em todas as escalas, exceto para *Aspecto Físico*, *Aspecto Social* e *Aspecto Emocional*. Os pacientes com CTT tiveram escores compatíveis em comparação com pacientes com migrânea, exceto para *Dor* (CTT>migrânea) e *Saúde Mental* (CTT<migrânea). Os resultados mostraram que pacientes com MT apresentam escores significativamente menores que pacientes com CTT em todas as escalas do SF-36, exceto para *Aspecto Físico* e *Aspecto Emocional*.

Em estudo retrospectivo realizado em 2001, Meletiche et al.⁴⁴, compararam a qualidade de vida dos pacientes com migrânea e outras cefaleias, como a migrânea transformada (MT). O diagnóstico das cefaleias foi realizado por especialistas através da classificação da *International*

Headache Society (IHS). Os questionários SF-36, com os Componentes Físico e Mental, apresentando oito domínios, foi utilizado para avaliação da qualidade de vida e o questionário MIDAS (*Migraine Disability Assessment*), com 7 itens, auto-administrado, foi utilizado para avaliar o nível de incapacidade associado com a cefaleia. Os resultados apontaram que dos 90 pacientes selecionados após os critérios de exclusão da amostra, 44 apresentaram diagnóstico de migrânea e 46 diagnóstico para MT. Em relação ao sexo, raça e idade não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. A taxa de idade para pacientes com migrânea foi de 39,3 anos e para MT, 41,3 anos. 88% dos pacientes com migrânea eram brancos, enquanto que 82% eram mulheres. Dos pacientes com MT, 85% eram brancos e 80% mulheres. Pacientes com MT tiveram significativamente mais dias com cefaleia (69 dias contra 18 no grupo de pacientes com migrânea, durante os 90 dias que antecederam a visita com o especialista); resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Na escala de dor de 0 a 10, os pacientes com migrânea e com MT tiveram uma taxa de episódios de cefaleia de 6,6 e 7,1 ($p < 0,05$) respectivamente. Em relação ao uso de medicamentos, os pacientes com MT experimentaram um número muito maior de medicamentos (8,0 contra 5,8, $p < 0,05$). Pacientes com MT tiveram estatisticamente ($p < 0,05$) e clinicamente médias significativamente menores nos escores dos 7 domínios do SF-36. Estes pacientes reportaram significativamente menores escores do SF-36 em ambos os Componentes

Físico e Mental. Os pacientes com MT reportaram maiores escores do MIDAS (70,7 contra 27,63, $p < 0,05$) do que nos pacientes com migrânea. Contudo, ambos os grupos apresentaram escores suficientemente altos, que os classificam como uma severidade incapacitante.

D'Amico et al.¹³, em 2003 estudaram a qualidade de vida e incapacidade em cefaleias primárias crônicas diárias. Para isto, recrutaram 150 pacientes, sendo 125 mulheres e 25 homens com média de idade de 45,4 anos (19 a 72 anos) e com média de duração da doença de 25,6 anos (2 a 55 anos). Uma média de 53 (20 a 200) medicamentos sintomáticos era consumida por mês. Todos os pacientes completaram o questionário MIDAS (*Migraine Disability Assessment Score*), versão italiana para o relato de cefaleia sobre incapacidade. Os achados mostraram que os escores MIDAS para os pacientes estudados foram relativamente altos (72,2, SD=64,3). Quatorze pacientes (9,3%) tiveram grau I de incapacidade; 5 (3,4%) tiveram grau II; 11 (7,3%), grau III de incapacidade; e 120 (80%), grau IV. Portanto, a maioria dos pacientes (87,3%) teve incapacidade moderada a severa (graus III ou IV). Sofredores de migrânea crônica eram prejudicados em todas as funções diárias e, a maioria dos pacientes (69%-83%), nas atividades domésticas e sociais. Atividade durante o trabalho também foi significativamente reduzida em seu desempenho, embora eles continuassem trabalhando quando apresentavam um ataque de migrânea. Além disso, 39% dos pacientes foram forçados a parar de trabalhar. Oitenta e quatro dos

pacientes com migrânea crônica e abuso no uso de medicação completaram o questionário SF-36 validado para versão italiana. Os escores para as oito escalas do SF-36 obtidas foram comparados com aos encontrados na população geral italiana. Foi encontrado que as médias para os escores do SF-36 foram clinicamente (>5 pontos de diferença) e estatisticamente ($p < 0,001$) menores nestes pacientes do que na população geral em todas as escalas. Os pacientes com migrânea crônica e uso abusivo de medicamentos tiveram significativa redução em seu senso de bem-estar com limitações evidentes nas atividades sociais e no trabalho, devido à suas cefaleias. Os 84 pacientes que completaram os questionários MIDAS e SF-36 na primeira visita, voltaram após 6 meses para responder as perguntas dos questionários novamente. Neste intervalo de tempo eles passaram por um programa de tratamento para retirar o abuso de medicamentos (drogas anti-migrânea, antidepressivos ou ambos). Os achados mostraram que com tratamento ocorreu uma mudança clínica maior, associada a uma significativa redução no impacto funcional da cefaleia. A cefaleia estava presente diariamente antes da terapia, enquanto que após os 6 meses o número de dias com cefaleia por mês caiu para $7,8 \pm 7,3$ ($p < 0,001$). Para todas as escalas do SF-36, as médias dos escores depois dos 6 meses foram maiores do que no início, indicando a melhora da qualidade de vida após o tratamento. As diferenças foram particularmente mais claras na escala que avalia a intensidade da dor e a influência nas atividades diárias e para as

escalas de avaliação pessoal da saúde e controle do comportamento emocional. Estes achados indicam que ambos os questionários MIDAS e SF-36 são sensíveis a mudanças clínicas após um tratamento intervencionista nos pacientes com migrânea crônica e que fazem abuso de medicação.

O objetivo do estudo realizado por Lipton et al.⁴⁰, em 2003, foi: I) comparar a HRQoL através do SF-36 na população com migrânea e na população sem migrânea (GC); II) avaliar a relação da HRQoL e a incapacidade no trabalho atribuída a cefaleia na amostra populacional. Para isto, este estudo foi conduzido em duas fases. Na primeira, foi feito um levantamento através de entrevista por telefone de 5.769 residentes da grande Londres, na Inglaterra e identificados os indivíduos que sofriam de migrânea. Na segunda fase, uma entrevista pessoal, as perguntas foram conduzidas em uma amostra correspondente a 200 casos com migrânea e 200 controles selecionados pelos pesquisadores. No início da entrevista pessoal, os participantes completaram as perguntas do questionário SF-36. Em adição, o escore relatado sobre incapacidade no trabalho, através da entrevista por telefone, foi definido como o número de dias perdidos no trabalho ou dias em que atividades usuais foram reduzidas de 50% ou mais no último ano. O escore para incapacidade foi graduado como suave (n=98), moderado (n=49) e severa incapacidade (n=49). Quando comparado com o GC, indivíduos com migrânea apresentaram escores significativamente

menores em 8 dos 9 escores dos domínios do Componente Mental do SF-36. Além disso, entre os migranosos, cada escore do grupo com incapacidade apresentou-se menor em 7 dos nove domínios nas escalas resumidas. Os escores mostraram grande redução na HRQoL para os grupos com incapacidade moderada e severa versus o grupo com incapacidade suave em 5 das 9 escalas no domínio Componente Físico do SF-36. Os autores concluíram que os indivíduos com migrânea tiveram menores escores de HRQoL quando comparados com o GC.

Bussone et al.⁹, em 2004, avaliaram a incapacidade e a qualidade de vida em pacientes com diferentes tipos de cefaleias primárias. O diagnóstico para migrânea sem aura, cefaleia em salvas e migrânea crônica foi realizado seguindo os critérios da *International Headache Society* (IHS). O questionário SF-36 foi utilizado para avaliar a HRQoL e o MIDAS para avaliar a incapacidade em pacientes com migrânea sem aura ou migrânea crônica. Duzentos e sessenta e quatro pacientes completaram o MIDAS (197 mulheres e 67 homens; média de idade de 37,6 anos). O escore total médio para o MIDAS foi de 23,4. A incapacidade foi mais evidente em atividades pessoal/familiar/social do que atividades relacionadas ao trabalho. Para a avaliação da incapacidade em pacientes com migrânea crônica, 150 pacientes foram estudados (125 mulheres e 25 homens; média de idade de 45,4 anos). Todos os pacientes faziam uso abusivo de medicação. A média total do escore MIDAS foi de 72,2. Todas as atividades foram prejudicadas

pela cefaleia crônica e as atividades não relacionadas ao trabalho foram mais prejudicadas do que as relacionadas ao trabalho. Em relação à HRQoL em pacientes com migrânea com aura, 68 pacientes foram estudados (52 mulheres e 16 homens, com média de idade de 38,52 anos. A média para os escores do SF-36 foram menores que na população italiana geral em todos os componentes. A HRQoL foi estudada em 56 pacientes com cefaleia em salvas (34 com cefaleia episódica, e 22 com cefaleia em salvas crônica). Os pacientes apresentaram menores escores quando comparados com a população italiana geral nas 8 escalas do SF-36. Nos pacientes que tinham migrânea crônica, 84 completaram o SF-36 (69 mulheres e 15 homens; média de idade de 46,3 anos). Em todas as escalas, os escores médios do SF-36 foram menores do que na população geral ($p < 0,001$). Os autores concluíram neste estudo que os pacientes com cefaleias primárias apresentaram um impacto negativo considerável em suas qualidades de vida.

A relação entre migrânea e o impacto negativo na qualidade de vida em pacientes com depressão foi estudado por Hung et al.³² (2005). Foram avaliados 151 pacientes, não internados, por psiquiatras, sendo 34 homens e 117 mulheres com idade entre 18-65 anos; os pacientes não faziam uso de antidepressivos. Para avaliação da severidade da depressão, utilizaram os critérios do *17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)*; para avaliação da qualidade de vida (HRQoL), o questionário SF-36. Os critérios

de classificação para o diagnóstico de migrânea e CTT foram baseados na *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-II, 2004). Entre os 151 participantes, 134 (88,7%) reportaram ter história de cefaleia. Migrânea episódica (n=52, 34,4%) foi o tipo cefaleia mais comum. Dentro da categoria migrânea (incluindo os grupo migrânea crônica e migrânea episódica), 54 (74,0%) tiveram migrânea com aura e 19 (26,0%) tiveram ambos, migrânea com e sem aura. Os resultados mostraram que existe uma tendência do grupo com migrânea crônica ter pior HRQoL, seguido pela migrânea episódica. Entre os oito aspectos do SF-36, os escores para *Dor* e *Aspecto Físico* foram os que mostraram maior diferença entre os grupos; contrariamente, os escores de *Saúde Mental*, *Aspectos Sociais* e *Aspectos Emocionais* não apresentaram diferenças estatísticas. Quando o grupo sem cefaleia foi usado como referência, grandes diferenças para o grupo migrânea crônica foram encontradas para *Dor* (média de 45,5 pontos de diferença, 59,7% menor), seguidas por *Aspectos Físicos* (28,5 pontos, 31,4% menor), *Capacidade Funcional* (28,0 pontos, 59,6% menor), e *Saúde Mental* (22,7 pontos, 82,2% menor). As diferenças nos escores do SF-36 foram menores para o grupo migrânea episódica: *Capacidade Funcional* (22,5 pontos, 47,9%), *Dor* (34 pontos, 44,7% menor) e *Aspectos Físicos* (17,9 pontos, 19,7% menor).

Brna et al.⁶, em 2006, objetivaram determinar o impacto da migrânea na HRQoL da população Canadense. Para avaliação da HRQoL, os autores

utilizaram o questionário SF-36. O *Canadian Community Health Survey* (CCHS), um levantamento de informações relacionadas à saúde, foi utilizado para determinar a saúde da população canadense. Os resultados apontaram que das 7.243 pessoas que responderam à pesquisa, 699 (9,7%) reportaram migrânea, sendo 79,2% do gênero feminino. No grupo sem migrânea, 47,9% eram do gênero feminino ($p=0,001$). O grupo com migrânea reportou maior frequência de disfunção de humor (11,4% vs. 4,1%) e ansiedade (7,1% vs. 2,8%) ($p<0,001$). Uma comparação entre os escores do SF-36 da população geral mostrou que o diagnóstico para a população migranosa apresentou baixos escores para HRQoL nos 8 domínios de saúde ($p<0,0001$) e menor mensuração em ambos, aspectos físicos e mentais. Em 6 dos 8 domínios da HRQoL, a redução nos escores foi maior que 5 pontos, que é reconhecido como uma redução clinicamente significativa. A migrânea foi associada com o comprometimento mais dramático nos domínios *Aspecto Físico*, *Dor* e *Estado Geral de Saúde*, enquanto que a *Saúde Mental* foi o domínio menos afetado. Disfunção de humor foi associada com um profundo comprometimento nos domínios *Aspecto Emocional*, *Aspecto Social* e *Estado Geral de Saúde*. As desordens de ansiedade tiveram significativo comprometimento em 6 dos 8 domínios da HRQoL, com menor impacto na *Capacidade Funcional* e *Vitalidade* e efeitos mais pronunciados no *Aspecto Físico*, *Aspecto Emocional* e *Estado Geral de Saúde*.

Freitag²², em 2007, estudou o impacto da migrânea na qualidade de vida e a importância do tratamento preventivo. Para isto, realizou um levantamento pelo *MEDLINE* de janeiro de 1997 a janeiro de 2007. A procura envolveu os termos: prevenção em migrânea, profilaxia em migrânea, cefaleia e qualidade de vida, incapacidade por migrânea e incapacidade por cefaleia. A literatura mostrou que uma crise de migrânea não tratada pode durar de 4 a 72 horas e que a dor pode preceder ou acompanhar distúrbios visuais ou outros eventos neurológicos (aura). Os outros sintomas neurológicos antes de uma crise incluem fadiga, mudanças de humor ou desejos por comida. As dores por migrânea são frequentemente acompanhadas de fonofobia, fotofobia, náusea e/ou vômitos. De 53% a 62% dos sofredores por migrânea requerem repouso e 50% a 65% faltam da escola e do trabalho, 50% a 70% dos pacientes reportaram que suas dores de cabeça aumentaram as discussões familiares ou tiveram efeitos negativos nas relações com os familiares. Além disso, 32% dos migranosos evitam fazer planos para atividades familiares ou sociais, suspendendo/cancelando devido à dor de cabeça. O autor mostrou que a expectativa gerada pelo próximo ataque de migrânea tem um efeito negativo na vida social e familiar dos pacientes.

No mesmo ano, Holroyd et al.²¹, examinaram 232 indivíduos com migrânea (79% do gênero feminino, média de idade de 38 anos). Os autores analisaram fatores como dramatização, ansiedade/depressão, relato de

prejuízo funcional (PF) e qualidade de vida (QV) nestes pacientes. Para a avaliação, foram utilizados os seguintes instrumentos: *Primary Care Evaluation for Mental Disorders* (PRIME-MD), *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), *Beck Anxiety Inventory* (BAI I), *Beck Depression Inventory-II*, *Migraine-Specific Quality of Life* (MSQ), *Headache Disability Inventory* (HDI), *Medical Outcomes Study General Health Survey* (MOS-SF36), *Migraine Disability Assessment* (MIDAS). Os resultados mostraram uma média de 5,5 episódios de migrânea a cada trinta dias. A severidade da migrânea exibiu significância nas mensurações do PF e QV. Os diagnósticos do BAI, BDI e o PRIME-MD foram consistentes no relato para o prejuízo nas mensurações de PF e QV, que avaliaram a aflição e preocupação que a migrânea pode ocasionar. A dramatização e a severidade da associação de sintomas apareceram como fatores fortemente determinantes para PF e QV. Os autores indicaram que este estudo foi a primeira demonstração de que a resposta psicológica de migranosos (dramatização) está associada com PF e QV, independentemente das características da migrânea e de outras variáveis demográficas e psicológicas, mostrando, assim, que a severidade de sintomas também são importantes fatores que contribuem com a PF e QV.

O objetivo de Peñacoba-Puente et al.⁵³, em 2008, foi avaliar o papel da ansiedade e depressão na relação entre os parâmetros clínicos da cefaleia e a qualidade de vida em cefaleia do tipo tensional (CTT). Vinte e

cinco pacientes (8 homens e 17 mulheres com idade entre 20-71 anos) foram diagnosticados com CTT de acordo com os critérios da *International Headache Society* (IHS). Um diário de dor foi utilizado como instrumento durante 4 semanas para registro do histórico de dor. A qualidade de vida foi mensurada através das médias do questionário SF-36. O *Beck Depression Inventory* (BDI-II) foi utilizado para avaliar a depressão e o *Trait Anxiety Scale* (TA) do *State-Trait Anxiety Inventory* foi administrado para avaliação da ansiedade. O histórico referente à duração da cefaleia foi de 9 anos. A média de cefaleias por dia foi de 9h, a média da intensidade por episódios foi de 5,2 e a frequência de cefaleias foi de 5,12 dias/semanas. Houve correlação entre: intensidade e duração da cefaleia com o domínio função social do questionário SF-36; frequência de cefaleia com ansiedade e diferentes domínios do SF-36, como *Dor, Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental*. A ansiedade mediou o efeito entre a frequência das cefaleias e algumas dimensões do SF-36, mas não afetou a intensidade ou duração da cefaleia. Não foi encontrado um papel moderador da ansiedade e depressão na relação entre cefaleias e *Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Emocionais*.

Uthaihup et al.⁶⁸, em 2009, investigaram a influência do tipo de cefaleia, assim como a frequência, na qualidade de vida e determinaram a relação entre bem-estar do idoso, crença de dor e o relato da cefaleia. Para isso, participaram 118 indivíduos com cefaleia e 44 sem relato de cefaleia

(grupo controle), com idade de 60 a 75 anos. Os indivíduos responderam os questionários SF-36, *Geriatric Depression Scale-short form* (GDS-S), *Survey of Pain Attitudes* (SOPA-35) e o *Neck Disability Index* (NDI). Os resultados revelaram que idosos com cefaleia, comparados ao grupo controle, apresentaram os menores escores na maioria dos domínios do SF-36, altos escores no GDS-S ($p < 0,05$) e comparáveis aos do SOPA-36 ($p > 0,05$). Estas medidas não foram diferentes entre os tipos de cefaleia, mas foram influenciadas pela frequência das cefaleias. Indivíduos com cefaleia ≥ 15 dias/mês apresentaram os menores escores nos domínios do SF-36 e maiores no questionário GDS-S comparados aos com cefaleia < 15 dias/mês e ao grupo controle (todos $p < 0,05$). Não houve forte relação entre bem-estar e frequência de cefaleia, intensidade e extensão do histórico de cefaleia. O escore NDI apresentou grande influência no bem-estar físico e o escore GDS-S no bem-estar mental ($p < 0,001$). Os resultados mostraram que a frequência de cefaleia tem um impacto na qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos.

Para avaliar o impacto da migrânea relacionada à HRQoL e descrever a relação entre incapacidade e HRQoL nos pacientes, Leonardi et al.³⁹, em 2010, realizaram um estudo observacional em pacientes adultos com migrânea. Os autores utilizaram o MIDAS, o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS II) e para avaliação da HRQoL foi utilizado o questionário SF-36. Para o estudo, um total de 102 pacientes

com migrânea (87 do gênero feminino) foram avaliados. Os autores concluíram que os migranosos apresentaram os piores escores para a incapacidade e a HRQoL, quando comparados com a população geral, com consistente piora e com o aumento da severidade da migrânea. Mensurações da HRQoL e da incapacidade mostraram diferentes aspectos psicossociais da migrânea. Os autores ainda ressaltaram que os pesquisadores deveriam continuar a avaliar os diferentes aspectos envolvidos na HRQoL em saúde pública e clínicas de pesquisa em migrânea, pois com isto obteriam informações sobre o ônus envolvido na migrânea e o seu impacto econômico, além dos importantes efeitos causados nos pacientes, quanto às suas relações interpessoais, qualidade de vida e estado emocional.

PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

Considerando a literatura revisada e a necessidade de mais estudos sobre a qualidade de vida em pacientes com dor crônica, o objetivo do presente estudo foi:

1. Avaliar a qualidade de vida em pacientes com DTM e cefaleia primária.
2. Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com cefaleias primárias episódicas e crônicas.

MATERIAL E MÉTODO

4 Material e Método

1 Seleção da Amostra

A amostra foi composta por 300 indivíduos que procuraram tratamento na Clínica de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr - UNESP), entre os anos de 2006 a 2008, selecionados consecutivamente de uma lista de espera por atendimento. Dos 300 pacientes avaliados, sete foram excluídos por não se adequarem aos critérios de inclusão e a amostra foi composta por 293 indivíduos com idade entre 18 e 76 anos (média 37,57 anos).

Para a avaliação da qualidade de vida em pacientes com DTM e cefaleias primárias, foram formados quatro grupos de estudo:

- Grupo Controle: pacientes sadios e indivíduos voluntários acompanhantes.
- Grupo DTM: paciente com diagnóstico de DTM
- Grupo DTM/Cefaleia: pacientes com DTM e cefaleia primária
- Grupo Cefaleia: pacientes com cefaleia primária

Para a avaliação da qualidade de vida em pacientes com cefaleias primárias, foram formados dois grupos de estudo:

- Grupo cefaleias episódicas
- Grupo cefaleias crônicas

Todos os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, por pesquisadores treinados e calibrados, de acordo com os seguintes instrumentos de pesquisa:

a) **Ficha clínica para avaliação de DTM e Dor Orofacial, da disciplina de Oclusão – Faculdade de Odontologia de Araraquara – FOAr/UNESP** – Foram coletados dados pessoais do paciente, história médica e odontológica e as características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração e fatores agravantes e atenuantes), além do exame intra-oral (Anexo 1). A ficha clínica permitiu o diagnóstico inicial de DTM por meio dos critérios da *American Academy of Orofacial Pain* (AAOP) (Okeson⁵⁰, 1996).

b) ***Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)*** - instrumento criado por Dworkin, LeResche¹⁸ em 1992, traduzido (Pereira et al.⁵⁴, 2002), adaptado e validado na língua portuguesa (Kosminsky et al.³⁸, 2004; Lucena et al.⁴¹, 2006), para confirmação do diagnóstico de DTM dolorosa (Anexo 2).

c) **Questionário para diagnóstico inicial das cefaleias primárias, desenvolvido no Ambulatório de Cefaleia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP**, baseado

nos critérios propostos pela *International Headache Society*, 2ª edição (CIC⁶⁴, 2006). Tal instrumento permite o diagnóstico das cefaleias primárias, como migrânea, cefaleia do tipo tensional (CTT) e outras. Foi validado a partir da sua utilização em um levantamento epidemiológico da prevalência de cefaleia na população urbana da cidade de Ribeirão Preto-SP (Fernandes¹⁹, 2004) (Anexo 3). Adicionalmente, segundo o critério proposto por Silberstein, Lipton⁶¹ (2001), a cefaleia foi classificada como cefaleia crônica diária (CCD), caso houvesse relato de presença de dor segundo a frequência, sendo considerada cefaleia crônica quando existe uma frequência maior que 15 dias ao mês e episódica sendo menor que 15 dias ao mês.

d) **Questionário para avaliação da qualidade de vida *Medical Outcome Study 36 – Item Short- Form Helth Survey SF-36*, na versão traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil** (Ciconelli et al.¹¹, 1999), formado por 36 itens divididos em oito aspectos ou componentes, estes domínios são designados: *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos*, *Dor*, *Estado Geral de Saúde*, *Vitalidade*, *Aspectos Sociais*, *Aspectos Emocionais* e *Saúde Mental*. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero representa o pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde. Os componentes avaliados pelo SF-36 podem ser divididos em dois grupos, que podem estar envolvidos de maneira diferente nas diversas patologias: 1. Componente Físico: *Capacidade Funcional*,

Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde; 2. Componente Mental: Vitalidade, Saúde Mental, Aspectos Emocionais e Aspectos Sociais (Ware et al.⁵¹, 1994) (Anexo 4).

2 Aspectos éticos

Ao serem selecionados para a amostra, e antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, todos os pacientes receberam do pesquisador responsável instruções claras a respeito de DTM e cefaleia, bem como sobre a metodologia e os objetivos da pesquisa (Anexo 5). Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara (Proc. 33/06-Anexo 6)

3 Critérios de Inclusão

Para o presente estudo, foi considerado o seguinte critério de inclusão:

- pacientes com DTM dolorosa crônica – presença de dor há mais de seis meses, segundo IASP³³ – de origem muscular, articular ou de ambas.
- presença de cefaleia primária podendo ser migrânea ou CTT episódica ou crônica, diagnosticadas com base nos critérios propostos pela *International Headache Society* (CIC⁶⁴) além da classificação de Silberstein, Lipton⁶¹ para cefaleias crônicas diárias (CCD).

4 Critérios de Exclusão

- presença de dor por período inferior a seis meses;
- presença apenas de diagnóstico do Grupo II (deslocamentos de disco) ou do grupo III para osteoartrose, pelo critério RDC/TMD (Eixo I);
- presença de dor odontogênica, dor neuropática e lesões intra-orais;
- pacientes com alterações das funções cognitivas e comprometimento da capacidade de comunicação;
- pacientes menores de 18 anos.

5 Análise dos Resultados

Para a comparação de médias dos quatro grupos foi utilizada a Análise de Variância Tukey a um fator e, quando a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Para as comparações múltiplas foi utilizado o teste de Dunn.

Para se testar a homogeneidade entre as proporções, foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (quando ocorreram frequências esperadas menores de 5).

Para a comparação de dois grupos em relação aos domínios do SF 36 foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, pois a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

RESULTADO

5 RESULTADO

Foram avaliados 293 pacientes com idade entre 18 e 76 anos (média de 37,57 anos, com desvio-padrão de 12,91 anos e mediana de 36 anos). Duzentos e quarenta e cinco (83,6%) pacientes eram do sexo feminino. Foram formados quatro grupos de estudo: grupo Controle (n=34), grupo DTM (n=25), grupo DTM/Cefaleia (n=203) e grupo Cefaleia (n=31).

A distribuição de frequências dos pacientes segundo o gênero, a raça e o estado civil está descrita na Tabela 1. Pode-se observar que os grupos não diferem em relação à raça e estado civil, mas diferem em relação ao gênero.

Tabela 1 - Prevalências para gênero, raça e estado civil, segundo o grupo de estudo

Variável	Categoria		Controle	DTM	DTM/Cefaleia	Cefaleia	p
			n=34	n=25	n=203	n=31	
Gênero	Feminino	N	19	15	185	26	<0,001 ^{(1)*}
		%	55,9	60,0	91,1	83,9	
	Masculino	N	15	10	18	5	
		%	44,1	40,0	8,9	16,1	
Raça	Branca	n	29	19	159	29	0,104 ⁽²⁾
		%	85,3	79,2	82,4	93,5	
	Negra	n	2	4	19	0	
		%	5,9	16,7	9,8	0,0	
	Pardo	n	3	0	15	2	
		%	8,8	0,0	7,8	6,5	
Orientais	n	0	1	0	0		
	%	0,0	4,2	0,0	0,0		
Estado Civil	Casado	n	15	15	124	16	0,816 ⁽²⁾
		%	44,1	60,0	61,1	51,6	
	Solteiro	n	13	7	56	9	
		%	38,2	28,0	27,6	29,0	
	Separado	n	5	2	17	4	
		%	14,7	8,0	8,4	12,9	
Viúvo	n	1	1	6	2		
	%	2,9	4,0	3,0	6,5		

(1) nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

(2) nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher

Na tabela 2 observa-se que os grupos não diferem em relação à idade, mas diferem em relação ao grau de instrução. Pelo teste de Dunn, observa-se que o grupo Controle difere significativamente dos grupos DTM ($p < 0,05$) e DTM/Cefaleia ($p < 0,05$) em relação ao grau de instrução. O grupo Controle apresenta maior valor em anos de instrução do que os outros dois grupos.

Tabela 2 – Prevalência para idade e grau de instrução, segundo grupo de estudo

Variável	Grupo	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	p
Idade	Controle	34	37,65	14,68	18	63	
	DTM	25	39,72	14,80	18	74	0,725 ⁽¹⁾
	DTM/Cefaleia	203	37,09	12,33	18	76	
	Cefaleia	31	38,94	13,34	20	69	
Grau de Instrução	Controle	31	14,42	5,36	3	25	
	DTM	24	10,42	4,49	2	17	< 0,001 ⁽²⁾
	DTM/Cefaleia	192	10,52	3,39	0	19	
	Cefaleia	31	12,65	4,15	4	21	

(1) nível descritivo de probabilidade da Análise de Variância a um fator

(2) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Depois de aplicado o questionário de qualidade de vida, foram obtidos os valores descritivos dos domínios do SF-36 para os 293 pacientes, segundo os grupos de estudo, como mostra a Tabela 3. Observa-se que houve diferenças estatisticamente significantes para todos os domínios do SF-36.

Tabela 3 - Valores descritivos dos domínios do SF-36, segundo o grupo de estudo

Domínio	Grupo	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	p*
Capacidade Funcional	Controle	34	92,06	13,21	45,00	100,00	< 0,001
	DTM	25	84,40	18,61	25,00	100,00	
	DTM/Cefaleia	203	66,45	27,61	0,00	100,00	
	Cefaleia	31	83,87	21,04	20,00	100,00	
Aspectos Físicos	Controle	34	97,79	12,86	25,00	100,00	< 0,001
	DTM	25	73,00	40,77	0,00	100,00	
	DTM/Cefaleia	203	46,43	40,91	0,00	100,00	
	Cefaleia	31	84,68	30,74	0,00	100,00	
Dor	Controle	34	85,32	14,28	52,00	100,00	< 0,001
	DTM	25	64,36	27,35	0,00	100,00	
	DTM/Cefaleia	203	45,00	25,96	0,00	100,00	
	Cefaleia	31	63,16	19,46	10,00	100,00	
Estado Geral de Saúde	Controle	34	80,91	14,26	47,00	100,00	< 0,001
	DTM	25	74,28	18,77	35,00	100,00	
	DTM/Cefaleia	203	64,75	22,87	5,00	100,00	
	Cefaleia	31	81,32	16,73	32,00	100,00	
Vitalidade	Controle	34	72,35	16,62	15,00	100,00	< 0,001
	DTM	25	67,20	21,27	20,00	95,00	
	DTM/Cefaleia	203	51,67	23,65	0,00	100,00	
	Cefaleia	31	65,97	18,68	30,00	100,00	
Aspectos Sociais	Controle	33	89,77	16,37	37,50	100,00	< 0,001
	DTM	25	75,50	26,63	12,50	100,00	
	DTM/Cefaleia	203	63,36	28,94	0,00	100,00	
	Cefaleia	31	83,06	17,84	50,00	100,00	

Aspectos Emocionais	Controle	34	83,33	34,08	0,00	100,00	< 0,001
	DTM	25	69,33	44,01	0,00	100,00	
	DTM/Cefaleia	203	51,72	45,61	0,00	100,00	
	Cefaleia	31	68,82	42,98	0,00	100,00	
Saúde Mental	Controle	34	77,41	15,81	28,00	100,00	< 0,001
	DTM	25	65,44	22,71	8,00	100,00	
	DTM/Cefaleia	203	59,63	23,12	4,00	100,00	
	Cefaleia	31	75,48	13,92	44,00	100,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

Para o domínio *Dor*, o grupo Controle diferiu significativamente ($p < 0,05$) dos outros três grupos e o grupo DTM/Cefaleia diferiu significativamente ($p < 0,05$) do grupo DTM e do grupo Cefaleia (Gráfico 1).

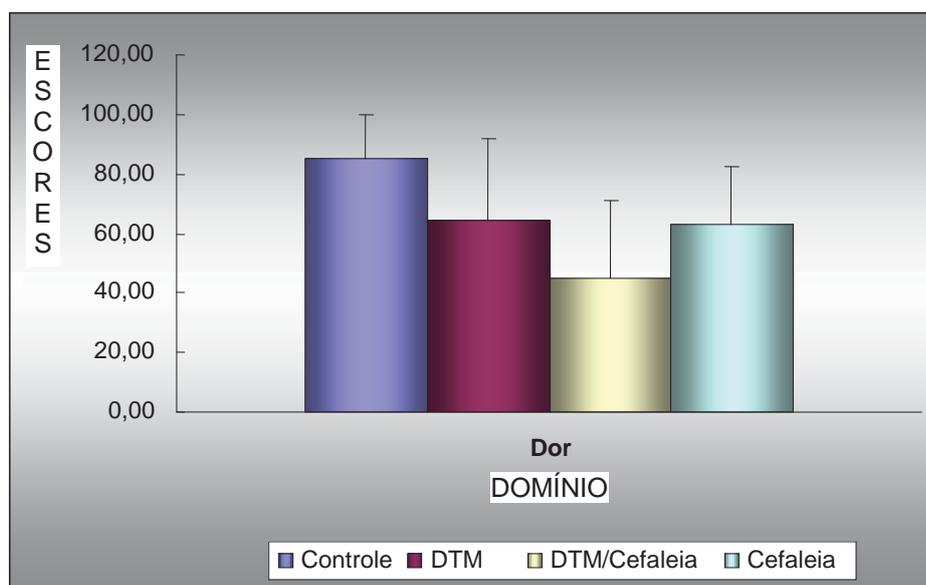


GRÁFICO 1 - valores da média e desvio-padrão do domínio dor do SF-36, segundo o grupo de estudo.

Considerando os domínios *Capacidade Funcional*, *Aspectos Físicos* e *Vitalidade*, o grupo DTM/Cefaleia apresentou médias significativamente menores em relação aos outros grupos ($p < 0,05$) (Gráfico 2). Já, para os domínios *Saúde Mental*, *Aspecto Emocional*, *Aspecto Social* e *Estado Geral de Saúde*, o grupo DTM/Cefaleia apresentou médias significativamente menores que o grupo Controle e o grupo Cefaleia ($p < 0,05$) (Gráfico 3).

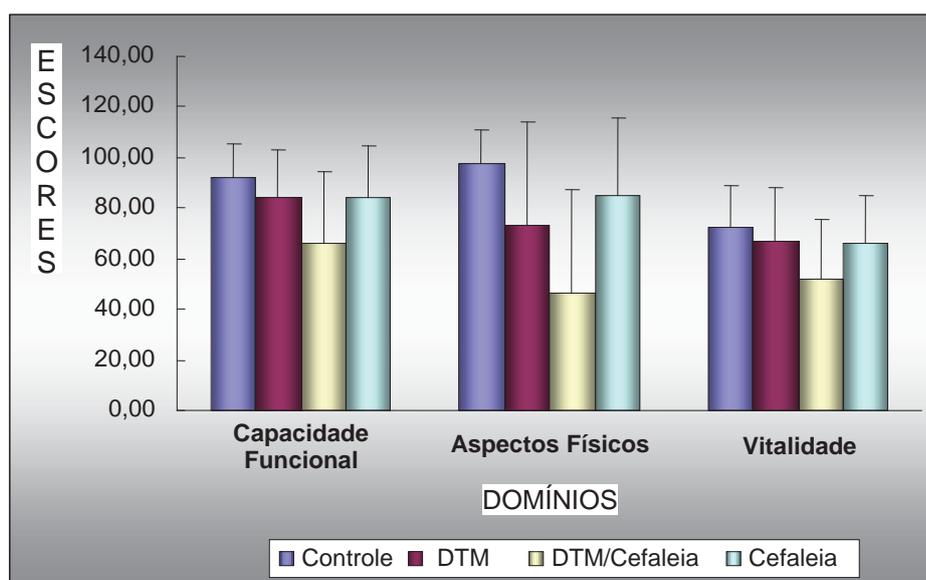


GRÁFICO 2 - Valores da média e desvio-padrão dos domínios do SF-36, segundo o grupo de estudo.

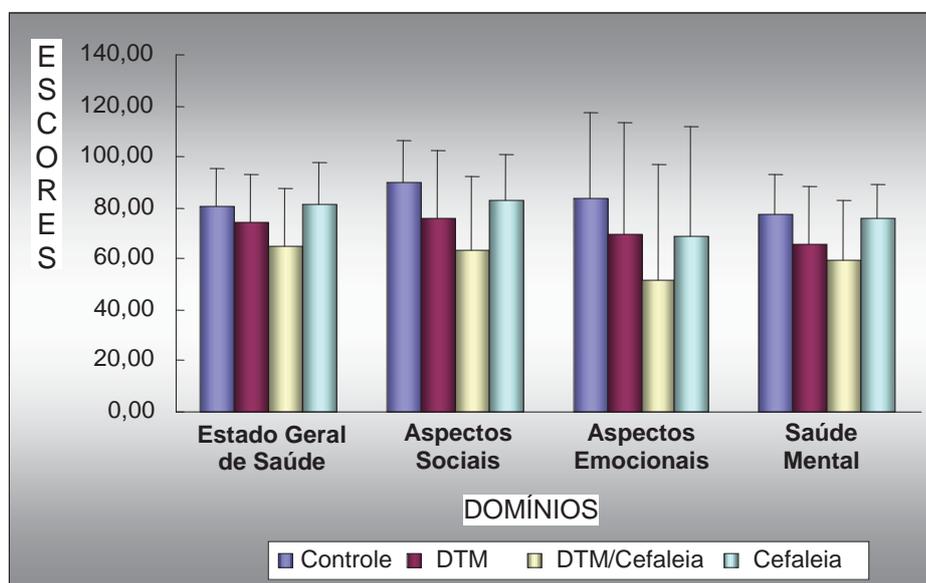


GRÁFICO 3 - Valores da média e desvio-padrão dos domínios do SF-36, segundo o grupo de estudo.

Para análise da influência da cronicidade das cefaleias primárias nos resultados, os grupos DTM/Cefaleia e Cefaleia foram redistribuídos, de acordo com a frequência das cefaleias relatada pelos pacientes, em um grupo com cefaleias episódicas e um grupo com cefaleias crônicas.

Quando comparados os grupos de cefaleia episódica e crônica em relação aos domínios do SF-36, os grupos diferiram em relação aos domínios *Capacidade Funcional*, *Dor*, *Vitalidade* e *Saúde Mental*. O grupo com cefaleia crônica apresentou escores significativamente menores nestes domínios quando comparado ao grupo de cefaleia episódica (Tabela 4).

Tabela 4 - Valores descritivos dos domínios do SF-36, segundo o grupo de cefaleia

Domínio	Grupo	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	p
Capacidade Funcional	Episódica	147	73,20	25,97	10	100	0,001*
	Crônica	86	60,99	28,42	0	100	
Aspectos Físicos	Episódica	147	55,10	41,99	0	100	0,055
	Crônica	86	44,77	40,61	0	100	
Dor	Episódica	147	53,35	25,03	0	100	< 0,001*
	Crônica	86	36,95	24,19	0	100	
Estado G. De Saúde	Episódica	147	68,53	22,84	15	100	0,136
	Crônica	86	64,42	22,80	5	100	
Vitalidade	Episódica	147	56,16	22,48	0	100	0,030*
	Crônica	86	49,01	24,81	0	100	
Aspectos Sociais	Episódica	147	68,45	26,71	0	100	0,126
	Crônica	86	61,48	31,05	0	100	
Aspectos Emocionais	Episódica	147	57,14	45,16	0	100	0,141
	Crônica	86	48,06	45,91	0	100	
Saúde Mental	Episódica	147	64,30	21,45	16	100	0,046*
	Crônica	86	57,26	24,41	4	100	

(*) significância do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Prevalência/Epidemiologia

DTM é uma condição comum na população geral e inclui disfunções musculares e articulares. As mulheres geralmente são mais afetadas do que os homens, em proporções que variam de 2 a 5 para 1, sendo sua maior incidência por volta dos 30-50 anos⁴². Neste estudo, a porcentagem de mulheres (83,6%) foi cerca de cinco vezes maior que a de homens (16,4%). Essa proporção é bastante similar a de outros estudos em que a prevalência de mulheres em amostras de pacientes varia em torno de 80%^{14,21,45}. Muitas teorias tentam explicar a predominância das mulheres entre os pacientes que apresentam dor crônica. De maneira geral, fatores biológicos, psicológicos e sociais parecem interagir, produzindo diferenças que refletem na prevalência de dor crônica entre homens e mulheres. A maior sensibilidade biológica a estímulos, o menor limiar de dor e a maior aceitabilidade social quanto às queixas dolorosas são alguns dos fatores que explicam as maiores taxas de prevalência de dor crônica entre as mulheres⁴². Já que resultados conclusivos ainda não foram apresentados, investigações adicionais são necessárias para que se determinem os fatores responsáveis pelas diferenças observadas entre os gêneros com relação à presença da dor crônica.

De acordo com a literatura, as cefaleias mostram-se duas vezes mais prevalentes em grupos com DTM quando comparados a controles^{21,27,59}. Essa proporção geralmente é encontrada quando existe semelhança entre participantes quanto a idade, gênero, sinais e sintomas de DTM e cronicidade, refletindo a utilização de um protocolo de exame bem definido, critérios classificatórios apropriados e uma amostra homogênea. De maneira similar, a prevalência de sinais e sintomas de DTM mostra-se mais elevada em populações com cefaleias, estando positivamente correlacionada com o grau de severidade e frequência de crises de dor, quando comparadas a controles saudáveis².

Adicionalmente, se os pacientes da amostra fizerem parte de um centro especializado de tratamento, isso poderá gerar uma maior frequência de cefaleia na amostra⁴⁶. Entretanto, estudos adicionais que enfoquem a relação entre DTM e cefaleias, particularmente no que se refere à etiologia, fisiopatologia, e modelos terapêuticos ainda são necessários⁵⁹.

Alguns autores sugerem que mudanças no mecanismo neuromuscular apresentam um importante papel na patogênese dessas queixas dolorosas⁴. Indivíduos que relatam cefaleia crônica apresentam maior número de sítios de dor à palpação do que aqueles sem cefaleia e se encaixam nos critérios do RDC/TMD com o diagnóstico de dor miofascial (com ou sem limitação de abertura). Além disso, esses indivíduos são predispostos a apresentarem artralgia, dor em outras partes do corpo, maior tensão mandibular e estresse.

Pacientes com migrânea e cefaleia do tipo tensional apresentam sinais e sintomas comuns de DTM e uma maior sensibilidade muscular pericraniana do que na população assintomática³⁰.

Avaliação da Qualidade de Vida

Nas últimas décadas a incorporação de opinião dos pacientes na tomada de decisão tem sido um dos pontos centrais para a melhoria da qualidade dos modelos de atenção a saúde. A dificuldade dos parâmetros clínicos tradicionais em expressar o que as pessoas sentem e/ou pensam levou a um interesse crescente da comunidade científica pelo campo da qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL). A fim de captar a perspectiva individual e coletiva do estado de saúde dos pacientes, vários instrumentos têm sido propostos e validados para avaliação da qualidade de vida¹¹. Ao longo dos anos, os avanços alcançados na avaliação da perspectiva do paciente sobre seu estado funcional e bem-estar têm-se tornado notórios: obteve-se uma melhor compreensão dos domínios de saúde envolvidos e da validade das escalas de medida utilizadas. Além disso, a importância da padronização em avaliações de saúde foi demonstrada em ensaios clínicos, sendo aplicadas em políticas públicas de saúde, em estudos populacionais e na prática médica⁷⁰.

O conceito de qualidade de vida tradicionalmente era delegado a filósofos e poetas. No entanto, recentemente, demonstrou-se um crescente interesse de médicos e pesquisadores em transformá-lo numa medida quantitativa que pudesse ser utilizada em ensaios clínicos e modelos econômicos, para que resultados obtidos fossem comparados entre diversas populações e até mesmo entre diferentes patologias¹¹.

Mensurações da HRQoL provêm informações complementares às tradicionais indicações clínicas de severidade das doenças. Assim como as mensurações clínicas são incorporadas às tomadas de decisões sobre o adequado tratamento, o conhecimento da HRQoL e da sua associação é também essencial⁴⁴.

Para examinar o impacto da saúde oral na qualidade de vida relacionada à saúde, é essencial coletar evidências de estudos que avaliam a HRQoL. Discussões sobre validação de instrumentos para a medida da HRQoL são necessárias⁴⁹. Dois tipos de questionários tem sido utilizados para mensurar a HRQoL: instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Instrumentos genéricos para avaliação da HRQoL utilizam escalas para acessar a qualidade de vida respeitando o número de atividades dentro dos aspectos físicos, sociais, psicológicos e comportamentais. Além disso, esses instrumentos são também importantes por permitir a comparação de patologias entre si, sendo capazes de demonstrar se os pacientes conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e

como se sentem quando as estão praticando¹¹. Já os instrumentos específicos refletem, em particular, as limitações ou restrições associadas com uma doença específica, e mostram-se mais sensíveis em determinar os efeitos do tratamento ou do curso longitudinal da doença⁶³.

O índice OHIP é utilizado em diferentes países para mensurar o impacto funcional e psicossocial da qualidade de vida em pacientes com DTM^{3,35,55}. Este questionário apresenta um grande número de itens relacionados à função oral⁵⁵. Além disso, ele foi elaborado para indicar e especificar grupos que diferem entre si quanto às condições clínicas ou severidade da doença. Dessa forma, o índice OHIP apresenta maior sensibilidade a pequenas alterações, que podem ocorrer em condições específicas relacionadas à saúde oral³.

O SF-36 é o instrumento genérico de qualidade de vida mais amplamente avaliado, com mais de 4.000 publicações e 2.060 citações desde 1988, sendo aplicado para mais de 200 doenças e reproduzido em 40 países²³. A ferramenta, construída para satisfazer necessidades mínimas de comparação entre grupos, foi desenvolvida a partir de outros instrumentos disponíveis nas décadas de 70 e 80. Os oito domínios de saúde escolhidos representam aqueles mais frequentemente medidos em saúde e mais afetados pelas doenças e medidas terapêuticas. Estes domínios foram selecionados a partir dos 40 domínios incluídos no Medical Outcome Study (MOS), um estudo longitudinal que acompanhou beneficiários do Medicare

nos Estados Unidos. Foram selecionados inicialmente 149 itens para compor um perfil de funcionalidade e bem-estar, chegando a um modelo final composto por 36 itens⁷².

O questionário SF-36 foi escolhido para esse estudo por ser validado em diversos países, incluindo o Brasil, e pode ser utilizado em pacientes com cefaleia e outras doenças crônicas⁷¹. Instrumentos validados e com confiabilidade estão disponíveis para auxiliar o profissional de saúde na compreensão dos efeitos das cefaleias para a função e bem estar dos pacientes. A inclusão de mensurações derivadas dos relatos do paciente para a qualidade de vida é essencial para definir o efeito da terapia na vida dos pacientes, tanto na vida familiar, como no trabalho. Além disso, se tais condutas melhorarem os resultados obtidos frente ao sofrimento dos pacientes, os custos para a sociedade associados com a perda de produtividade poderão ser reduzidos⁶³.

Interação qualidade de vida, DTM e Cefaleia.

Dores orofaciais são ocorrências comuns tanto na população clínica quanto na população geral. O efeito funcional da dor raramente é descrito, mas acredita-se ser incapacitante. Estudos revelam que fatores psicossociais, como o estresse, desempenham um papel importante no desenvolvimento da dor músculo esquelética⁴³. A dor orofacial é um dos

sintomas mais frequentemente relatados pelos pacientes, apresentando um importante impacto na vida diária dos indivíduos, tendo como consequência mais comum a psicológica⁶⁰. Pacientes com cefaleia primária apresentam piora da qualidade de vida e quando fatores como dramatização, ansiedade/depressão existem, passam a contribuir com o prejuízo funcional, acarretando a piora da qualidade de vida^{31,53}. De acordo com nossos achados, tanto a DTM quanto a cefaleia primária, quando avaliadas separadamente segundo aspectos da HRQoL, acarretam piora na qualidade de vida. Estudos demonstraram que a dor orofacial apresenta grande impacto no trabalho, com relatos de perda de dias úteis e incapacidade de desenvolver atividades, interferência nas atividades diárias além de ter efeitos na satisfação com atividades sociais e recreacionais, limitação da função social, do bem estar emocional e do nível de energia e também um aumento da propensão a somatização^{3,51,65}.

Os elevados níveis de incapacidade encontrados nos pacientes com dor orofacial crônica provavelmente devem-se aos achados frequentes de comorbidades e pela complexidade das queixas dolorosas por eles apresentadas. Segundo evidências, a incapacitação relacionada às cefaleias tem se mostrado significativamente maior nos pacientes com mialgia cervical e mastigatória, o que não surpreende se considerarmos a convergência dos impulsos dessas regiões ao núcleo caudado do trigêmeo, intimamente ligado à fisiopatologia das cefaleias¹⁵. O grau de incapacidade relacionada parece

variar também de acordo com os tipos de cefaleia primária. Por exemplo, pacientes com cefaleia crônica diária apresentam prejuízo generalizado na função, com redução em todas as escalas de saúde⁴⁷.

Assim, quando analisamos a associação DTM e cefaleia primária, verificou-se que essas duas condições demonstraram forte impacto na HRQoL dos indivíduos, com diferenças estatisticamente significantes para os domínios *Capacidade Funcional, Atividade Física e Vitalidade*. Já quando comparou-se o mesmo grupo com o grupo controle e com pacientes com cefaleia, houve diferença estatisticamente significativa nos domínios: *Saúde Mental, Aspecto Emocional, Aspecto Social e Estado Geral de Saúde*. Dessa forma, sugere-se que a coexistência de DTM e cefaleia primária parece agravar a incapacitação desses pacientes^{15,45}. Estudos revelam que a coexistência das cefaleias, em pacientes que apresentam dor facial persistente, faz com que haja um aumento da frequência de cefaleia²⁸. Além disso, os pacientes com cefaleia apresentavam grande incapacidade devido à tendência de cronificação da dor pela DTM².

Os resultados obtidos por meio do SF-36 apontaram diferenças estatisticamente significantes em todos os domínios avaliados, para todos os grupos estudados. O grupo controle diferiu significativamente dos outros três grupos no aspecto dor, o que demonstra que os pacientes respondem negativamente ao conviverem com estas condições, sejam combinadas ou isoladamente. Os resultados sugerem que essas condições afetam

significativamente a vida diária desses pacientes, causando um prejuízo marcante que resulta em pior perfil para dor.

Os pacientes que apresentam DTM e dor orofacial vivenciam limitações em suas atividades diárias que acarretam prejuízo à qualidade de vida³. Além disso, conforme observamos, pacientes com cefaleia crônica apresentaram escores significativamente menores em relação aos domínios *Capacidade Funcional, Dor, Vitalidade e Saúde Mental* do SF-36. Os sintomas mais comuns dos pacientes que sofrem de dores crônicas são cefaleias, depressão, fadiga crônica, distúrbios do sono, decréscimo da produtividade, sentimentos de inadequação, baixa auto-estima, recolhimento e disfunção de humor¹. Além disso, pacientes que apresentam dor há mais tempo, por pelo menos mais de um ano, apresentam problemas físicos mais pronunciados. Já no aspecto limitação devido a problemas emocionais ou aspectos mentais, os pacientes parecem ser severamente afetados⁶⁷. Pudemos concluir que as cefaleias crônicas afetam mais significativamente as funções do paciente que as cefaleias episódicas. A experiência de dor crônica e a sintomatologia depressiva são prognósticos de incapacidade e pior qualidade de vida, e o aumento da frequência, da intensidade e da duração da dor estão correlacionados com o aumento da incapacidade³⁷.

Os mecanismos responsáveis pela cronificação da dor são clinicamente muito importantes na prevenção e definição de estratégias de tratamento, porém, infelizmente, pouco entendidos. Acredita-se que a

sensibilização central assume papel importante na cronificação das cefaleias^{7,8}. Trabalhos têm sugerido que impulsos nociceptivos periféricos prolongados podem resultar em sensibilização central e/ou alterar a modulação supraespinal dos impulsos aferentes, levando à evolução da dor episódica para crônica⁴. Alguns autores acreditam que existam diferentes mecanismos para a cefaleia e para DTM e que mudanças que ocorrem no mecanismo neuromuscular podem ter um importante papel na patogênese da cefaleia e contribuir para a conversão de uma cefaleia episódica para crônica¹⁰.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Com base na metodologia empregada e considerando as limitações do presente trabalho, pode-se concluir que:

- 1.** A associação DTM e cefaleia primária representa um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos;
- 2.** As cefaléias crônicas afetam mais significativamente a qualidade de vida dos indivíduos em relação às cefaléias episódicas.

REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS*

1. Auvenshine R.C. Temporomandibular Disorders: Associated Features. Dent Clin North Am. 2007; 51: 105-27
2. Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, Jensen R. Are headaches and temporomandibular disorders related? A blinded study. Cephalalgia. 2008; 28: 832-41.
3. Barros VM, Seraidarian PI, Cortes MIS, Paula LV. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with temporomandibular Disorder. J Orofac. Pain. 2009; 23: 28-37.
4. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache – possible pathophysiological mechanisms. Cephalalgia. 2000; 20: 486-508.
5. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T et al. Validating the sf-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ Qual Saf Health Care. 1992; 305(6): 160-64.
6. Brna P, Gordon K, Dooley J. Health-related quality of life among Canadians with migraine. J Headache Pain. 2006; 8: 43-8.
7. Buchgreitz L, Lyngberg AC, Bendtsen L, Jensen R. Frequency of headache is related to sensitization: a population study. Pain. 2006; 123: 19-27.

De acordo com o estilo Vancouver.

Disponível no site: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

8. Buchgreitz L, Lyngberg AC, Bendtsen L, Jensen R. Increased pain sensitivity is not a risk factor but a consequence of frequent headache: a population-based follow-up study. *Pain*. 2008; 137: 623-30.
9. Bussone G, Usai S, Grazzi L, Rigamonti A, Solari A, D'Amico D. Disability and quality of life in different primary headache: results from Italian studies. *Neurol Sci*. 2004; 25: 105-07
10. Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent*. 2001; 29: 93-8.
11. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras de Reumatol*. 1999; 39: 143-50.
12. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dento facial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30: 81-90.
13. D'Amico D, Usai S, Grazzi L, Rigamonti A, Solari A, Leone M et al. Quality of life and disability in primary chronic daily headache. *Neurol Sci*. 2003; 24: 97-100
14. Dahlstrom L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2010; 68: 80-85.
15. Dando WE, Branch MA, Maye JP. Headache disability in orofacial pain patients. *Headache*. 2006; 46: 322-6.

16. De Kanter RJAM, Truin GJ, Burgersdijk RCW, Battistuzzi PGFCM, Kalsbeek H, Käyser AF. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorders. *J Dent Res.* 1993; 72: 1509-18.
17. Dworkin SF, Huggins KH, Leresche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc.* 1990; 120: 273-81.
18. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomand Disord.* 1992; 6: 301-55.
19. Fernandes LC. Estudo epidemiológico populacional de prevalência de cefaléia na cidade de Ribeirão Preto [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2004.
20. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life Measures in Health Care. I: Applications and Issues in Assessment. *BMJ Qual Saf Health Care.* 1992; 305: 1074-77.
21. Franco AL, Gonçalves DAG, Castanharo SM, Specialli JG, Bigal ME, Camparis CM. Migrane is the most prevalent Primary Headache in individuals with temporomandibular disorders. *Journal Orofac Pain.* 2010; 24: 1-6.
22. Freitag FG. The cycle of migraine: patient's quality of life during and between migraine attacks. *Clin Med Ther.* 2007; 29: 939-48.
23. Garrat AM, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ (Int Ed).* 2002; 324: 1417-21.

24. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russel IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ Qual Saf Health Care*. 1993; 29: 1440-4.
25. Gesch D, Bernhardt O, Alte D, Schwahn C, Kocher T, John U et al. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in an urban and rural German population: Results of a population-based study of health in Pomerania. *Quintessence Int*. 2004; 35: 143-150.
26. Glaros AG, Urban D, Loke J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioural overlap. *Cephalgia* 2007; 27: 542-9.
27. Gonçalves DAG, Speciali JG, Jales LCF, Camparis CM, Bigal ME. Temporomandibular symptoms, migraine, and chronic daily headaches in the population. *Neurology*. 2009; 73: 645-46.
28. Graff-Radford SB. Temporomandibular Disorders and Headache. *Dent Clin North Am*. 2007; 51: 129-144.
29. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46: 1471-32.
30. Haley D, Schiffman MS, Baker C, Belgrade M. The comparison of patients suffering from temporomandibular disorders and a general headache population. *Headache*. 1993; 33: 210-13.
31. Holroyd KA, Drew J, Cottrell CK, Romanek KM, Heh V. Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms. *Cephalgia*. 2007; 2: 1156-65.

32. Hung CI, Liu CY, Fuh JL, Juan YY, Wang SJ. Comorbid migraine is associated with a negative impact on quality of life patients with major depression. *Cephalalgia*. 2005; 26: 26-32.
33. International Association for the Study of Pain (IASP). Classification of chronic pain: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2th ed. Seattle: IASP Press; 1994.
34. Jenkinson C, Wrigth L, Coulter A. The SF 36 health survey questionnaire. *BMJ Qual Saf Health Care*. 1993; 14: 449.
35. John MT, Resbmann DR, Schirez O, Wassel RW. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2007; 21: 46-54.
36. Kemper JT, Okeson JP. Craniomandibular disorders and headaches. *J Prosthet Dent*. 1983; 49: 702-05.
37. Kolotylo CJ, Broome ME. Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migrane headache. *Pain Manag Nurs*. 2000; 1: 139-51.
38. Kosminsky M, Lucena LBS, Siqueira JTT, Pereira Jr. FJ, Góes PSA. Adaptação cultural do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Axis II* para o Português. *J Bras Clin Odontol Int*. 2004; 8: 51-61.
39. Leonardi M, Raggi A, Bussone G, D'Amico D. Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache*. 2010; 50: 1576-86.

40. Lipton RB, Liberman JN, Kolodner KB, Bigal ME, Dowson A, Stewart WF. Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based study from England. *Cephalalgia*. 2003; 23: 441-50.
41. Lucena LBS, Kosminsky, Costa LJ, Góes PSA. Validation on the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. *Braz Oral Res*. 2006; 20: 312-7.
42. Lupoli TA, Lockey RF. Temporomandibular dysfunction: an often overlooked cause of chronic headaches. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2007; 99: 314-8.
43. Lundberg U, Melin B. Stress in the development of musculoskeletal pain. In: Linton SJ Ed. *New avenues for the prevention of chronic musculoskeletal pain and disability pain research and clinical management*. Amsterdam: Elsevier; 2002; 165-79.
44. Meletiche DM, Lofland JH, Young MD. Quality-of-life differences between patients with episodic and transformed migraine. *Headache*. 2001; 41: 573-78.
45. Mitirattanakul S, Merrill RL. Headache impact in patients with orofacial pain. *J Americ D Association*. 2006; 137: 1267-74.
46. Molina OF, Santos JJ, Nelson SJ, Grossman E. Prevalence of modalities of headaches and bruxism among patients with craniomandibular disorder. *Cranio*. 1997; 15: 314-25.
47. Monzón MJ, Láinez MJA. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia*. 1998; 18: 639-43.

48. Moreno BGD, Maluf SA, Marques AP, Crivello-Júnior O. Clinical and quality-of-life assessment among women with temporomandibular disorder. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13: 210-4.
49. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status e health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci.* 2006; 48: 1-7.
50. Okeson JP. The American Academy of orofacial pain. *Orofacial Pain: guideline for assessment, diagnosis, and management.* Chicago: Quintessence; 1996.
51. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES et al. Pain impact on life of patients with temporomandibular disorder. *Appl Oral Sci.* 2003; 11(2): 138-43.
52. Oliveira BS, Siqueira SRDT, Sanvoski AR, Amaral MTB, Siqueira JTT. Temporomandibular disorder in Brazilian patients: A preliminary study. *J Clin Psychol Settings.* 2008; 15: 338-43.
53. Peñacoba-Puente C, Fernández-de-las-Peñas C, González-Gutierrez JL, Miangolarra-Page JC, Pareja JA. Interaction between anxiety, depression, quality of life and clinical parametres in chronic tension-type headache. *Eur J Pain.* 2008; 12: 886-94.
54. Pereira FJ, Favilla EE, Dworkin SF, Huggins KH. Critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares RDC/TMD [citado 2008 nov 20]. Disponível em: <http://www.rdc-tmdinternational.org/translations/RDC-Portuguese.pdf>

55. Reibmann DR, John MT, Schierz O, Wassell RW. Functional and psychosocial impact relates to specific temporomandibular disorder diagnoses. *J Dent.* 2007; 35: 643-50.
56. Salonen L, Hellden L, Carlsson G. Prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system: an epidemiologic study in an adult Swedish population. *J. Craniomandib. Dis Fac Oral Pain.* 1990; 4: 241-50.
57. Schierz O, John MT, Reibmann DR, Mehrstedt M, Szentpétery A. Comparison of perceived oral health in patients with temporomandibular disorders and dental anxiety using oral health-related quality of life profiles. *Qual Life Res.* 2008; 17: 857-66.
58. Schiffman E, Haley D, Baker C, Lindgren B. Diagnostic criteria for screening headache patients for temporomandibular disorders. *Headache.* 1995; 35: 121-24.
59. Schokker RP, Hansson TL, Ansink BJJ. Craniomandibular disorders in patients with different types of headache. *J Craniomandib Disord.* 1990; 4: 47-51.
60. Segù M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol.* 2003; 52: 279-87.
61. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache, including transformed migraine, chronic tension-type headache, and medication overuse. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. *Wolff's headache and other head pain.* New York: Oxford University Press, 2001; p. 247-82.

62. Silva HM. Cefaléia e qualidade de vida: utilização do SF-36 em uma mostra de funcionários de um hospital brasileiro. [dissertação de mestrado] Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2001.
63. Solomon GD. Evolution of the measurement of quality of life in migraine. *Neurology*. 1997; 48 (Suppl 3): S10-S15.
64. Subcomitê de Classificação Internacional das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. Classificação Internacional das Cefaléias – 2ª ed. São Paulo: Alaúde Editorial; 2006. 286 p.
65. Suvinen TI, Reade PC, Hanes KR, Kononen M, Kempainen P. Temporomandibular disorder subtypes according to self-reported physical and psychosocial variables in female patients: a re-evaluation. *J Oral Rehabilitation*. 2005; 32: 166-73.
66. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41: 1403-9.
67. Tjakkes GE, Reinders JJ, Tenverger EM, Stegenga B. TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8: 2-8.
68. Uthakhpur S, Sterling M, Jull G. Psychological, cognitive and quality of life in the elderly with chronic headache. *Gerontology*. 2009; 55: 683-93.
69. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain*. 2001; 89: 285-92.

70. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36):
I. conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30: 473-83.
71. Ware JE, Kosinski M, Keller ED. The SF-36 Physical and Mental Health
Summary Scales: a user's manual. Boston, MA. The Health Institute, 1994.
72. Ware JE. Sf-36 Health Survey Update. *Spine.* 2000; 25: 3130-39.

ANEXOS

9 ANEXOS

Anexo 1 - Ficha Clínica de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da FOAr/UNESP.

QUESTIONÁRIO

Queixa(s) atual(is)

Histórico da dor

Localização (área específica da dor, localizada ou espalhada)

Início (data aproximada e possíveis fatores causadores relacionados)

Comportamento da dor (contínua, intermitente; recorrente, persistente)

Tipo de dor (viva, monótona, pulsátil, queimação, peso, ferroadas)

Duração e frequência dos episódios; período de piora (manhã, tarde, noite)

Grau de intensidade (zero a 10) _____

Fatores agravantes

Fatores amenizantes

Histórico de disfunção (restrição de movimentos, ruídos articulares)

Histórico de tratamentos anteriores (tipo e eficácia)

Histórico de sintomas associados

Dores de cabeça _____

Dores cervicais _____

Dores no corpo _____

Outros sintomas _____

F. Histórico de hábitos parafuncionais e posturais (bruxismo do sono,
apertamento diurno, outros hábitos, postura de trabalho e de dormir)

G. Histórico de traumas na região de cabeça e pescoço (tipo e data em que ocorreu)

Presença de pontos de gatilho (indicar a região anatômica e o local de dor referida)

EXAME INTRA-ORAL

TECIDOS MOLES

	Normal/Alterado	Alteração
Língua		
Soalho da Boca		
Palato		
Mucosa Jugal		
Lábios		

DENTES

Legenda

Ausentes	X		
Cárie extensa	O	18	17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
Próteses	[]	48	47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

ANÁLISE OCLUSAL

Protrusão - localização do(s) contato(s): _____

Lateralidade	LD	() pelo canino	LE	() pelo canino
		() função em grupo		() função em grupo
		() função parcial de grupo		() função parcial de grupo
		() atípica		() atípica

Interferências oclusais:

Lado de balanceio			
LD	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local _____
LE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local _____
Lado de trabalho			
LD	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local _____
LE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Local _____
Facetas de desgaste: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Localização: _____			
Sinais e sintomas de trauma oclusal:			
Mobilidade	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	DENTES: _____
Sensibilidade	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	DENTES: _____
Dimensão vertical <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada			

DIAGNÓSTICO:

PLANO DE TRATAMENTO:

ANEXO 2 - Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD).

RDC/TMD – Questionário

Nome: _____ Data: _____

Favor ler cada pergunta e responder de acordo. Para cada pergunta abaixo, circule somente uma resposta.

1. O que você acha da sua saúde em geral?

- | | |
|---------|---|
| Ótima | 1 |
| Boa | 2 |
| Regular | 3 |
| Ruim | 4 |
| Péssima | 5 |

2. Você diria que a saúde da sua boca é:

- | | |
|---------|---|
| Ótima | 1 |
| Boa | 2 |
| Regular | 3 |
| Ruim | 4 |
| Péssima | 5 |

3. Você já sentiu dor na face em locais como a mandíbula (queixo), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido nas últimas 4 semanas?

- | | |
|-----|---|
| Não | 0 |
| Sim | 1 |

[Se sua resposta foi NÃO, passe para a pergunta 14.a]

[Se a sua resposta foi SIM, passe para a próxima pergunta]

4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?

[Se começou há um ano atrás ou mais, responda a pergunta 4.a]

[Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]

4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? ___ anos

[Passe para a pergunta 5]

4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? ___ meses

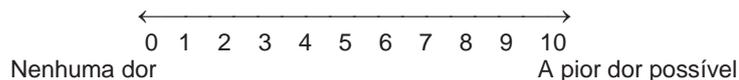
5. A dor na face ocorre:

- | | |
|-------------------------|---|
| O tempo todo | 1 |
| Aparece e desaparece | 2 |
| Ocorreu somente uma vez | 3 |

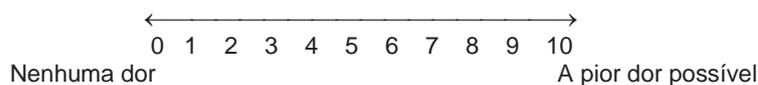
6. Você já procurou algum profissional de saúde para tratar sua dor na face?

- Não 1
- Sim, nos últimos seis meses 2
- Sim, há mais de seis meses atrás 3

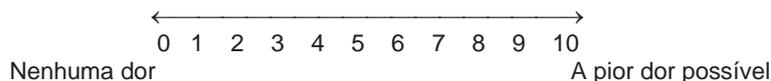
7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, neste exato momento, que nota você daria, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é a “pior dor possível” ?



8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ?

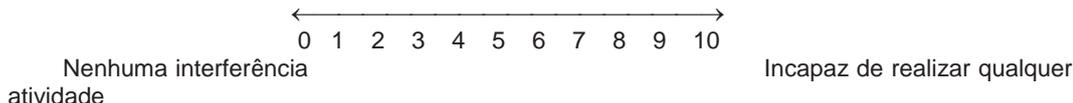


9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ? [Isto é, sua dor usual nas horas que você estava sentindo dor].

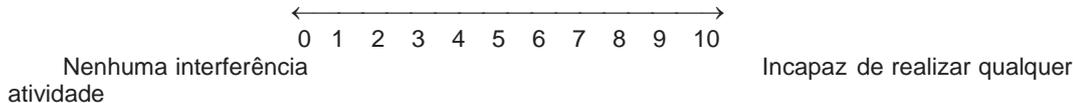


10. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico devido à sua dor na face? ___ dias

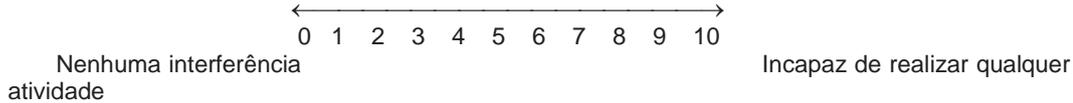
11. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade” ?



12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema” ?



13. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos), onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema” ?



14.a. Alguma vez a sua mandíbula (boca) já ficou travada de uma forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?

- Não 0
- Sim 1

[Se você nunca teve travamento da mandíbula, passe para a pergunta 15.a]

[Se você já teve travamento da mandíbula passe para a próxima pergunta]

14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com sua capacidade de mastigar?

Não	0
Sim	1

15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?

Não	0
Sim	1

15.b. Quando mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve o barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?

Não	0
Sim	1

15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?

Não	0
Sim	1

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?

Não	0
Sim	1

15.e. Você sente sua mandíbula (queixo) "cansada" ou dolorida quando acorda pela manhã?

Não	0
Sim	1

15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?

Não	0
Sim	1

15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente?

Não	0
Sim	1

16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?

Não	0
Sim	1

16.b. Você sabe se alguém da sua família, isto é seus avós, pais irmãos, etc..., já teve artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?

Não	0
Sim	1

16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido?

Não	0
Sim	1

[Se sua resposta foi Não, passe para a pergunta 17.a.]

[Se a sua resposta foi Sim, passe para a próxima pergunta]

16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses?

Não	0
Sim	1

17.a. Você teve alguma pancada ou trauma na ou na mandíbula (queixo)?

Não	0
Sim	1

[Se a sua resposta foi Não , passe para a pergunta 18]

[Se sua resposta foi Sim, passe para a próxima pergunta]

17.b. a sua dor na face (em locais como a mandíbula (queixo), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma?

Não	0
Sim	1

18. Durante os últimos 6 meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaqueca ?

Não	0
Sim	1

19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo) impedem, limitam ou prejudicam?

a. Mastigar

Não	0
Sim	1

b. Beber (tomar líquidos)

Não	0
Sim	1

c. Fazer exercícios físicos ou ginástica

Não	0
Sim	1

d. Comer alimentos duros

Não	0
Sim	1

e. Comer alimentos moles

Não	0
Sim	1

f. Sorrir ou gargalhar

Não	0
Sim	1

g. Atividade sexual

Não	0
Sim	1

h. Limpar os dentes ou a face

Não	0
Sim	1

i. Bocejar (abrir muito a boca quando está com sono)

Não	0
Sim	1

j. Engolir

Não	0
Sim	1

k. Conversar

Não	0
Sim	1

I. Ficar com o rosto normal: sem aparência de dor ou triste

Não	0
Sim	1

20. Nas últimas 4 semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:

- | | | | | | |
|----|--|----------|---------------|-------|--------------|
| a. | Por sentir dores de cabeça | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. | Pela perda de interesse ou prazer sexual | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. | Por ter fraqueza ou tontura | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. | Por sentir "aperto no peito" ou no coração | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. | Pela sensação de falta de energia ou lerdeza | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. | Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. | Por ter falta de apetite | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. | Por chorar facilmente | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. | Por culpar-se pelas coisas que acontecem ao redor | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. | Por sentir dores na parte inferior das costas | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. | Por sentir-se só | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| l. | Por sentir-se triste | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| m. | Por preocupar-se muito com as coisas | | | | |
| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

n.	Por não sentir interesse pelas coisas				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
o.	Por ter enjoô ou problemas no estômago				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
p.	Por ter músculos doloridos				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
q.	Por ter dificuldade em adormecer				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
r.	Por ter dificuldade em respirar				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
s.	Por sentir de vez em quando calor ou frio				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
t.	Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
u.	Por sentir um nó na garganta				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
v.	Por sentir-se desanimado sobre o futuro				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
w.	Por sentir-se fraco em partes do corpo				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
x.	Pela sensação de peso nos braços ou pernas				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
y.	Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
z.	Por comer demais				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
aa.	Por acordar de madrugada				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
bb.	Por ter sono agitado ou perturbado				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4

cc.	Pela sensação de que tudo é um esforço ou sacrifício				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
dd.	Por sentir-se inútil				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
ee.	Pela sensação de ser enganado ou iludido				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4
ff.	Por ter sentimentos de culpa				
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
	0	1	2	3	4

21. O quanto você acha que têm sido os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral ?

Ótima	1
Boa	2
Regular	3
Ruim	4
Péssima	5

22. O quanto você acha que têm sido os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?

Ótima	1
Boa	2
Regular	3
Ruim	4
Péssima	5

23. Qual a data do seu nascimento?

Dia _____ **Mês** _____ **Ano** _____

24. Qual o seu sexo?

Masculino ----- 1
Feminino ----- 2

25. Qual a sua cor ou raça ?

Aleútas, Esquimó ou Índio Americano	1
Asiático ou Insulano Pacífico	2
Preta	3
Branca	4
Outra	5

[Se a sua resposta foi Outra, passe para as próximas alternativas sobre sua cor ou raça:]

Parda	6
Amarela	7
Indígena	8

26. Alguns destes grupos representa a sua origem nacional ou ancestralidade ?

Porto Riquenho	1
Cubano	2
Mexicano	3
Mexicano Americano	4
Chicano	5
Outro Latino Americano	6
Outro Espanhol	7
Nenhum acima	8

[Se a sua resposta foi Nenhuma acima, passe para as outras alternativas sobre sua origem ou dos seus familiares: Índio 9

<i>Português</i>	10	
Francês	11	
Holandês	12	
Espanhol	13	
Africano	14	
Italiano	15	
Japonês	16	
Alemão	17	
Árabe	18	
Outra _____		19 Favor especificar
Não sabe	20	

27. Até que ano da escola / faculdade você freqüentou? **Marque com um X apenas uma resposta:**

Nunca freqüentei a escola	00				
Ensino básico (primário)	1ªsérie (1)	2ªsérie (2)	3ªsérie (3)	4ªsérie (4)	
Escola fundamental (ginásio)	5ªsérie (5)	6ªsérie (6)	7ªsérie (7)	8ªsérie (8)	
Ensino médio (científico)	1ºano (9)	2ºano (10)	3ºano (11)		
Faculdade	1ºano (12)	2ºano (13)	3ºano (14)	4ºano (15)	5ºano (16)
6ºano (17)					

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou em emprego ou negócio, pago ou não (não incluindo trabalho em casa?)

Não	1
Sim	2

[Se a sua resposta foi Sim, passe para a pergunta 29]

[Se a sua resposta foi Não, passe para a próxima pergunta]

28b. Embora você não tenha trabalhado nas 2 últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio ?

Não	1
Sim	2

[Se a sua resposta foi Sim, passe para a pergunta 29]

[Se a sua resposta foi Não, passe para próxima pergunta]

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante aquelas 2 semanas?

- | | |
|---|---|
| Sim, procurando emprego | 1 |
| Sim, afastado temporariamente do trabalho | 2 |
| Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho | 3 |
| Não | 4 |

29. Qual o seu estado civil?

- | | |
|---|---|
| Casado (a) – esposa (o) morando na mesma casa | 1 |
| Casado (a) – esposa (o) não morando na mesma casa | 2 |
| Viúvo (a) | 3 |
| Divorciado (a) | 4 |
| Separado (a) | 5 |
| Nunca casei- Solteiro | 6 |
| Morando junto | 7 |

RDC/TMD - Formulário de Exame

Nome: _____

Data: _____

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 Tipo _____ | 5 |
| (especifique) | |

4. Extensão de movimento vertical (incisivos maxilares utilizados: 11/21)

- Abertura passiva sem dor ___ mm
- Abertura máxima passiva ___ mm
- Abertura máxima ativa ___ mm
- 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 no fechamento	___ mm	___ mm

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva?

	Direito	Esquerdo
Sim	0	0
Não	1	1
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

8. Dor muscular extra-oral com palpação			
0 = Sem dor / somente pressão; 1 = dor leve; 2 = dor moderada; 3 = dor severa			
		DIREITO	ESQUERDO
a. Temporal (posterior)		0 1 2 3	0 1 2 3
b. Temporal (médio)		0 1 2 3	0 1 2 3
c. Temporal (anterior)		0 1 2 3	0 1 2 3
d. Masseter (superior - abaixo do zigoma)		0 1 2 3	0 1 2 3
e. Masseter (médio - lado da face)		0 1 2 3	0 1 2 3
f. Masseter (inferior - linha da mandíbula)		0 1 2 3	0 1 2 3
g. Região mandibular posterior (região post digástrico)		0 1 2 3	0 1 2 3
h. Região submandibular (região anterior digástrico)		0 1 2 3	0 1 2 3
9. Dor articular com palpação			
		DIREITO	ESQUERDO
a. Polo lateral (por fora)		0 1 2 3	0 1 2 3
b. Ligamento posterior (dentro do ouvido)		0 1 2 3	0 1 2 3
10. Dor muscular intra-oral com palpação			
		DIREITO	ESQUERDO
a. Área do pterigoide lateral (atrás dos molares sup)		0 1 2 3	0 1 2 3
b. Tendão do temporal		0 1 2 3	0 1 2 3

RDC – RESUMO DOS RESULTADOS

NOME: _____ Idade _____ Sexo _____

CARACTERÍSTICAS DO AUTO-RELATO:

Estalido	(Q15a)	sim ()	não ()
Apertar/ranger noturno	(Q15c)	sim ()	não ()
Apertar/ranger diurno	(Q15d)	sim ()	não ()
Mordida desconfortável/incomum	(Q15g)	sim ()	não ()
Dor/rigidez matinal	(Q15e)	sim ()	não ()
Ruídos nos ouvidos	(Q15f)	sim ()	não ()

EIXO I – DIAGNÓSTICO:

Grupo I – Disfunções Musculares (marque somente uma resposta)

- A. Dor miofascial (I.a)
- B. Dor miofascial com limitação de abertura (I.b)
- C. Nenhum diagnóstico do Grupo

Grupo II – Deslocamento do disco (marque somente uma resposta para cada articulação)

ATM direita	ATM esquerda
A. Deslocamento com redução (II.a)	A. Deslocamento com redução (II.a)
B. Deslocamento sem redução, com limitação de abertura (II.b)	B. Deslocamento sem redução, com limitação de abertura (II.b)
C. Deslocamento sem redução, sem limitação de abertura (II.c)	C. Deslocamento sem redução, sem limitação de abertura (II.c)
D. Nenhum diagnóstico do Grupo II	D. Nenhum diagnóstico do Grupo II

Grupo III –Outras condições das articulações (marque somente uma resposta p/ cada lado)

ATM direita	ATM esquerda
A. Artralgia (III.a)	A. Artralgia (III.a)
B. Osteoartrite (III.b)	B. Osteoartrite (III.b)
C. Osteoartrose (III.c)	C. Osteoartrose (III.c)
D. Nenhum diagnóstico do Grupo III	D. Nenhum diagnóstico do Grupo III

EIXO II – PERFIL:

1. Graduação da dor crônica (0-4): _____
2. Grau de depressão: Normal____ Moderado____ Grave____
3. Sintomas físicos não específicos: Normal____ Moderado____ Grave____
4. Limitações relativas à função mandibular: _____

ANEXO 3 - Questionário para diagnóstico inicial das cefaleias primárias.

NOME: _____ DATA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

QUESTIONÁRIO DE CEFALÉIA

Sexo	Idade	Anos de estudo	Renda	Estado Civil	Trabalho	Esporte
M ()				Solteiro ()	Sim ()	Sim ()
F ()				Casado/Amigado ()	Não ()	Não ()
				Viúvo ()	Qual? ()	
				Separado ()		

1. **Ha quanto tempo** você tem dor de cabeça?

Menos de 3 meses (1) Menos de 2 anos (2) De 2 a 5 anos (3) De 6 a 10 anos (4) Mais de 10 anos (5)

2. Você **relaciona o início** da sua dor com algum período/fato/acontecimento citado abaixo?

Infância (1) Adolescência (2) Idade adulta (3) Gravidez (4) Menopausa (5) Outros (6)

2. **Quantos dias** você teve dor no último ano?

Todo dia (30d) (1)	Mais que 15 dias/mês (entre 15 e 29 dias) (2)	Menos que 15 dias/mês (entre 10 e 14) (3)	1 crise ou mais/sem (entre 4 e 9 dias) (4)
1 crise ou mais/mês (entre 1 e 3 dias) (5)	4 crises por ano (6)	Menos que 5 crises por ano (7)	

4. Você tem **mais de 1 tipo** de dor de cabeça? (1) Sim (0) Não

5. **Quanto tempo dura**, em média, a sua dor de cabeça mais freqüente?

Observação: Se o indivíduo usa medicação e diz que a dor dura menos que 4 horas, considerar essa duração como 4 a 12 h.

Mais que 3 dias (1)	De 1 a 3 dias (2)	1 dia (3)	De 4 a 12 horas (4)	Menos que 4 horas (5)
Menos que 2 horas (6)	Menos que 30 min. (7)	Menos que 4 min. (8)	Dia e noite sem parar (9)	

5a. Essa duração é: (1) tomando remédio (0) sem usar remédio

6. Você tem dor de cabeça:

Mais quando está acordado do que dormindo (1)	Mais quando está dormindo do que acordado (2)	Só quando está acordado (3)	Só quando está dormindo (4)
Acorda à noite com dor de cabeça (5)			

7. **Em que lugar** a cabeça começa a doer ?

Só um lado da cabeça ()
 a. sempre do mesmo lado ()
 b. que muda de lado – na crise ()
 c. – em crises diferentes ()

Dos dois lados da cabeça ()
 d. na parte da frente da cabeça ()
 e. na parte de trás, na região da nuca ()
 f. A cabeça toda ()

8. Como é o **tipo de dor** ?

Latejante,
parece um coração
batendo
(1)

Pressão, apertada
dos lados da cabeça
(2)

Em forma de
pontadas, agulhadas
(3)

Ardente,
queimante
(4)

Parece que tem um
peso em cima da cabeça
(5)

9. Como é a **intensidade da sua dor**, quanto que dói?

(1) Não atrapalha as atividades
mas não impede as atividades

(2) Atrapalha um pouco

(3) Não consegue fazer nada, vai para a cama deitar
(4) Tem vontade de bater a cabeça na parede, de tanta dor

10. Quando você está com dor, **o esforço físico** (subir escada, pegar peso, andar depressa, fazer tarefa doméstica):

(1) Agrava a dor (0) Não agrava a dor

11. Quando você **tem dor** de cabeça, você **prefere**:

(1) Ficar quieta em um lugar sem barulho

(2) Movimentar-se (andar)

(3) Mudar a atividade que está fazendo (ir tomar banho, conversar, por exemplo)

12. Quando você **tem dor**, você **sente**:

- a. Vontade de vomitar () b. Chega a vomitar () c. O nariz entope () d. O nariz escorre () e. A luz incomoda ()
 f. O olho fica vermelho () g. O olho lacrimeja () h. A pálpebra cai () i. O barulho incomoda () j. O olho fica inchado ()

13. O que costuma **provocar** a sua dor de cabeça?

- a. Nervosismo, preocupação () b. Odores () c. Alimentos () d. Bebidas () e. Menstruação ()

14. Você **percebe** que vai ter dor **antes dela vir**? (1) Sim (0) Não

15. Os seguintes sintomas antecedem ou surgem junto com a dor, e **duram de 5 a 60 minutos**?

Sintomas	
a. Alterações na visão: pontos brilhantes, círculos, manchas	
b. Visão dupla	
c. Perda da visão	
d. Formigamento – Local:	
e. Amortecimento – Local:	
f. Dificuldade para falar	
g. Tontura rotatória	
h. Zumbido	
i. Diminuição da audição	
j. Incoordenação motora	
k. Alteração da consciência	

16. Você sabe o **nome** da sua dor de cabeça?(1) Sim Qual _____
(0) Não

17. **Quem** disse a você ?

- Amigos, vizinhos, Farmacêutico Médico não Médico
 parentes (1) (2) neurologista neurologista
 (3) (4)

Outros profissionais de saúde?
 Qual _____ (5)

18. Você faz **tratamento** para a sua dor de cabeça?

(1) O tempo todo Que remédio toma _____

(2) Só nas crises Que remédio toma _____

19. Quantos comprimidos ou vidros de gotas você **toma** por semana?

20. Você foi **orientado a tomar** esses remédios por :

Amigos, vizinhos,
parentes

(1)

Farmacêutico

(2)

Médico não
neurologista

(3)

Médico neurologista

(4)

Outros profissionais de saúde? Qual?

_____ (5)

Por conta própria (6)

21. **Onde** você costuma fazer consultas regulares por causa da dor de cabeça?

No posto de saúde

(1)

Com o médico do
convênio

(2)

Com o médico
particular

(3)

No Hospital das
Clínicas

(4)

22. Alguém da sua **família** tem dor de cabeça?

a. () mãe

b. () pai

c. () filhos d. () irmãos

23. A dor é **parecida** com a sua? (1) sim (0) não

24. Você já **faltou ao trabalho/escola** por causa da dor de cabeça?

(1) Sim Quantos dias _____

(0) Não

25. Você acha que sua **dor influencia** sua vida social e/ou familiar?

(1) sim (0) não

26. Na sua opinião, em que aspectos a dor de cabeça mais te atrapalha ou mais te preocupa?

ANEXO 4 - Questionário para avaliação da qualidade de vida *Medical Outcome Study 36 – Item Short- Form Helth Survey SF-36.*

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 se classificaria sua idade 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 anima-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 quanto 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

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para

cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO 5 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido - pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara (CEP- FOAR)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____,
morador(a) à _____,
cidade de _____, profissão _____,
concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa:

Dor Orofacial e Cefaléia - Caracterização de uma Amostra de Acordo com Critérios Clínicos.

Foi-me explicado e entendi que a pesquisa será sobre dor de cabeça e um tipo de dor que ocorre na face, chamada disfunção temporomandibular (DTM) e que nenhuma delas põe em risco minha vida.

Compreendi que o objetivo da pesquisa é saber como acontece a dor na face e na cabeça e saber quantas pessoas têm dor na face e também dor de cabeça. Outro objetivo dessa pesquisa é saber se as pessoas que sofrem de dor na face e na cabeça tem prejuízos em sua qualidade de vida. Para isso, responderei a perguntas e serei examinado(a) pelos pesquisadores, na clínica da Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP. Os pesquisadores irão examinar a cabeça, a face e o pescoço, observando e palpando os locais onde sinto dor, verificando a sensibilidade e os movimentos, as articulações e os músculos, as gengivas e a maneira como meus dentes se encaixam. Fui informado(a) que esse exame não oferece nenhum risco à minha saúde.

Declaro ter pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram garantidas:

1. Receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida a respeito da entrevista e do exame.
2. A liberdade de não participar da pesquisa, caso não queira, sem dano algum.
3. A segurança de que a minha identidade e os dados pessoais serão mantidos em sigilo.
4. O compromisso de que essas informações serão utilizadas para estudo da dor na face e na cabeça.
5. O encaminhamento para tratamento odontológico nas clínicas da Faculdade de Odontologia, de acordo com a disponibilidade de atendimento.
6. A orientação para procura de tratamento médico, fora da Faculdade de Odontologia, se necessário.

Declaro que todas estas informações me foram explicadas verbalmente e que recebi uma cópia deste, a qual li e compreendi.

Araraquara, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone do Pesquisador Responsável: (16) 3301-6412 / 3301-6406

Prof.ª Cinara M. Camargo
CRO 22.232

Telefone do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia: (16) 3301-6432

Protocolo CEP Nº 33/06
Aprovado em Reunião de
13 / 12 / 06

ANEXO 6 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARARAQUARA



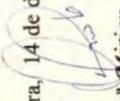

Comitê de Ética em Pesquisa

Certificado

Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "**DOR OROFACIAL E CEFALÉIA: CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE ACORDO COM CRITÉRIOS CLÍNICOS**", sob o protocolo nº 33/06, de responsabilidade do Pesquisador (a) **CINARA MARJA CAMPARIS**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FOAr, com validade de 02 (dois) anos, quando será avaliado o relatório final da pesquisa.

Certify that the research project titled "**OROFACIAL PAIN AND HEADACHE: SAMPLE CHARACTERISTICS ACCORDING CLINICAL CRITERIA**", protocol number 33/06, under Dr **CINARA MARJA CAMPARIS**, responsibility, is under the terms of Conselho Nacional de Saúde/MS resolution # 196/96, published on May 10, 1996. This research has been approved by Research Ethic Committee, FOAr-UNESP. Approval is granted for 02 (two) years when the final review of this study will occur.

Araraquara, 14 de dezembro de 2006.


Profª **Miriam Aparecida Onofre**
Coordenadora

Autorizo a reprodução deste trabalho.
(Direitos de publicação reservados ao autor)

Araraquara, 25 de Março de 2011.

SABRINA MARIA CASTANHARO