

Marinês Quintino Portella

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO
QUESTIONÁRIO SF – 36**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Mestre Profissional em Morfologia Aplicada à Área da Saúde.

São Paulo
2005

Marinês Quintino Portella

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO
QUESTIONÁRIO SF – 36**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Mestre Profissional em Morfologia Aplicada à Área da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith

Co-orientador: Prof. Dr. Antônio Sérgio Guimarães

São Paulo

2005

Portella, Marinês Quintino

Qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular: avaliação através do questionário SF-36/Marinês Quintino Portella.-- São Paulo, 2005.
viii, 57f.

Tese (Mestrado Profissionalizante) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Morfologia.

Título em Inglês: Quality of life in temporomandibular dysfunction patients: assessment by SF-36 questionnaire.

1. Qualidade de vida. 2. Disfunção temporomandibular. 3. Dor Orofacial.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Marília de Arruda Cardoso Smith
Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith

Dedicatória

A Deus,
pelas bênçãos que recebi

Aos meus pais,
pelo exemplo de vida.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith, pela forma cordial de transmitir seus conhecimentos, pela sua capacidade de orientação, estímulo de amigo e apoio constante nas várias etapas deste trabalho.

A todos os professores do curso de Morfologia, DTM e Dor Orofacial, pelos seus ensinamentos.

À Silvia Abuchaim, que sempre nos ajudou e apoiou na realização do nosso objetivo.

Aos colegas e amigos do curso, pelos momentos inesquecíveis que passamos juntos.

Aos preceptores, pelo auxílio na parte clínica do curso.

À Fátima e Ester, pelo carinho e amizade com que sempre nos trataram.

Às pacientes e colegas que participaram desse trabalho, pela confiança e colaboração.

À amiga Anizabela, pela amizade, apoio e incentivo.

À Sandra Malagutti pela assessoria em bioestatística.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

Sumário

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Listas.....	vii
Resumo.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 DTM e Qualidade de Vida.....	4
1.2 Avaliação da Qualidade de Vida.....	8
1.3 Objetivo.....	12
2. MÉTODOS.....	13
2.1 Metodologia Estatística.....	15
3. RESULTADOS.....	16
4. DISCUSSÃO.....	18
5. CONCLUSÕES.....	22
6. ANEXOS.....	23
6.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	23
6.2 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.....	24
6.3 Autorização para o uso do questionário traduzido e validado.....	25
6.4 Questionário SF – 36.....	26
6.5 Cálculo dos escores do questionário genérico de qualidade de vida SF – 36.....	33
6.6 Modelo de ficha usada para a pontuação dos domínios.....	36
6.7 Artigo enviado para a Revista da APCD.....	38
7. REFERÊNCIAS.....	50
Abstract	
Bibliografia Consultada	

Listas

Tabela

Tabela 1. Média (d.p.) e mediana das sub-escalas do SF-36 de mulheres dos grupos DTM e Controle.....	16
--	----

Figura

Figura 1. Média (d.p.) das sub-escalas do SF – 36 de mulheres dos grupos DTM e Controle.....	17
--	----

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre qualidade de vida e disfunção temporomandibular (DTM), através do questionário SF – 36.

Metodologia: O questionário SF – 36 (Short-Form 36) traduzido e validado para a língua portuguesa foi escolhido para este estudo. A amostra constou de 103 mulheres, 45 com DTM e 58 sem sinais e sintomas, como grupo controle pareado por idade. Os critérios de inclusão foram: a faixa etária de 19 a 52 anos de idade, e sexo feminino. Para o grupo de portadoras de DTM, diagnosticadas segundo o critério do RDC: presença de dor nos músculos da mastigação, na ATM e/ou alteração da dinâmica mandibular. Para o grupo controle, a ausência dos sinais e sintomas. As portadoras foram inseridas na amostra seqüencialmente à medida que freqüentaram os serviços e aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Da mesma forma foi organizado o grupo controle com voluntárias. O questionário foi auto-aplicado pelas participantes, após orientação verbal sobre o mesmo. As respostas foram processadas, os dados ponderados com a pontuação correspondente a cada questão e os valores transformados em notas referentes aos oito domínios. Foi utilizada a prova não paramétrica de Mann-Whitney para amostras independentes na comparação entre os grupos DTM e controle em cada um dos domínios da escala SF – 36.

Resultados e Conclusões: A qualidade de vida de pacientes portadoras de sinais e sintomas de DTM quando comparada com um grupo controle avaliado pelo questionário SF – 36 revelou que existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, mostrando que pacientes com DTM têm menor pontuação em todos os domínios. Os domínios que apresentaram maior diferença ($p \leq 0,001$) foram: estado geral de saúde, capacidade funcional e saúde mental. Os domínios vitalidade, dor, aspectos sociais e emocionais apresentaram diferenças significantes ($p < 0,01$). O domínio aspecto físico mostrou $p < 0,05$. Esses resultados indicam que as pacientes com DTM se vêem como pessoas doentes e comprometidas, o que afeta sua qualidade de vida.

Abstract

Objective: The aim of this study was to analyse the association between quality of life and temporomandibular dysfunction (TMD) by means of the SF-36 questionnaire. **Methodology:** SF-36 (Short-Form 36) questionnaire translated and validated to portuguese idiom was elected for this study. The sample was 103 women, 45 with TMD and 58 without TMD signs and symptoms, inserted as an age matched control group. Inclusion criteria were: age from 19 up to 52 years old and female gendre. TMD patients was diagnosed according RDC criteria: pain in mastication muscles, in temporomandibular joint and with mandibular dynamics alteration. The patients were sequentially inserted in the sample as they are refered to the clinic. They accepted to participate in the investigation and signed the clear up consent term. The voluntieer control group was organized in the same way. The questionnaire was self applied by the participants after verbal orientation. The answers were processed, the data pondered with the correspondent pontuation to each question and the numbers transformed in notes in reference to each one of the eight domains. It was used the Mann-Whitney non parametric test for independent sample to compare TMD and control groups in each domain of the SF-36 scale. **Results and Conclusions:** Patients with TMD signs and symptoms compared with a healthy contol group assessed by the quality of life SF-36 questionnaire, showed a statically significant difference indicated by the lowest pontuation in all domains. The domains wich presented greater difference ($p \leq 0,001$) were health general state, functional capacity and mental health. The domains vitality, pain, social and emotional aspects presented significant differences ($p < 0,01$). The domain physical aspects was also significant ($p < 0,05$). These results indicate that TMD patients considere themselves as sick and implicated persons, affecting therefore their quality of life.

Bibliografia consultada

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo; 2001.

QOLID Quality of life instruments database – versão 1.8 – 2003 Mapi Research Institute. <http://www.proqolid.org/Population.html>

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde - “World Health Organization” - WHO (*The WHOQOL Group, 1995*) define qualidade de vida como a percepção individual de vida num contexto de cultura e sistema 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 independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com características de desenvolvimento. Conclui-se que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, inclui pontos positivos e negativos de vida e é multidimensional.

Qualidade de vida também pode ser definida como “a sensação de bem-estar do indivíduo que vai de encontro à satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ele” (Cunningham et al, 2000). Apesar do trabalho pioneiro da WHO, só recentemente esta definição tem sido utilizada, e qualidade de vida foi introduzida como título na Medline em 1975 (Bowling, 1996).

Segundo Cunningham et al (2000), a importância da qualidade de vida é aceita e divulgada na medicina. Entretanto, em relação à saúde bucal só recentemente tem sido vista como importante, e qualidade de vida é relativamente um conceito novo em Odontologia (Siqueira, Teixeira, 1998).

De acordo com Okeson (1998a), as estruturas bucofaciais são básicas para a comunicação. Em nosso meio ambiente social, no qual a comunicação é tão vital, uma disfunção destas estruturas ameaça a existência como significado. Tais estruturas fornecem os meios pelos quais nos relacionamos uns com os outros demonstrando nossos sentimentos, objetivos, opiniões e aspirações. Elas são fonte de gratificação e satisfação, tanto física, emocional, espiritual quanto sexual. Quando estas estruturas são ameaçadas por dor ou disfunção, a qualidade de vida pode se reduzir enormemente.

A necessidade de uma compreensão para estudar o impacto social e psicológico ocasionado por doenças bucais foi primeiramente percebida por Reisine et al (1989). Eles usaram uma bateria de escalas previamente validadas

para determinar o impacto de problemas dentais comuns, mas sérios, na qualidade de vida e encontraram um grande número de pacientes que tiveram suas atividades afetadas em casa, em suas relações sociais e de lazer como resultado de sua condição dental.

Segundo Okeson (1998b), o estresse é um fator desencadeante de várias doenças psicossomáticas. Em alguns pacientes, os problemas psicossociais podem ser o resultado da dor orofacial, mas em outros, estes problemas podem ser o fator etiológico primário ou sustentarem a dor. De acordo com o mesmo autor, o estresse ambiental pode aumentar tensões, inseguranças e disforia, o que leva a uma carga aumentada no sistema mastigatório, à medida que o estresse mental é convertido em tensão muscular e hábitos parafuncionais aumentados. Estas alterações podem ser o resultado de problemas na qualidade de vida destes pacientes.

Um grande número de evidências mostra que somente as condições físicas não podem explicar o desenvolvimento da 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. No trabalho, atualmente, onde a exigência física tem sido reduzida consideravelmente e as condições de ergonomia têm sido melhoradas, outros fatores além da carga biomecânica se tornaram mais importantes para a dor músculo-esquelética. Entretanto, para tratar e prevenir estas desordens, é importante aprender sobre os possíveis mecanismos psicobiológicos envolvidos nestas relações, hoje em dia (Lundberg, Melin, 2002).

Ainda segundo Lundberg, Melin (2002), os efeitos físicos e mentais da tensão muscular em resposta ao estresse fisiológico, como catecolaminas, pressão arterial, batimentos cardíacos, etc, são bem conhecidos, mas os efeitos do estresse mental na atividade muscular são quase desconhecidos.

Manfredini et al (2004b) fizeram um estudo sobre a importância dos fatores psicológicos na etiopatogenia da disfunção temporomandibular (DTM).

Os resultados mostraram uma prevalência significativa de alterações de humor e agorafobia em pacientes com dor miofascial, mais do que nos grupos sem alterações na articulação temporomandibular (ATM), com deslocamento de disco ou desordens na articulação. Segundo os mesmos autores, os pacientes com dor miofascial diferem de outros grupos pela presença de estresse, pânico, ansiedade, hipocondria e agorafobia.

Rollman, Gillespie (2000) estudaram o desenvolvimento dos fatores psicossociais em DTM. Concluíram que a conduta, nestes casos, requer uma perspectiva multidisciplinar com forte ênfase nas variáveis psicossociais.

De acordo com Korszun et al (1996), a dor crônica é um problema comum que causa incapacidade em 50 milhões de indivíduos nos Estados Unidos, e dor crônica que inclui disfunção temporomandibular, em cerca de 20 a 25% dos casos. É aceito que a causa e a patogenia desta condição é multifatorial, envolvendo fatores psicológicos, comportamentais e ambientais. A ligação entre dor crônica e depressão foi relatada em pacientes com dor crônica facial e DTM. A conclusão do estudo destes autores foi que, devido à alta comorbidade de depressão na população estudada, exames para sintomas de depressão deveriam fazer parte integrante da avaliação de todos os pacientes com DTM, principalmente quando a disfunção da ATM e dos músculos da face estiverem presentes.

Estudos sobre ansiedade e depressão em grupos com dor crônica, estabeleceram que apesar dos problemas metodológicos, houve uma evidência de maior prevalência e sintomas de ansiedade e depressão em populações com dor crônica do que no grupo controle (Wade et al, 1992).

Stein, Barret-Connor (2002) observaram que a depressão e a ansiedade estão associadas com redução substancial na qualidade de vida em adultos medicados ou não.

Kressin et al (2001) fizeram um estudo sobre emoções negativas associadas com qualidade de vida oral. Neste estudo, usaram três tipos de

medidas para avaliação de qualidade de vida e concluíram que, tanto fatores psicossociais como de personalidade, estão significativamente associados à qualidade de vida.

1.1 DTM e Qualidade de Vida

Disfunção temporomandibular é um termo que inclui um número de problemas clínicos que envolvem dor nos músculos da mastigação e/ou na articulação temporomandibular. De acordo com Okeson (1998a), DTM é um termo coletivo que abrange vários problemas clínicos que envolvem a musculatura da mastigação, a ATM e estruturas associadas ou ambas. As DTM foram identificadas como a principal causa de dor não-dental na região orofacial e são consideradas como uma subclasse das desordens músculo-esqueléticas. Os sintomas mais comuns são dor nos músculos da mastigação, região pré-auricular e/ou ATM, muitas vezes com limitação dos movimentos mandibulares ou movimentos assimétricos e ruídos na ATM, como estalos ou crepitação (Ohrbach, Dworkin, 1998; Okeson, 1998a).

As classificações, de maneira geral, não levam em consideração a grande variabilidade na percepção da dor e impossibilidade dos pacientes pertencerem ao mesmo subgrupo. Um critério para o diagnóstico em pesquisa, o “Research Diagnostic Criteria” (RDC) (Dworkin, LeResche, 1992) foi criado para suprir estas dificuldades (Velly et al, 2002). O RDC classifica DTM em: Eixo I, que envolve as condições clínicas, e Eixo II, que envolve as alterações psicológicas. Do Eixo I fazem parte: Grupo I, desordens musculares; Grupo II, deslocamento de disco; e, Grupo III, que engloba as artralguas, artrites e artrose. De acordo com o RDC, experiência clínica e pesquisas sobre várias condições de dor crônica, incluindo DTM, sugerem que não há um único correspondente entre a severidade de uma dor crônica e a natureza ou extensão de alterações patofisiológicas descritas por um diagnóstico clínico. A proposta do RDC/TMD (*Research Diagnostic Criteria/Temporomandibular Disorder*) é usar o Eixo II para classificar a

severidade da condição dolorosa em: intensidade da dor; incapacidade de relatar a dor; depressão; sintomas físicos não específicos.

Manfredini et al (2004a) estudaram o RDC/TMD em pesquisa, e confirmaram sua utilidade como um sistema de classificação.

Lobbezoo et al (2004) fizeram uma revisão sobre a patologia e diagnóstico de DTM, usando o RDC/TMD.

A DTM é uma condição que tem sido atribuída ao uso excessivo da ATM, irregularidades na oclusão e hábitos parafuncionais, como o bruxismo (Moss et al, 1995). Manfredini et al (2003) avaliaram a relação entre bruxismo e DTM e sugeriram que o bruxismo tem uma relação mais forte com desordens musculares do que com deslocamentos de disco e outras patologias articulares.

Apesar de várias teorias enfatizarem alterações de natureza hormonal e autonômica que ocorrem de forma involuntária no organismo, estas alterações estão sujeitas a sofrerem a intervenção do aparelho psíquico, através de processos psicológicos relacionados essencialmente à forma como os indivíduos avaliam, interpretam e se comportam no meio em que vivem. As diversas pesquisas que visam determinar as características de personalidade dos portadores de DTM contribuem também para o conhecimento sobre como esses indivíduos avaliam os seus meios (Oakley et al, 1993; Dahlstrom et al, 1997).

Um dos primeiros estudos sobre a importância dos fatores psicológicos nas DTM foi de Moulton (1995), onde muitas das características psicológicas de seus portadores eram avaliadas e descritas. Atualmente, um dos principais interesses nesta área está centrado na relação entre o estresse e a manifestação, desenvolvimento e manutenção destes distúrbios.

Os trabalhos de Molin et al (1973), Gross, Vacchiano (1973) e Laan (1988) sugerem que os portadores de DTM tendem a utilizar com mais frequência a repressão e a somatização como mecanismos de defesa do ego, a serem mais introvertidos, com mais depressão e tensão muscular. Southwell et al (1990) constataram que estes pacientes apresentam altos níveis de ansiedade.

Estudo feito por Madland et al (2000) mostrou que, em pacientes com DTM, a ansiedade está associada com a dor, aumentando a dor e a “dor psicológica”. Esta é afetada pelo aumento da ansiedade e depressão. O paciente mais ansioso também enfatiza o impacto de seu problema no humor, confirmando a relação entre ansiedade e DTM.

Em um de seus estudos, Sipila et al (2001) concluíram que fatores psicológicos são importantes na etiologia e manutenção dos sintomas de DTM, e a dor crônica pode causar depressão.

Em um dos estudos de Dahlstrom et al (1997), fatores psicológicos são considerados críticos em DTM, principalmente quando a dor é o sintoma maior. Estes autores avaliaram seis categorias de pacientes com dor orofacial. A primeira categoria era composta de pacientes com dor crônica orofacial persistente e sem diagnóstico; a segunda, compreendia pacientes com diagnóstico de dor miofascial; a terceira, pacientes com diagnóstico de osteoartrite na ATM; a quarta, pacientes com diagnóstico de deslocamento de disco e tratados de forma conservadora; a quinta, pacientes também com deslocamento de disco, mas tratados de forma conservadora durante três meses sem resultado, e então submetidos a artroscopia; a sexta, pacientes que foram submetidos à discotomia há cerca de dois anos. Os resultados deste trabalho levam a crer que a redução da dor é influenciada pelo estado mental do paciente. Os achados mostram que os mecanismos psicológicos e comportamentais podem predispor, iniciar, perpetuar ou resultar da dor orofacial. Considerar a importância dos fatores psicológicos é decisivo, senão de extrema importância, quando selecionar tratamento cirúrgico para pacientes com dor orofacial. A avaliação psicossocial e cognitivo-comportamental pode identificar pacientes de risco para cronicidade e a necessidade de cuidados adicionais alternativos.

Vários estudos têm identificado fatores psicológicos na etiologia da dor miofascial. A literatura sugere que ansiedade e eventos que alteram a vida estão associados com problemas de disfunção mandibular. Estudos de Moody et al (1982) mostraram que os pacientes com síndrome da dor miofascial tiveram um

número maior de alterações na vida do que os com outras doenças. Uma das explicações para isto é que a quantidade de alterações na vida aumenta o estresse psicológico. Este estresse é considerado fator etiológico da dor miofascial. Em outros casos, os sintomas se acentuam e então o paciente procura ajuda profissional.

Vários estudos registraram fatores psicológicos com um papel significativo nas DTM. Estudiosos sugeriram diferenciar pacientes de DTM com fatores somáticos e pacientes com DTM e características psicológicas (Rudy et al, 1989). Apesar dos sinais e sintomas físicos, podem existir subgrupos de pacientes com DTM e com diferentes características comportamentais e psicossociais, e estas características podem ser importantes para diagnóstico e planejamento do tratamento (Rudy et al, 1995).

Estudos sobre ansiedade e depressão em grupos com dor crônica, estabeleceram que apesar dos problemas metodológicos, houve uma evidência de maior prevalência e sintomas de ansiedade e depressão em populações com dor crônica do que no grupo controle (Wade et al, 1992).

De acordo com Scott (1981), evidências e impressões clínicas mostram que os estados emocionais temporários estão associados com disfunção com mais frequência que a ansiedade. Existe uma relação entre o início ou exacerbação da disfunção com o evento perturbador da vida pessoal do paciente.

DiFabio (1998) fez um estudo comparativo de casos com alterações no estado de saúde associados com DTM e outras desordens músculo-esqueléticas. Foi usado um questionário genérico de qualidade de vida para avaliar aspectos mental e físico associados com DTM. O resultado foi comparado com três grupos diferentes de pacientes com síndrome de dor cervical. Os resultados mostraram que pacientes com DTM têm limitações na função social, bem-estar emocional e nível de energia similar a pacientes com desordens cervicais.

Auerbach et al (2001) investigaram a importância de fatores psicológicos nas DTM. Os achados são semelhantes a estudos prévios, indicando uma ligação

entre disfunção emocional e DTM. Concluem que fatores psicológicos têm maior importância quando a dor é de origem muscular. Intervenções comportamentais são úteis para pacientes com DTM em que os fatores psicológicos têm importante significado.

Lindroth et al (2002) fizeram um estudo em pacientes com dor nos músculos da mastigação e pacientes com dor intra-capsular, comparando domínios comportamentais e psicossociais. O resultado não mostrou diferença na severidade da dor, mas o grupo com dor nos músculos da mastigação demonstrou maior alteração comportamental e significativo estresse psicológico.

Sternbach, Timmermans (1975) observaram que a melhora subjetiva na condição dolorosa de um paciente segue as melhoras comportamentais. Isto sugere que a dor responde às alterações se o estado mental for alterado.

1.2 Avaliação da Qualidade de Vida

Segundo Gordon et al (1993), clínicos e políticos estão reconhecendo a importância de medidas de qualidade de vida relativas à saúde para informar ao paciente decisões de conduta. Medidas fisiológicas providenciam informações para clínicos, mas são de interesse limitado para o paciente. Uma forte razão para medir qualidade de vida relacionada com saúde é o fato de se observar comumente o fenômeno em que dois pacientes com os mesmos critérios clínicos têm diferentes respostas ao problema. De acordo com os mesmos autores, questionários auto-administráveis ou feitos por entrevistadores, podem ser usados para medir diferenças de qualidade de vida em determinado período de tempo. Dois tipos básicos de medidas de qualidade de vida podem ser úteis: instrumentos genéricos, que fornecem um resumo da qualidade de vida relativo à saúde e instrumentos específicos que focam um problema associado com uma doença, grupo de pacientes, áreas ou função.

De acordo com Kopp (2004), perguntas sobre atividade cotidiana, ambiente e papel dos familiares permitem deduzir as características do contexto social e de organização na qual o paciente se move. Perguntas precisas sobre a dor e as estratégias de superação testemunham o interesse do médico ou dentista e permitem criar uma relação de confiança e a interação positiva necessária no âmbito de uma estratégia terapêutica. Ainda segundo Kopp (2004), uma pesquisa psicossocial apropriada pode facilitar o caminho para uma psicoterapia dirigida à superação dos problemas, mas, além dos objetivos específicos, possui valor terapêutico próprio.

Conforme Segu et al (2003), distúrbios orais têm um impacto psicossocial na qualidade de vida, que pode ser medido com questionários. Em um de seus estudos, utilizando o questionário OHIP (*Oral Health Impact Profile*), avaliaram se e como a dor orofacial pode afetar a qualidade de vida em pacientes com DTM, comparando com pessoas sem DTM. O resultado indica claramente que a dor orofacial e sintomas associados afetam negativamente a qualidade de vida de pacientes com DTM.

O questionário SF – 36 (*Short Form – 36*) (Ware Jr, Sherbourne, 1992) é a medida de qualidade de vida mais popular em um grande número de especialidades médicas atualmente. É o melhor instrumento do “Medical Outcomes Study” nos Estados Unidos da América. Tem a vantagem de ser curto e envolver várias áreas (funcional, física, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental). Entretanto, sua importância clínica não está ainda estabelecida (Carr et al, 1996). Foi traduzido em mais de 40 países e validado em 12 (Lam et al, 1998). Estudos na área de ortopedia foram feitos para avaliar dor na coluna vertebral (Korovessis et al, 2002), na área de geriatria, para avaliar ansiedade, depressão e insônia em pacientes com cerca de 75 anos (Stein, Barret-Connor, 2002).

Um estudo comparativo do SF – 36 com o HUI (*Health Utilities Index*), 1, 3 e 12 meses após a revascularização em pacientes com claudicação

intermitente, concluiu que o SF – 36 pode ser transformado em questionário-base para avaliação em saúde (Bosch et al, 2002).

Rubenstein et al (1998) fizeram um estudo para avaliar a utilidade do SF – 36 e o FSQ (*Functional Status Questionnaire*) em casos de pacientes com doença de Parkinson e concluíram que os resultados foram importantes como informação suplementar para avaliação dos sinais e sintomas tradicionais desta doença.

Hobson, Meara (1997) avaliaram o estado de saúde de idosos com doença de Parkinson, usando o SF – 36.

Jenkinson et al (1995) compararam o SF – 36 com o PDQ-39 (*Parkinson's Disease Questionnaire*) em pacientes com doença de Parkinson. Concluíram que o SF – 36 é bom para avaliar saúde de maneira geral, não especificando determinada doença.

Essink-Bot et al (1997) compararam quatro questionários que avaliam estado de saúde: "Nottingham Health Profile", "Medical Outcomes Study 36 - item Short Form Health Survey", "Coop/Wonca charts" e "EuroQol instrument". Concluíram que o SF – 36 mostrou ser melhor para avaliações entre grupos. Também parece ser o questionário mais capaz de avaliar estado de saúde em uma população.

Pfennings et al (1999) usaram o SF – 36 para avaliar pacientes com esclerose múltipla em cinco países, fazendo as comparações entre culturas.

O SF – 36 foi utilizado para avaliar qualidade de vida em pacientes que sobreviveram a infarto do miocárdio (Melville et al, 2003).

King et al (2003) estudaram qualidade de vida em pacientes com mielopatia espondilótica cervical, através do SF – 36.

Franks et al (2003) estudaram qualidade de vida em pacientes com ulceração crônica na perna, através do SF – 36. Os resultados deste estudo

sugerem que úlceras na perna reduzem a qualidade de vida, e que o SF – 36 pode ser usado para verificar seu impacto.

Mitani et al (2003) usaram o SF – 36 para avaliar a relação entre função cardíaca, capacidade para exercícios, classificação clínica e qualidade de vida, em 91 pacientes, com ejeção ventricular esquerda menor que 40%. Concluíram, neste estudo, que questionários de qualidade de vida deveriam ser incluídos para avaliar as condições gerais do paciente.

Isotani et al (2002) avaliaram os efeitos psicológicos e sociais da doação de rim em doadores, usando o SF – 36.

Martinez et al (2000) avaliaram o SF – 36 para medir a qualidade de vida em pacientes com fibrose pulmonar idiopática. Concluíram que este questionário é um instrumento válido para verificação de qualidade de vida.

Diaz-Buxo et al (2000) compararam a qualidade de vida de pacientes que faziam hemodiálise com diálise peritoneal, usando o SF – 36.

Martinez et al (2001) estudaram qualidade de vida em mulheres brasileiras com fibromialgia, usando o SF – 36, e concluíram que a fibromialgia reduz a qualidade de vida.

Em odontologia, o SF – 36 foi usado para comparar a qualidade de vida de pacientes com implantes e com prótese total (Allen, McMillan, 2003).

Uma vez que não foi encontrado na literatura o SF – 36 para pacientes com DTM, este estudo se justifica porque analisaremos a validade do questionário para esta condição, e também teremos um conhecimento maior sobre um dos possíveis fatores etiológicos da DTM. Neste estudo usaremos o questionário SF – 36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey*) (Ware Jr et al, 2002), já traduzido e validado para a língua portuguesa, que é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida de fácil administração e compreensão. Apresenta um escore de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. O uso de questionários

genéricos para avaliação de qualidade de vida tem sua importância também por permitir a comparação de patologias entre si (Ciconelli, 1997; Ciconelli et al, 1999).

1.3 Objetivo

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de mulheres portadoras de DTM, através do questionário SF – 36, tendo um grupo controle como referência.

2 MÉTODOS

Foram incluídas no estudo 103 (cento e três) mulheres, 45 (quarenta e cinco) portadoras de DTM (de acordo com o RDC) e 58 (cinquenta e oito) sem sinais e sintomas de DTM, como grupo controle pareado por idade. A faixa etária foi de 19 a 52 anos.

A amostra de portadoras de sinais e sintomas de DTM foi proveniente do Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Hospital São Paulo/Universidade Federal de São Paulo, de clínicas odontológica e de ortodontia particulares e de alunas de curso de pós-graduação na área de Odontologia. O grupo controle constou de pacientes de clínicas particulares e de alunas de curso de pós-graduação na área de Odontologia sem sinais e sintomas de DTM.

As portadoras foram inseridas na amostra seqüencialmente à medida que freqüentaram os serviços e aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1). Da mesma forma foi organizado o grupo controle com voluntárias.

O projeto da pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP (anexo 2).

Os critérios de inclusão foram: a faixa etária de 19 a 52 anos de idade, e sexo feminino. Para o grupo de portadoras de DTM, diagnosticadas segundo o critério do RDC (Dworkin, LeResche ,1992), presença de dor nos músculos da mastigação, na ATM e/ou alteração da dinâmica mandibular. Para o grupo controle, a ausência dos sinais e sintomas.

A presença de ruído articular não foi usada como critério de inclusão ou de exclusão.

O instrumento utilizado foi o questionário SF – 36, traduzido e validado para a língua portuguesa (Ciconelli, 1997; Ciconelli et al, 1999), com a autorização da autora (anexo 3).

O questionário (anexo 4) foi auto-aplicado pelas participantes, após orientação verbal sobre o mesmo.

As respostas foram processadas, de acordo com os domínios que abrangem o questionário (Ciconelli, 1997; Ciconelli et al, 1999):

1. Capacidade funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos emocionais
8. Saúde mental

O cálculo dos escores do questionário SF – 36 foi realizado de acordo com a pontuação correspondente (anexo 5).

O cálculo de cada domínio foi feito com a seguinte fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior}}{\text{Variação ("score range")}} \times 100$$

Na fórmula os valores de limite inferior e variação são fixos e estão estipulados conforme quadro no anexo 5.

Os dados ponderados com a pontuação correspondente a cada questão e os valores transformados em notas de oito domínios que variam de 0 a 100, onde 0 é o pior e 100 o melhor para cada domínio, foram lançados para cada participante. O valor final não apresenta nenhuma unidade de medida ("raw scale") (anexo 6).

Para cada questão, foram feitos testes estatísticos para certificar diferenças significativas na concentração de respostas entre os dois grupos, DTM e controle.

2.1 Metodologia Estatística

As variáveis quantitativas foram representadas por média, desvio padrão (dp) e mediana. Os grupos DTM e Controle foram comparados em relação à idade das mulheres participantes pelo teste t de Student para amostras independentes. Foi utilizada a Prova não paramétrica de Mann-Whitney para amostras independentes na comparação entre os grupos DTM e Controle em cada um dos domínios da escala SF – 36.

Adotou-se o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$) e níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes e representados por *.

3 RESULTADOS

O grupo DTM foi formado por 45 mulheres com idades entre 19 e 52 anos e média de 32 anos (d.p. = 10 anos) e o grupo Controle por 58 mulheres com idades entre 19 e 50 anos e média de 33 anos (d.p. = 10 anos). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação às idades das mulheres ($p = 0,808$).

Os resultados da análise estatística estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Média (d.p.) e mediana das sub-escalas do SF – 36 de mulheres dos grupos DTM e Controle.

SF – 36 Sub-escalas	DTM (n = 45)	Controle (n = 58)	Prova de Mann-Whitney
Capacidade funcional	76,78 (22,79) 85	90,95 (9,57) 95	$p = 0,001$ *
Aspecto físico	73,89 (33,69) 100	88,10 (24,74) 100	$p = 0,014$ *
Dor	61,60 (24,05) 62	75,12 (19,94) 74	$p = 0,004$ *
Estado geral de saúde	67,89 (19,41) 67	81,41 (15,51) 87	$p < 0,001$ *
Vitalidade	52,00 (23,75) 55	65,72 (20,85) 70	$p = 0,003$ *
Aspectos sociais	65,28 (28,57) 75	80,82 (23,44) 87,5	$p = 0,004$ *
Aspectos emocionais	56,30 (42,54) 66,7	78,74 (36,78) 100	$p = 0,003$ *
Saúde mental	59,29 (22,54) 60	73,95 (16,10) 80	$p < 0,001$ *

Na comparação entre os grupos em relação às sub-escalas do SF – 36, o grupo DTM apresentou escores significativamente menores do que os do grupo Controle nos domínios: capacidade funcional ($p = 0,001$), aspecto físico ($p = 0,014$), dor ($p = 0,004$), estado geral de saúde ($p < 0,001$), vitalidade ($p = 0,003$),

aspectos sociais ($p = 0,004$), aspectos emocionais ($p = 0,003$) e saúde mental ($p < 0,001$).

A figura 1 mostra o histograma representando as médias e desvios padrão das sub-escalas do SF – 36 obtidos.

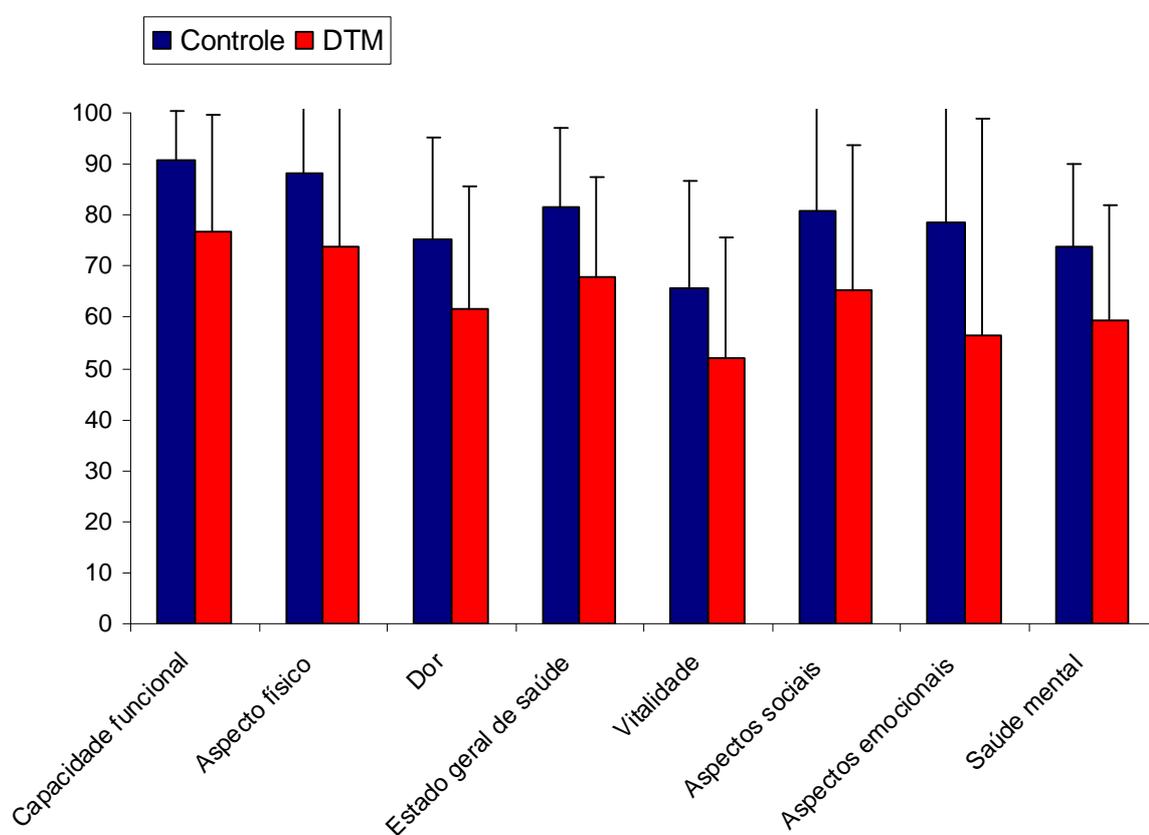


Figura 1. Média (d.p.) das sub-escalas do SF – 36 de mulheres dos grupos DTM e Controle.

4 DISCUSSÃO

As dimensões de qualidade de vida foram definidas por vários autores, de acordo com Carr et al (1996), englobando satisfação com a vida, auto-estima, saúde geral, condições financeiras e sócio-econômicas, lazer, bem-estar físico e emocional, desenvolvimento pessoal, relacionamento com outras pessoas, doenças, desconforto, incapacidades.

Fatores psicológicos são importantes na etiopatogenia da DTM, como aumento do estresse, ansiedade, depressão e somatização (Manfredini et al, 2004a,b).

Segundo Rollman, Gillespie (2000), a DTM compreende uma variedade de sinais e sintomas que afetam a articulação e os músculos envolvidos nos movimentos mandibulares. Entretanto, a dor é geralmente a definição característica de DTM e os pacientes freqüentemente reportam graus de estresse e interferência nas atividades de vida diária.

Os estudos de Carlson et al (1998) e Lundberg, Melin (2002) tiveram como objetivo identificar as variáveis psicológicas e fisiológicas no desenvolvimento das dores músculo-esqueléticas. O estresse é um fator importante para o desenvolvimento destas alterações e muitos estudos demonstram a relação entre estresse e cada sintoma.

Em um estudo, Dahlstrom et al (1997) concluíram que dor e estresse foram mais comuns em pacientes com dor orofacial de origem desconhecida e em pacientes com dor miofascial do que em pacientes com outros diagnósticos de DTM.

Conforme Oakley et al (1993), existem importantes razões para identificar problemas psicológicos em pacientes com DTM. Por exemplo, certos fatores como altos níveis de estresse identificam pacientes que podem responder pobremente ao tratamento, onde se poderiam oferecer tratamentos adicionais para manejo do estresse. A identificação e tratamento dos problemas psicológicos podem aumentar a qualidade de vida do paciente com DTM, como também pode assegurar sua cooperação no tratamento médico ou odontológico.

Disfunções orais, conforme Segu et al (2003) têm um impacto psicossocial na qualidade de vida que pode ser medido por instrumentos, avaliando como a dor orofacial pode afetar a qualidade de vida em pacientes com DTM. Estes instrumentos facilitam a comparação de melhora na saúde conseguidos em diferentes tratamentos em grupos de pacientes. Em um caso clínico, pode identificar necessidades de pacientes e avaliar a efetividade da intervenção (Carr et al, 1996).

Conforme Hobson, Meara (1997), o questionário SF – 36 para medir qualidade de vida tem sido o mais indicado para adultos, por ser auto-aplicado.

O interesse de se avaliar a qualidade de vida de mulheres com DTM é para, além de avaliar, também introduzir uma mentalidade de promoção de saúde e vida. A aceitabilidade dos questionários pelos informantes e a baixa taxa de recusa em participar deste estudo, faz-nos concluir pela adequação do instrumento ao nosso meio.

A percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos pacientes, bem como o impacto de sua doença e de seu respectivo tratamento, estão sendo amplamente reconhecidos como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos (Ciconelli, 1997).

Medidas de qualidade de vida podem refletir características da doença que não são captadas pelos sintomas clínicos e também pode ser um caminho para apresentar o impacto da doença na perspectiva do paciente (Mauskopf et al, 1995).

O SF – 36 é um instrumento útil para avaliar de forma objetiva a qualidade de vida em Odontologia, especialmente em DTM e dor orofacial. Tem como vantagens ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, não é extenso e avalia tanto os aspectos positivos quanto os negativos da saúde e bem-estar.

Ware (1995) propôs a classificação dos pacientes avaliados pelo SF – 36 em dois grandes componentes que são:

- 1- Componente Físico - envolvendo os componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde;
- 2- Componente Mental - englobando os componentes: saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade.

Esta separação tem por finalidade visualizar de forma genérica estes dois grandes componentes que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas patologias.

Kuttila et al (1998) em um estudo sobre necessidade de tratamento em casos com DTM, relacionado com idade, sexo e estresse, concluíram que mulheres apresentam mais sinais e sintomas de DTM, mostrando estar associado com altos níveis de estresse. Isto sugere estudos futuros para entender o desenvolvimento dos diferentes fatores etiológicos da DTM.

De maneira geral, os resultados deste estudo mostraram que mulheres com DTM têm menor pontuação em todos os domínios referentes à qualidade de vida do que as do grupo controle, independente da idade.

Os domínios que apresentaram maior diferença entre os grupos foram: “estado geral de saúde” ($p < 0,001$), capacidade funcional ($p = 0,001$) e saúde mental ($p < 0,001$). As questões que envolvem o estado geral de saúde, têm um caráter geral (vide item 11 no anexo 4) e indicam que os pacientes com DTM se vêem como pessoas doentes.

As menores diferenças foram encontradas nos domínios “vitalidade” ($p = 0,003$), “aspectos sociais” ($p = 0,004$) e “aspectos emocionais” ($p = 0,003$). O componente “aspecto emocional” avalia o quanto alterações emocionais apresentadas pelo paciente interferem nas suas atividades de vida diária e de trabalho. O componente “aspecto social” é avaliado por duas questões, onde basicamente é perguntado o quanto sua doença interfere no relacionamento com familiares, vizinhos, amigos e em suas atividades sociais fora de casa. Uma das

hipóteses para estes valores mais baixos, embora significativos, é de que a DTM interfere muito pouco em atividades no trabalho ou em casa, sugerindo que o paciente consegue ter uma vida relativamente normal, apesar do problema.

Vários estudos identificaram aspectos emocionais na etiologia da dor em DTM (Scott, 1981; Moody et al, 1982; Rudy et al, 1989; Wade et al, 1992; Auerbach et al, 2001).

As questões que avaliam “saúde mental” demonstram o quanto o fato de o paciente sentir-se deprimido ou ansioso estaria interferindo em suas atividades de vida diária ou de trabalho. Neste aspecto, os casos de DTM mostram ter mais problemas do que os do grupo controle. A diferença entre os grupos no domínio “saúde mental” é confirmado no estudo de Dahlstrom et al (1997), onde sugerem que a redução da dor é influenciada pelo estado mental do paciente.

Os resultados de um estudo de Carlson et al (1998) mostraram que as pessoas com dor nos músculos da mastigação apresentavam fadiga, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, sintomas menstruais. Isto confirma o resultado do nosso estudo, onde os domínios “dor” e “estado geral de saúde” apresentaram diferença significativa entre os dois grupos.

Este estudo limitou-se a avaliar somente mulheres, embora numa faixa etária extensa, mas não deve ser generalizado para jovens e homens. Entretanto, é importante para conhecimento de que alterações na qualidade de vida podem levar a problemas emocionais e físicos com reflexos na ATM.

5 CONCLUSÕES

A qualidade de vida de pacientes portadoras de sinais e sintomas de DTM quando comparada com um grupo controle avaliado pelo questionário SF – 36 revelou:

- 1 – Existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, mostrando que pacientes com DTM têm menor pontuação em todos os domínios.
- 2 – Os domínios que apresentaram maior diferença ($p \leq 0,001$) foram: estado geral de saúde, capacidade funcional e saúde mental.
- 3 – Os domínios vitalidade, dor, aspectos sociais e emocionais apresentaram diferenças significantes ($p < 0,01$). O mesmo ocorreu com o domínio aspecto físico ($p < 0,05$).
- 4 – Esses resultados indicam que as pacientes com DTM se vêem como pessoas doentes e comprometidas, o que afeta sua qualidade de vida.

6.1 Anexo 1:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SF – 36.”

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa avaliar a qualidade de vida de pacientes com problemas na articulação temporomandibular.

Os pacientes receberão um questionário com 36 questões, com instruções para respondê-las por si próprios (não entrevista).

Os benefícios obtidos pelo paciente ao colaborar com este estudo são os de dar mais subsídios aos profissionais para análise da etiologia (origem) do problema e conseqüentemente, a tratamentos clínicos mais eficientes.

Em caso de dúvidas no questionário ou em relação a ele, o paciente terá garantia de acesso ao profissional responsável ou às enfermeiras do Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial responsáveis pela aplicação deste questionário. A profissional responsável é a mestrandia Marinês Quintino Portella, que pode ser encontrada em seu consultório à rua Cândido Hartmann, 570, Curitiba, PR, ou pelo telefone (0xx41) 336-4122. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj.14 - fone 5571-1062; fax: 5539-7162; e-mail: cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição. As informações obtidas serão divulgadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

Não há despesas pessoais para o paciente em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Há o compromisso do pesquisador em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Qualidade de Vida em Pacientes com Disfunção Temporomandibular – Avaliação através do Questionário SF – 36.” Ficou claro para mim a necessidade e a importância de responder correta e honestamente a todas as perguntas do questionário, uma vez que minha identidade não será divulgada. Também entendi que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____.

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____.

6.2 Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

São Paulo, 4 de abril de 2003
CEP N° 0361/03

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a): MARINÊS QUINTINO PORTELLA

Disciplina/Departamento: Anatomia/Morfologia

Ref.: Projeto de Pesquisa

Qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular - avaliação através do questionário SF-36

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto acima.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **01/10/03**

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

6.3 Anexo 3: Autorização para o uso do questionário traduzido e validado.

SF – 36
Instrumento Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida
em Saúde

Dra. Rozana Mesquita Ciconelli-Dr. Marcos Bosi Ferraz

Título do Projeto	"QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - AVALIAÇÃO ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SF – 36."
Universidade	Universidade Federal de São Paulo: Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
Coordenadores	Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith Aluna: Marinês Quintino Portella
Tipo de Estudo	(X) mestrado () doutorado () outros
Contato	e-mail: marinesportella@terra.com.br telefone: 041 336-4122 9988-7399 fax: 336-4122 endereço: R. Cândido Hartmann, 570 -124 80730-440 Curitiba PR

Estaremos autorizando a utilização do Questionário SF – 36, em seu projeto, de caráter científico. Solicitamos que nos envie ao final do trabalho, uma cópia do mesmo e que os dados obtidos possam ser incorporados a um banco de dados, junto com o de outros trabalhos.

Por favor, envie para a Disciplina de Reumatologia-UNIFESP, por fax para (11) 5573-0268 , aos cuidados da Dra. Rozana Mesquita Ciconelli

> -----Mensagem original-----
 > De: Rozana Escola [mailto:rozana@reumato.epm.br]
 > Enviada em: sexta-feira, 7 de fevereiro de 2003 20:30
 > Para: rlsmith.morf@epm.br
 > Assunto: SF – 36
 >
 > Oi Ricardo
 >
 > Estou enviando a autorização
 > Um abraço
 > Rozana

6.4 Anexo 4: Questionário SF – 36.

**Versão Brasileira
do questionário
genérico de
qualidade de vida
SF-36**

- ✓ Este questionário não pode ser reproduzido nem utilizado sem autorização prévia dos autores.

6.4.1

Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é :

(circule uma)

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

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

6.4.2

r

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não.Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , 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

6.4.3

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

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se 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 em 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 o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

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

6.4.4

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

(circule uma)

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

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

(circule uma)

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 o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

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

6.4.5

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 da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	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 sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e 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

6.4.6

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

(circule uma)

Todo o 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?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer 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

6.5 Anexo 5: Cálculo dos escores do questionário genérico de qualidade de vida SF – 36.

6.5.1

Cálculo do Escore do Questionário SF-36

FASE 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for:	A pontuação será:
	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:	A pontuação será:
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for:	A pontuação será:
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,2
	6	1,0

6.5.2

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) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 1 o valor da questão é (5) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2 o valor da questão é (4) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3 o valor da questão é (3) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4 o valor da questão é (2) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 5 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) Se a resposta for (2) a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3) a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4) a pontuação será (2,25) 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) Se a resposta for 2 o valor será (5) Se a resposta for 3 o valor será (4) Se a resposta for 4 o valor será (3) Se a resposta for 5 o valor será (2) 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 deve-se seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1 o valor será (5) Se a resposta for 2 o valor será (4) Se a resposta for 3 o valor será (3) Se a resposta for 4 o valor será (2) Se a resposta for 5 o valor será (1)</p>

6.5.3 Quadro. Valores da pontuação dos domínios, limite inferior e variação

Domínio	Pontuação da(s) Questão(ões) Correspondentes	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 (a+e+g+i)	4	20
Aspectos Sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09(b+c+d+f+h)	5	25

6.6 Anexo 6: Modelo de ficha usada para a pontuação dos domínios.

SF – 36 PESQUISA EM SAÚDE				
PONTUAÇÃO				
Questão 1	2	4,4	Questão 6	1 5
Questão 2	3	3	Questão 7	2 5,4
Questão 3			Questão 8	1 5
a	3	3	Questão 9	
b	3	3	a	1 6
c	3	3	b	6 6
d	3	3	c	6 6
e	3	3	d	1 6
f	3	3	e	1 6
g	3	3	f	6 6
h	3	3	g	6 6
i	3	3	h	1 6
j	3	3	i	5 5
Questão 4			Questão 10	
a	2	2	5	5
b	2	2	Questão 11	
c	2	2	a	5 5
d	2	2	b	3 3
Questão 5			c	3 3
a	2	2	d	1 5
b	2	2	TOTAL	
c	2	2	137,8	
Capacidade funcional			30	Raw Scale
				100

Aspecto físico	8	Raw Scale	100
Dor	10	Raw Scale	84
Estado Geral de Saúde	20	Raw Scale	77
Vitalidade	23	Raw Scale	95
Aspectos Sociais	10	Raw Scale	100
Aspectos Emocionais	6	Raw Scale	100
Saúde Mental	30	Raw Scale	100
Est. comparado de saúde	3		

nº 1

M. F. P. S.

37 anos

DTM muscular

6.7 Anexo 7: Artigo enviado para a Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas.

Qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular. Avaliação através do questionário SF – 36

Quality of life in temporomandibular dysfunction patients: assessment by SF – 36 questionnaire

Marines Quintino Portella *, Antonio Sérgio Guimarães**, Ricardo Luiz Smith***

* Cirurgiã-dentista, Mestre Profissional em Morfologia Aplicada à Área de Saúde pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

** Cirurgião Dentista, Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, Coordenador do Ambulatório de DTM e Dor Orofacial do Hospital São Paulo

*** Médico, Professor Titular, Departamento de Morfologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith

Departamento de Morfologia, Anatomia, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

Rua Botucatu 740, CEP 04023-900 São Paulo, SP

Tese de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de PG em Morfologia aplicada à Área de Saúde da UNIFESP

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre qualidade de vida e disfunção temporomandibular (DTM), através do questionário SF – 36. **Metodologia:** O questionário SF – 36 (Short-Form 36) traduzido e validado para a língua portuguesa foi escolhido para este estudo. A amostra constou de 103 mulheres, 45 com DTM e 58 sem sinais e sintomas, como grupo controle pareado por idade. Os critérios de inclusão foram: a faixa etária de 19 a 52 anos de idade, e sexo feminino. Para o grupo de portadoras de DTM, diagnosticadas segundo o critério do RDC: presença de dor nos músculos da mastigação, na ATM e/ou alteração da dinâmica mandibular. Para o grupo controle, a ausência dos sinais e sintomas. As portadoras foram inseridas na amostra seqüencialmente à medida que freqüentaram os serviços e aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Da mesma forma foi organizado o grupo controle com voluntárias. O questionário foi auto-aplicado pelas participantes, após orientação verbal sobre o mesmo. As respostas foram processadas, os dados ponderados com a pontuação correspondente a cada questão e os valores transformados em notas referentes aos oito domínios. Foi utilizada a prova não paramétrica de Mann-Whitney para amostras independentes na comparação entre os grupos DTM e controle em cada um dos domínios da escala SF – 36. **Resultados e Conclusões:** A qualidade de vida de pacientes portadoras de sinais e sintomas de DTM quando comparada com um grupo controle avaliado pelo questionário SF – 36 revelou que existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, mostrando que pacientes com DTM têm menor pontuação em todos os domínios. Os domínios que apresentaram maior diferença ($p \leq 0,001$) foram: estado geral de saúde, capacidade funcional e saúde mental. Os domínios vitalidade, dor, aspectos sociais e emocionais apresentaram diferenças significantes ($p < 0,01$). O domínio aspecto físico mostrou $p < 0,05$. Esses resultados indicam que as pacientes com DTM se vêem como pessoas doentes e comprometidas, o que afeta sua qualidade de vida.

Descritores: Qualidade de vida, disfunção temporomandibular, dor orofacial, articulação temporomandibular.

Key-words: Quality of life, temporomandibular disorders, orofacial pain, temporomandibular joint.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde - “World Health Organization” - WHO (*The WHOQOL Group*, 1995) define qualidade de vida como a percepção individual de vida num contexto de cultura e sistema 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 independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com características de desenvolvimento. Conclui-se que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, inclui pontos positivos e negativos de vida e é multidimensional.

Qualidade de vida também pode ser definida como “a sensação de bem-estar do indivíduo que vai de encontro à satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ele” (Cunningham et al, 2000). Apesar do trabalho pioneiro da WHO, só recentemente esta definição tem sido utilizada, e qualidade de vida foi introduzida como título na Medline em 1975 (Bowling, 1996).

Questionários auto-administráveis ou feitos por entrevistadores podem ser usados para medir diferenças de qualidade de vida em determinado período de tempo. Dois tipos básicos de medidas de qualidade de vida podem ser úteis: instrumentos genéricos, que fornecem um resumo de qualidade de vida relativo à saúde e instrumentos específicos que focam um problema associado com uma doença, grupo de pacientes, áreas ou função (Gordon et al, 1993).

A necessidade de uma compreensão sobre o impacto social e psicológico ocasionado por doenças orais justifica o uso de instrumentos para avaliar a qualidade de vida em Odontologia. Um dos primeiros estudos foi realizado por Reisine et al (1989), que encontraram um grande número de pacientes que tiveram suas atividades afetadas em casa, em suas relações sociais e de lazer, como resultado de sua condição dental.

Conforme Segu et al (2003), distúrbios orais têm um impacto psicossocial na qualidade de vida, que pode ser medido com questionários. Em um de seus estudos, utilizando o questionário OHIP (*Oral Health Impact Profile*), avaliaram se e como a dor orofacial pode afetar a qualidade de vida em pacientes com DTM, comparando com pessoas sem DTM. O resultado indica claramente que a dor orofacial e sintomas associados afetam negativamente a qualidade de vida de pacientes com DTM.

Poucas investigações relacionam qualidade de vida com disfunção temporomandibular (DTM), havendo um estudo não controlado com 30 pacientes, mostrando que indicadores de disfunção social, dor e ansiedade são os mais sensíveis a esta condição (Reisine et al, 1989).

O questionário SF – 36 (*Short Form – 36*) (Ware Jr, Sherbourne, 1992) é a medida de qualidade de vida mais popular em um grande número de especialidades médicas. É o melhor instrumento do “Medical Outcomes Study” nos Estados Unidos da América. Tem a vantagem de ser curto e envolver várias áreas (funcional, física, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental). O SF – 36 tem sido utilizado como questionário-base para avaliação em saúde, e desde sua validação foi amplamente utilizado em Medicina, havendo até recentemente 3342 referências indicadas na base de dados PubMed da National Library of Medicine.

Disfunção temporomandibular (DTM) inclui um número de problemas clínicos que envolvem dor nos músculos da mastigação e/ou na articulação temporomandibular (ATM). As DTM foram identificadas como a principal causa da dor não-dental na região orofacial e são consideradas como uma subclasse das desordens músculo-esqueléticas (Okeson, 1998).

A dor crônica é um problema comum que causa incapacidade em 50 milhões de indivíduos nos Estados Unidos, e dor crônica que inclui disfunção temporomandibular (DTM), em cerca de 20 a 25% dos casos (Korszun et al, 1996). É aceito que a causa e a patogenia desta condição é multifatorial, envolvendo fatores psicológicos, comportamentais e ambientais.

Lindroth et al (2002) fizeram um estudo em pacientes com dor nos músculos da mastigação e pacientes com dor intra-capsular, comparando domínios comportamentais e psicossociais. O resultado mostrou maior alteração comportamental e significativo estresse psicológico no grupo com dor nos músculos da mastigação.

O estresse é um fator desencadeante de várias doenças psicossomáticas, como as dores músculo-esqueléticas, e em alguns pacientes, os problemas psicossociais podem ser o resultado da dor orofacial, mas em outros, estes problemas podem ser o fator etiológico primário ou sustentarem a dor. Para tratar e prevenir estas desordens, é importante aprender sobre os possíveis mecanismos psicobiológicos envolvidos (Okeson, 1998; Lundberg, Melin, 2002).

Ansiedade e eventos que alterem a vida estão associados com problemas de DTM. Pacientes com síndrome da dor miofascial tiveram um número maior de mudanças na vida, como limitações na função social e bem estar emocional do que os com outras doenças (Moody et al, 1982; DiFabio, 1998; Auerbach et al, 2001). Uma das explicações para isto é que a quantidade de alterações na vida aumenta o estresse psicológico. A avaliação psicossocial e cognitivo-comportamental pode identificar pacientes de risco para cronicidade e a necessidade de cuidados adicionais alternativos (Dahlstrom et al, 1997).

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de mulheres portadoras de DTM comparando com um grupo controle sem sinais e sintomas de DTM, através do questionário SF – 36, traduzido e validado para a língua portuguesa (Ciconelli, 1997; Ciconelli et al, 1999).

Metodologia

Foram selecionadas 103 (cento e três) mulheres, 45 (quarenta e cinco) portadoras de DTM e 58 (cinquenta e oito) sem sinais e sintomas de DTM, como grupo controle pareado por idade. A faixa etária foi de 19 a 52 anos.

A amostra de portadoras de sinais e sintomas de DTM foi proveniente do Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do Hospital São Paulo/Universidade Federal de São Paulo, de clínicas odontológica e de ortodontia particulares e de alunas de curso de pós-graduação na área de Odontologia. O grupo controle constou de pacientes de clínicas particulares e de alunas de pós-graduação na área de Odontologia, sem sinais e sintomas. As portadoras foram inseridas na amostra seqüencialmente, à medida que freqüentaram os serviços e aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Da mesma forma foi organizado o grupo controle com voluntárias.

Os critérios de inclusão foram: faixa etária de 19 a 52 anos de idade e sexo feminino. Para o grupo de portadoras de DTM, diagnosticadas segundo o critério do RDC (Dworkin, LeResche, 1992), presença de dor nos músculos da mastigação, na ATM e/ou alteração da dinâmica mandibular. Para o grupo controle, a ausência de sinais e sintomas.

O instrumento utilizado foi o questionário SF – 36, traduzido e validado para a língua portuguesa (Ciconelli, 1997; Ciconelli et al, 1999). O questionário foi auto-aplicado pelas participantes, após orientação verbal sobre o mesmo, leitura e assinatura do termo de consentimento.

As respostas foram processadas (de acordo com Ciconelli, 1997; Ciconelli et al, 1999), os dados ponderados com a pontuação correspondente a cada questão e os valores transformados em notas de oito domínios, que são:

- 1- Capacidade funcional
- 2- Limitação por aspectos físicos
- 3- Dor
- 4- Estado geral de saúde
- 5- Aspectos sociais
- 6- Vitalidade
- 7- Aspectos emocionais
- 8- Saúde mental.

Para cada questão, foram feitos testes estatísticos para certificar diferenças significativas na concentração de respostas.

As variáveis quantitativas foram representadas por média, desvio padrão (dp) e mediana. Os grupos DTM e Controle foram comparados em relação à idade das mulheres participantes pelo teste t de Student para amostras independentes. Foi utilizada a Prova não paramétrica de Mann-Whitney para amostras independentes na comparação entre os grupos DTM e Controle em cada um dos domínios da escala SF – 36.

Adotou-se o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$) e níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes e representados por *

Resultados

O grupo DTM foi formado por 45 mulheres com idades entre 19 e 52 anos e média de 32 anos (d.p. = 10 anos) e o grupo Controlo por 58 mulheres com idades entre 19 e 50 anos e média de 33 anos (d.p. = 10 anos). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação às idades das mulheres ($p = 0,808$).

Na comparação entre os grupos em relação às sub-escalas do SF – 36, o grupo DTM apresentou escores significativamente menores do que os do grupo Controlo nos domínios: capacidade funcional ($p = 0,001$), aspecto físico ($p = 0,014$), dor ($p = 0,004$), estado geral de saúde ($p < 0,001$), vitalidade ($p = 0,003$), aspectos sociais ($p = 0,004$), aspectos emocionais ($p = 0,003$) e saúde mental ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Média (d.p.) e mediana das sub-escalas do SF – 36 de mulheres dos grupos DTM e Controlo.

SF – 36 Sub-escalas	DTM (n = 45)	Controlo (n = 58)	Prova de Mann- Whitney
Capacidade funcional	76,78 (22,79) 85	90,95 (9,57) 95	$p = 0,001$ *
Aspecto físico	73,89 (33,69) 100	88,10 (24,74) 100	$p = 0,014$ *
Dor	61,60 (24,05) 62	75,12 (19,94) 74	$p = 0,004$ *
Estado geral de saúde	67,89 (19,41) 67	81,41 (15,51) 87	$p < 0,001$ *
Vitalidade	52,00 (23,75) 55	65,72 (20,85) 70	$p = 0,003$ *
Aspectos sociais	65,28 (28,57) 75	80,82 (23,44) 87,5	$p = 0,004$ *
Aspectos emocionais	56,30 (42,54) 66,7	78,74 (36,78) 100	$p = 0,003$ *
Saúde mental	59,29 (22,54) 60	73,95 (16,10) 80	$p < 0,001$ *

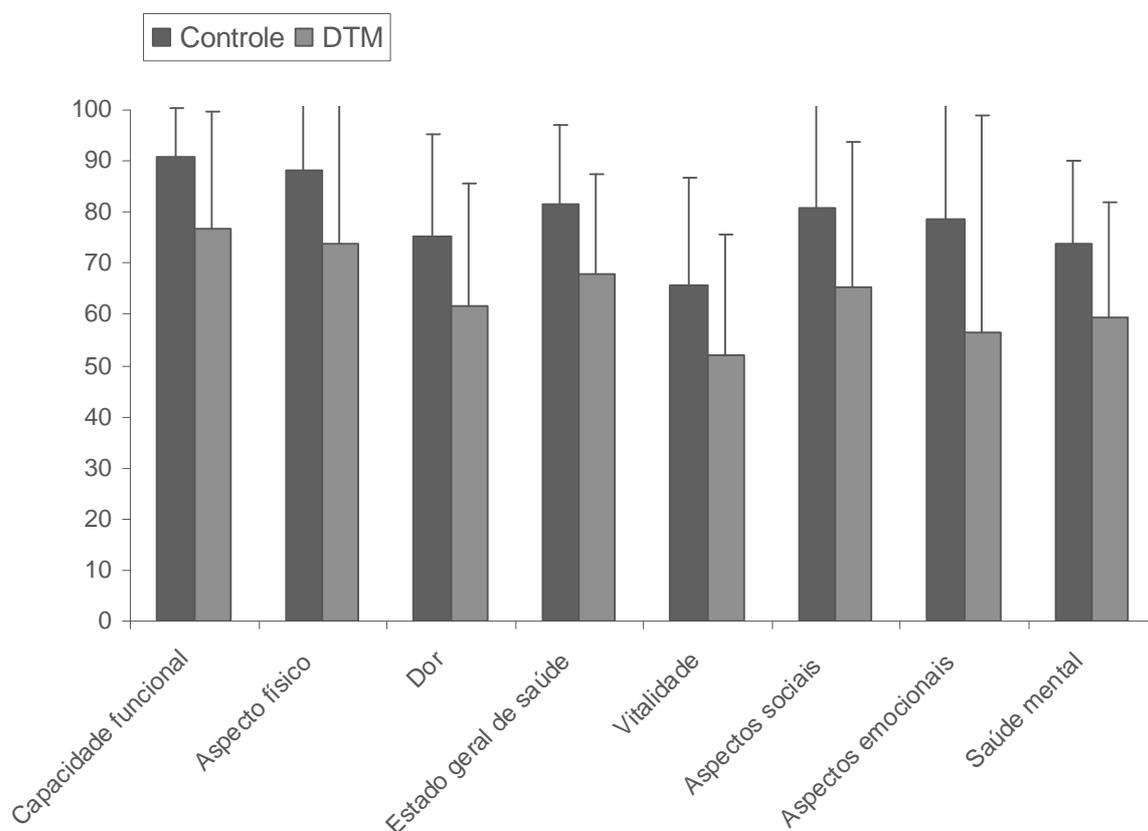


Gráfico 1 – Média (d.p.) das sub-escalas do SF – 36 de mulheres dos grupos DTM e Controle.

Discussão

O interesse de avaliar a qualidade de vida de pacientes com DTM é para, além de avaliar, também introduzir uma mentalidade de promoção de saúde e vida. A aceitabilidade dos questionários pelos informantes e a baixa taxa de recusa em participar deste estudo, faz-nos concluir pela adequação do instrumento ao nosso meio. A literatura em Odontologia quando se refere à qualidade de vida, geralmente utiliza o senso comum e não instrumentos validados para a sua avaliação (Siqueira, Teixeira, 1998)

A percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos pacientes, bem como o impacto de sua doença e de seu respectivo tratamento, estão sendo amplamente reconhecidos como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos (Ciconelli et al, 1999).

Medidas de qualidade de vida podem refletir características da doença que não são captadas pelos sintomas clínicos e também pode ser um caminho para apresentar o impacto da doença na perspectiva do paciente (Mauskopf et al, 1995; Lindroth et al, 2002).

O SF – 36 é um instrumento útil para avaliar de forma objetiva a qualidade de vida em Odontologia, especialmente em DTM e dor orofacial. Tem como vantagens ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, não é extenso e avalia tanto os aspectos positivos quanto os negativos da saúde e bem-estar.

Ware, Sherbourne (1992) propuseram a classificação dos pacientes avaliados pelo SF – 36 em dois grandes componentes:

- 1- Componente Físico – envolvendo os componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde;
- 2- Componente Mental – englobando os componentes: saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade.

Esta separação tem por finalidade visualizar de forma genérica estes dois grandes componentes que podem estar envolvidos de maneira distinta nas diversas patologias.

Kuttila et al (1998), em um estudo sobre necessidade de tratamento em casos com DTM, relacionado com idade, sexo e estresse, concluíram que mulheres apresentam mais sinais e sintomas de DTM, mostrando estar associado com altos níveis de estresse. Isto sugere estudos futuros para entender o desenvolvimento dos diferentes fatores etiológicos da DTM.

De maneira geral, os resultados deste estudo mostram que mulheres com DTM têm menor pontuação em todos os domínios referentes à qualidade de vida do que as do grupo controle, independente da idade.

Os domínios que apresentaram maior diferença entre os grupos foram: estado geral de saúde ($p < 0,001$), capacidade funcional ($p = 0,001$) e saúde mental ($p > 0,001$). As questões que envolvem estado geral de saúde têm um caráter geral e indicam que as pacientes com DTM se vêem como pessoas doentes.

As menores diferenças foram encontradas nos domínios “vitalidade” ($p = 0,003$), “aspectos sociais” ($p = 0,004$) e “aspectos emocionais” ($p = 0,003$). O componente “aspecto

emocional” avalia o quanto alterações emocionais apresentadas pelo paciente interferem nas suas atividades de vida diária e de trabalho. O componente “aspecto social” é avaliado por duas questões, onde basicamente é perguntado o quanto sua doença interfere no relacionamento com familiares, vizinhos, amigos e em suas atividades sociais fora de casa. Uma das hipóteses para estes valores baixos, embora significativos, é de que a DTM interfere muito pouco em atividades no trabalho ou em casa, sugerindo que o paciente consegue ter uma vida relativamente normal, apesar do problema.

Vários estudos identificaram aspectos emocionais na etiologia da dor em DTM (Moody et al, 1982; Rudy et al, 1989, Wade et al, 1992; Auerbach et al, 2001).

As questões que avaliam “saúde mental” demonstram o quanto o fato de o paciente sentir-se deprimido ou ansioso estaria interferindo em suas atividades de vida ou de trabalho. Neste aspecto, os casos de DTM mostram ter mais problemas do que os do grupo controle. A diferença entre os grupos no domínio “saúde mental” é confirmada no estudo de Dahlstrom et al (1997), onde sugerem que a redução da dor é influenciada pelo estado mental do paciente.

Os resultados de um estudo de Carlson et al (1998) mostraram que as pessoas com dor nos músculos da mastigação apresentavam fadiga, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, sintomas menstruais. Isto confirma o resultado do nosso estudo, onde os domínios “dor” e “estado geral de saúde” apresentaram diferença significativa entre os dois grupos.

Este estudo limitou-se a avaliar somente mulheres, embora numa faixa etária extensa, mas não deve ser generalizado para jovens e homens. Entretanto, é importante para conhecimento de que alterações na qualidade de vida podem levar a problemas emocionais e físicos com reflexos na ATM.

Referências Bibliográficas

- Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LM, Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:628-33.
- Bowling A. The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:149-55.
- Carlson CR, Kevin IR, Curran SL, Studts J, Okesson JP, Falace D, Nitz A, Bertrand PM. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. *Pain* 1998;76:297-307.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF – 36)” [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 1997. 145 p.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF – 36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39:143-50.
- Cunningham SJ, Garrat AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:195-201.
- Dahlstrom L, Widmark G, Carisson GS. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. *Eur J Oral Sci* 1997;105:377-83.
- DiFabio RP. Physical therapy for patients with TMD: a descriptive study of treatment, disability, and health status. *J Orofac Pain* 1998;12:124-35.
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992;4:301-55.
- Gordon HG, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals Int Med* 1993;118:622-9.
- Korszun A, Hinderstein B, Wong M, Arbor A. Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996;5:496-500.
- Kuttila M, Niemi PM, Kuttila S, Alanen P, Le Bell Y. TMD treatment need in relation to age, gender, stress, and diagnostic subgroup. *J Orofac Pain* 1998;12:67-74.

- Lindroth JE, Schmidt JE, Carlson CR. A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J Orofac Pain* 2002;16:277-83.
- 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. p.165-79.
- Mauskopf JA, Austin R, Dix LP, Berzon RA. Estimating the value of a generic quality-of-life measure. *Med Care* 1995;33(4 Suppl):AS195-202.
- Moody PM, Kemper JT, Okeson JP, Calhoun MA, Packer MW. Recent life changes and myofascial pain syndrome. *J Prosthet Dent* 1982;48:328-30.
- Okeson JP. *Dor orofacial – guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessence; 1998.
- Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:7-10.
- Rudy TE, Turk DC, Zaki HS, Curtin HD. An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders. *Pain* 1989;36:311-20.
- Segu M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol* 2003;52:279-87.
- Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial e disfunção temporomandibular: abordagem clínica atual. *J Bras Orto Ortop Facial* 1998;17:36-50.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assesment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
- Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, Cook DB. Patterns of normal personality among chronic pain patients. *Pain* 1992; 48:37-43.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.

7 REFERÊNCIAS

Allen PF, McMillan AS. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Impl Res* 2003;14:173-9.

Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LM, Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:628-33.

Bosch JL, Halpern EF, Gazelle GS. Comparison of preference-based utilities of the short-form 36 health survey and health utilities index before and after treatment of patients with intermittent claudication. *Med Decis Making* 2002;22:403-9.

Bowling A. The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:149-55.

Carlson CR, Kevin IR, Curran SL, Studts J, Okesson JP, Falace D, Nitz A, Bertrand PM. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. *Pain* 1998;76:297-307.

Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. *Brit J Rheumatol* 1996;35:275-81.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF – 36)" [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 1997. 145 p.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF – 36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39:143-50.

Cunningham SJ, Garrat AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:195-201.

Dahlstrom L, Widmark G, Carisson GS. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. *Eur J Oral Sci* 1997;105:377-83.

DiFabio RP. Physical therapy for patients with TMD: a descriptive study of treatment, disability, and health status. *J Orofac Pain* 1998;12:124-35.

Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2000;35:293-300.

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992;4:301-55.

Essink-Bot ML, Krabbe PF, Bonsel GJ, Aaronson NK. An empirical comparison of four generic health status measures. The nottingham health profile, the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form health survey, the COOP/WONCA charts, and the EuroQol instrument. *Med Care* 1997;35:522-37.

Franks PJ, McCullagh L, Moffatt CJ. Assessing quality of life in patients with chronic leg ulceration using the Medical Outcomes Short Form-36 questionnaire. *Ostomy Wound Manage* 2003;49:26-37.

Gordon HG, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals Int Med* 1993;118:622-9.

Gross SM, Vacchiano RB. Personality correlates of patients with temporomandibular joint dysfunction. *J Prosth Dent* 1973;30:326-9.

Hobson JP, Meara RJ. Is the SF-36 health survey questionnaire suitable as a self-report measure of the health status of older adults with Parkinson's disease? *Qual Life Res* 1997;6:213-6.

Isotani S, Fujisawa M, Ichikawa Y, Ishimura T, Matsumoto O, Hamami G, Arakawa S, Iijima K, Yoshikawa N, Nagano S, Kamidono S. Quality of life of living kidney donors: the short-form 36 – item health questionnaire survey. *Urology* 2002;60:588-92.

Jenkinson C, Peto V, Fitzpatrick R, Greenhall R, Hyman N. Self-reported functioning and well-being in patients with Parkinson's disease: comparison of the short-form health survey (SF-36) and the Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39). *Age Ageing* 1995;24:505-9.

King JT, McGinnis KA, Roberts MS. Quality of life assessment with the medical outcomes study short form-36 among patients with cervical spondylotic myelopathy. *Neurosurgery* 2003;52:113-20.

Kopp HG. A dor crônica: aspectos psicossomáticos. In: Palla S Ed. *Mioartropatias do sistema mastigatório e dores orofaciais*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 183-92.

Korovessis P, Dimas A, Iliopoulos P, Lambiris E. Correlative analysis of lateral vertebral radiographic variables and medical outcomes study short-form health survey: a comparative study in asymptomatic volunteers versus patients with low back pain. *J Spinal Disord Tech* 2002;15:384-90.

Korszun A, Hinderstein B, Wong M, Arbor A. Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996;5:496-500.

Kressin NR, Reisine S, Spiro AIII, Jones JA. Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:412-23.

Kuttila M, Niemi PM, Kuttila S, Alanen P, Le Bell Y. TMD treatment need in relation to age, gender, stress, and diagnostic subgroup. *J Orofac Pain* 1998;12:67-74.

Laan GJ. Relative importance of psychological and social variables in TMJ pain dysfunction syndrome (PDS) signs. *Comm Dent Oral Epid* 1988;16:117-21.

Lam CL, Gandek B, Ren XS, Chan MS. Tests of scaling assumptions and construct validity of the chinese (hk) version of the SF – 36 health survey. *J Clin Epidemiol* 1998;11:1139-47.

Lindroth JE, Schmidt JE, Carlson CR. A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J Orofac Pain* 2002;16:277-83.

Lobbezoo F, Drangsholt M, Peck C, Sato H, Kopp S, Svensson P. Topical review: new insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain* 2004;18:181-91.

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. p.165-79.

Madland G, Charlotte F, Newman S. Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain* 2000;84:225-32.

Manfredini D, Cantini E, Romagnoli M, Bosco M. Prevalence of bruxism in patients with different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) diagnoses. *Cranio* 2003;21:279-85.

Manfredini D, Segu M, Bertacci A, Binotti G, Bosco M. Diagnosis of temporomandibular disorders according to RDC/TMD axis I findings, a multicenter Italian study. *Minerva Stomatol* 2004a;53:429-38.

Manfredini D, Bandettini di Poggio A, Cantini E, Dell'Osso L, Bosco M. Mood and anxiety psychopathology and temporomandibular disorder: a spectrum approach. *J Oral Rehabil* 2004b;31:933-40.

Martinez TY, Pereira CA, dos Santos ML, Ciconelli RM, Guimarães SM, Martinez JA. Evaluation of the short-form 36 – item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Chest* 2000;117:1627-32.

Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevalco G. Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. *Disabil Rehabil* 2001;23:64-8.

Mauskopf JA, Austin R, Dix LP, Berzon RA. Estimating the value of a generic quality-of-life measure. *Med Care* 1995;33(4 Suppl):AS195-202.

Melville MR, Lari MA, Brown N, Young T, Gray D. Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short form 36 in distinguishing symptom in myocardial infarction survivors. *Heart* 2003;89:1445-6.

Mitani H, Hashimoto H, Isshiki T, Kurokawa S, Ogawa K, Matsumoto K, Miyake F, Yoshino H, Fukuhara S. Health-related quality of life of Japanese patients with chronic heart failure: assessment using the Medical Outcome Study Short Form 36. *Circ J* 2003;7:215-20.

Molin C, Shalling D, Edmang G. Psychological studies of patients with mandibular pain dysfunction syndrome. *Swed Dent J* 1973;66:1-11.

Moody PM, Kemper JT, Okeson JP, Calhoun MA, Packer MW. Recent life changes and myofascial pain syndrome. *J Prosthet Dent* 1982;48:328-30.

Moss R, Lombardo T, Villarosa G, Cooley J, Simkin L, Hodgson J. Oral habits and TMJ dysfunction in facial pain and non-pain subjects. *J Oral Rehab* 1995;22:79-81.

Moulton RE. Psychiatric considerations in maxillofacial pain. *J Am Dent Ass* 1995;51:408-14.

Oakley M, McCreary CP, Flack VF, Clarck GT. Screening for psychological problems in temporomandibular disorder patients. *J Orofac Pain* 1993;7:143-49.

Okeson JP. Dor orofacial – guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence; 1998a.

Okeson JP. Fatores psicológicos e dor bucofacial: Grupo II. In: Dores bucofaciais de Bell. 5ª ed. São Paulo: Quintessence; 1998b. p. 455-72.

Ohrbach R, Dworkin SF. Five-year outcomes in TMD: relationship of changes in pain to changes in physical and psychological variables. *Pain* 1998;74:315-26.

Pfennings L, Cohen L, Miller D, Gerbaud L, Vleugels L, Freeman J, Vernay D, Bielay S, Ketelaer P, Thompson A, Polman C, van der Ploeg H. Using the Short Form 36 with multiple sclerosis patients in five countries: a cross-cultural comparison. *Psychol Rep* 1999;85:19-31.

Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:7-10.

Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain* 2000;4:71-81.

Rubenstein LM, Voelker MD, Chrischilles EA, Glen DC, Wallace RB, Rodnitzky RL. The usefulness of the Functional Status Questionnaire and Medical Outcomes Study Short Form in Parkinson's disease research. *Qual Life Res* 1998;7:279-90.

Rudy TE, Turk DC, Zaki HS, Curtin HD. An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders. *Pain* 1989;36:311-20.

Rudy TE, Turk DC, Kubinski JA, Zaki HS. Differential treatment responses of TMD as a function of psychological characteristics. *Pain* 1995;61:103-12.

Scott DS. Myofascial pain-dysfunction syndrome: A psychobiological perspective. *J Behav Med* 1981;4:451-65.

Segu M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Minerva Stomatol* 2003;52:279-87.

Sipila K, Veijola J, Jokelainen J, Jarvelin MR, Olkarinen KS, Raustia AM, Joukamamm M. Association between symptoms of temporomandibular disorders and depression: an epidemiological study of the northern Finland 1966 birth cohort. *Cranio* 2001;19:183-7.

Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial e disfunção temporomandibular: abordagem clínica atual. *J Bras Orto Ortop Facial* 1998;17:36-50.

Southwell J, Deary IJ, Geissler P. Personality and anxiety in TM joint syndrome patients. *J Oral Rehabil* 1990;17:239-43.

Stein MB, Barret-Connor E. Quality of life in older adults receiving medications for anxiety, depression, or insomnia: findings from a community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:568-74.

Sternbach R, Timmermans G. Personality change associated with reduction of pain. *Pain* 1975;1:177-81.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assesment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.

Velly AM, Philippe P, Gornitsky M. Heterogeneity of temporomandibular disorders: cluster and case-control analyses. *J Oral Rehab* 2002;29:969-79.

Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, Cook DB. Patterns of normal personality among chronic pain patients. *Pain* 1992; 48:37-43.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.

Ware JE Jr. The status of health assessment 1994. *Annu Rev Public Health* 1995;16:327-54.

Ware JE Jr, Sherbourne CD, Hays R, Stewart A, Berry S, Gander B. Medical outcomes study (MOS) 36 – item short form. *Qolid – 2002;10:568-74.*