



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

LUANA MARIA RAMOS MENDES

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION*
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0) PARA INDIVÍDUOS COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

FORTALEZA

2020

LUANA MARIA RAMOS MENDES

VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE* (WHODAS 2.0) PARA INDIVÍDUOS COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro.

Coorientadora: Profa. Dra. Livia Maria Sales Pinto Fiamengui

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M491v Mendes, Luana Maria Ramos.
Validação da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) para indivíduos com disfunção temporomandibular / Luana Maria Ramos Mendes. – 2020.
68 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro.
Coorientação: Profa. Dra. Lívia Maria Sales Pinto Fiamengui.
1. Avaliação da Deficiência. 2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 3. Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. I. Título.

CDD 610

LUANA MARIA RAMOS MENDES

VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO *WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE* (WHODAS 2.0) PARA INDIVÍDUOS COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Lívia Maria Sales Pinto Fiamengui (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Larissa Fortunato Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Débora Bevilaqua Grossi
Universidade de São Paulo (USP)

A Deus.

Aos meus pais, Francisco Lúcio e Maria

Jacinta.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por todas as oportunidades e graças que me proporcionou durante minha vida. Sendo sempre a luz a guiar meus caminhos e me concedendo força e sabedoria nessa jornada.

Aos meus pais, Lúcio e Jacinta, pelo amor e apoio incondicional durante todas as etapas de minha vida. Por serem meus exemplos, minha base e meu amparo nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos, Luciana, Lúcio Filho, Vitor e Liana, por serem meus companheiros de vida, por todo amor e por sempre acreditarem em mim.

Aos meus sobrinhos, João Miguel, Ana Laura e Maria Luísa, e meu primo Gustavo, por trazerem alegria e leveza para amenizar a rotina e o cansaço.

Ao meu orientador, Dr. Shamyry Sulyvan de Castro, pela confiança depositada em mim e no meu trabalho, pela paciência, amizade e ensinamentos transmitidos, de grande importância tanto para minha vida acadêmica como pessoal.

À minha co-orientadora Dra. Lívia Maria Sales Pinto Fiamengui, pela confiança em meu trabalho, amizade, por todo auxílio e conhecimento compartilhado durante esses anos de convívio no Grupo de Estudos em Dor Orofacial (GEDO), que enriqueceram minha prática clínica e minha vida acadêmica.

Aos membros da banca por todas as contribuições valiosas ao trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa Funcionalidade & Saúde Pública por toda troca de conhecimento durante esses dois anos.

Ao GEDO pelo apoio fundamental para execução do meu trabalho, em especial as alunas Amanda, Ana Natíssia e Jéssica que me auxiliaram no processo de coleta.

À Clínica de Prótese e Oclusão da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem e ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) pelo espaço e infraestrutura para o desenvolvimento desta pesquisa.

À minha turma de mestrado pelo conhecimento compartilhado durante esse processo. Em especial, as minhas amigas do grupo de pesquisa Bárbara e Marina, que dividiram comigo as experiências, alegrias e angústias da pós-graduação e que ganharam um espaço especial na minha história. Aos professores da pós-graduação e aos servidores da UFC que contribuíram e auxiliaram sempre que necessário.

Aos meus amigos, aqueles que estão comigo desde o colégio (Luciana, Dalliany e Rafaelle), os que foram um presente durante a graduação (Laryssa e Helena Larissa), os

colegas de trabalho e a todos que sempre me incentivaram e estiveram na torcida por mim. Em especial ao Bruno, minha dupla no estudo da Dor Orofacial, que me auxiliou na concepção e na execução desta pesquisa.

À Clínica Qorpo pelo incentivo, apoio e compreensão durante todo o mestrado.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram durante esse caminho, que me apoiaram, incentivaram e tornaram possível o cumprimento de mais esta etapa.

“Estou entre aqueles que acham que a ciência tem uma grande beleza.”

Marie Curie

RESUMO

INTRODUÇÃO: Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo que engloba uma série de distúrbios que afetam a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e estruturas associadas. Ela constitui um grande problema de saúde pública, pois é uma das principais fontes de dor orofacial crônica que interfere nas atividades diárias. Ainda não existe um instrumento que avalie funcionalidade, segundo o modelo teórico-conceitual da CIF em indivíduos com DTM. Portanto, a validação do WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*) para essa população seria de grande contribuição tanto para fins clínicos, como científicos, ao disponibilizar uma medida confiável de funcionalidade nessa população. **OBJETIVOS:** Validar a versão brasileira do WHODAS 2.0 para indivíduos com Disfunção Temporomandibular. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo metodológico de validação e avaliação das medidas psicométricas da versão brasileira do WHODAS 2.0 para indivíduos com DTM. A análise estatística foi realizada pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (consistência interna), correlação de Spearman (validade de critério), teste de Kruskal-Wallis e de comparações múltiplas (método de Dunn) (validade discriminante). Além disso, para descrever as características sociodemográficas, clínicas, de funcionalidade e qualidade de vida dos participantes do estudo foram utilizadas as seguintes medidas descritivas: medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão) e frequência relativa (%). Para isso, foi utilizado o software SPSS 20.0 assumindo um valor de significância de 5%. **RESULTADOS:** Foram avaliados 100 sujeitos com diagnóstico de DTM de acordo com o RDC/TMD. A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (78%), com média de idade de 33,68 ($\pm 13,52$) anos, estudantes (38%) ou que exerciam algum trabalho remunerado (37%) e que nunca foram casadas (55%). O diagnóstico de DTM na grande maioria foi de Distúrbios Musculares (81%). Os resultados de consistência interna para os domínios variaram de 0,56 a 0,93. O WHODAS 2.0 apresentou uma correlação moderada e significativa com os pontos de incapacidade do RDC/TMD e com os domínios do WHOQOL-bref. Na validade discriminante, foram encontradas diferenças significativas em todos os domínios do WHODAS 2.0 entre o grau 0 e o grau III, entre o grau I e grau III, e entre grau II e grau III de dor crônica do RDC/TMD. **CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos demonstram que o instrumento é confiável e válido para aferição da funcionalidade em indivíduos com DTM, apresentando propriedades psicométricas aceitáveis tanto para consistência interna, como para validade de critério e validade discriminante.

Palavras-chave: Avaliação da Deficiência; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Temporomandibular Dysfunction (TMD) is a term that involves a series of disorders that affect the temporomandibular joint (TMJ), masticatory muscles and associated structures. It is a major public health problem, as it is one of the main sources of chronic orofacial pain that interferes with daily activities. There is still no instrument to assess functioning, according to the ICF theoretical-conceptual model in individuals with TMD. Therefore, a validation of the WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) for this population would be of great contribution for both clinical and scientific purposes, which would provide a reliable measure of functioning for this population. **OBJECTIVES:** To validate the Brazilian version of WHODAS 2.0 for individuals with Temporomandibular Disorders. **METHODS:** This is a methodological study of validation and evaluation of the psychometric measures of the Brazilian version of WHODAS 2.0 for individuals with TMD. Statistical analysis was performed by calculating Cronbach's alpha coefficient (internal consistency), Spearman correlation (criterion validity), Kruskal-Wallis test, and multiple comparisons (Dunn method) (discriminant validity). In addition, to describe the sociodemographic, clinical, functioning and quality of life characteristics of the studied participants, the following descriptive measures were taken: central tendency (mean), dispersion (standard deviation), and relative frequency (%). Hence, the SPSS 20.0 software was used, assuming a significance value of 5%. **RESULTS:** 100 subjects diagnosed with TMD were evaluated according to the RDC/TMD. The sample was composed mostly of women (78%), with an average age of 33.68 (\pm 13.52) years, students (38%) or engaged in some kind of paid work (37%) and never got married (55%). The diagnosis of TMD in the vast majority was of Muscular Disorders (81%). The results of internal consistency for the domains ranged from 0.56 to 0.93. WHODAS 2.0 showed a moderate and significant correlation with the disability points of the RDC/TMD and with the WHOQOL-bref domains. In the discriminant validity, significant differences were found in all domains of WHODAS 2.0 between grade 0 and grade III, between grade I and grade III, and between grade II and grade III from the RDC/TMD chronic pain grading. **CONCLUSION:** The obtained results demonstrate that the instrument is reliable and valid for measuring functioning in individuals with TMD, presenting acceptable psychometric properties for internal consistency, as well as for criterion validity and discriminant validity.

Keywords: Disability Evaluation; International Classification of Functioning, Disability and Health; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Explicativo da ICHD	15
Figura 2 – Esquema de Nagi para Incapacidade	16
Figura 3 – Modelo Explicativo da CIF	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra do estudo	32
Tabela 2 – Consistência Interna: α de Cronbach	34
Tabela 3 – Validade de critério: correlação dos domínios do WHODAS 2.0 com o RDC/TMD e o WHOQOL_bref	35
Tabela 4 – Validade Discriminante	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular
CF-PDI	<i>Craniofacial Pain and Disability Inventory</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DTM	Disfunção Temporomandibular
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps</i>
MDS	<i>Model Disability Survey</i>
MFIQ	<i>Mandibular Function Impairment. Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDC/TMD	<i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHODAS 2.0	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life abbreviated</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

α	Alfa
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Funcionalidade.....	14
1.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	16
1.3 World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).....	20
1.4 Disfunção Temporomandibular (DTM).....	21
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.2 Objetivos Específicos.....	26
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
4.1 Tipo e local do Estudo	27
4.2 População e Amostra	27
4.3 Procedimentos	27
4.3.1 <i>Consistência interna</i>	28
4.3.2 <i>Validade de critério: convergente e divergente</i>	28
4.3.3 <i>Validade discriminante</i>	28
4.4 Materiais.....	29
4.5 Análise Estatística.....	30
4.6 Desfecho Primário	31
4.7 Desfechos Secundários	31
4.8 Aspectos éticos	31
5 RESULTADOS	32
6 DISCUSSÃO	37
6.1 Consistência Interna.....	37
6.2 Validade de Critério	38
6.3 Validade Discriminante	40
6.4 Limitações do estudo	41
6.5 Vantagens do estudo	41
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
ANEXO A - WHODAS 2.0	50
ANEXO B – RDC/ TMD	54
ANEXO C – WHOQOL- bref	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 Funcionalidade

A saúde da população é um dos objetivos principais da sociedade moderna. Assim como nos sistemas de educação e trabalho, os sistemas de saúde são vistos como investimentos da sociedade e não com um custo (BRUNDTLAND, 2002). E para monitorar as respostas a esses sistemas às necessidades de saúde das pessoas, três indicadores de saúde são relevantes. A mortalidade é o indicador que mensura a duração de vida de uma população e a sobrevivência dos indivíduos a uma determinada condição de saúde. Já a morbidade é o indicador da distribuição dos agravos na população e do uso dos serviços de saúde (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

O terceiro indicador seriam os dados sobre deficiência que são componentes importantes da informação sobre a saúde, pois mostram quão bem um indivíduo pode funcionar em áreas gerais da vida. Junto com os indicadores tradicionais do estado de saúde de uma população, como taxas de mortalidade e morbidez, a incapacidade tornou-se importante na mensuração do ônus das doenças, na avaliação da eficácia das intervenções de saúde e no planejamento das políticas de saúde (WHO, 2001).

Com o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica de doenças infecciosas para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a principal causa de ônus para a saúde, precisamos focar a atenção na deficiência - o impacto não fatal das condições de saúde - e nas causas de mortalidade. Embora seja importante saber por que as pessoas morrem, também é importante entender como elas vivem (com suas condições de saúde). Com o aumento da expectativa de vida da população e os avanços nas tecnologias de saúde, as pessoas em todos os lugares estão vivendo com várias condições crônicas e experimentam níveis mais altos de incapacidade. Uma abordagem integrada aos cuidados de saúde exige um foco na melhoria da saúde e na redução da incapacidade e não apenas no controle dos sintomas da doença (CIEZA et al., 2018).

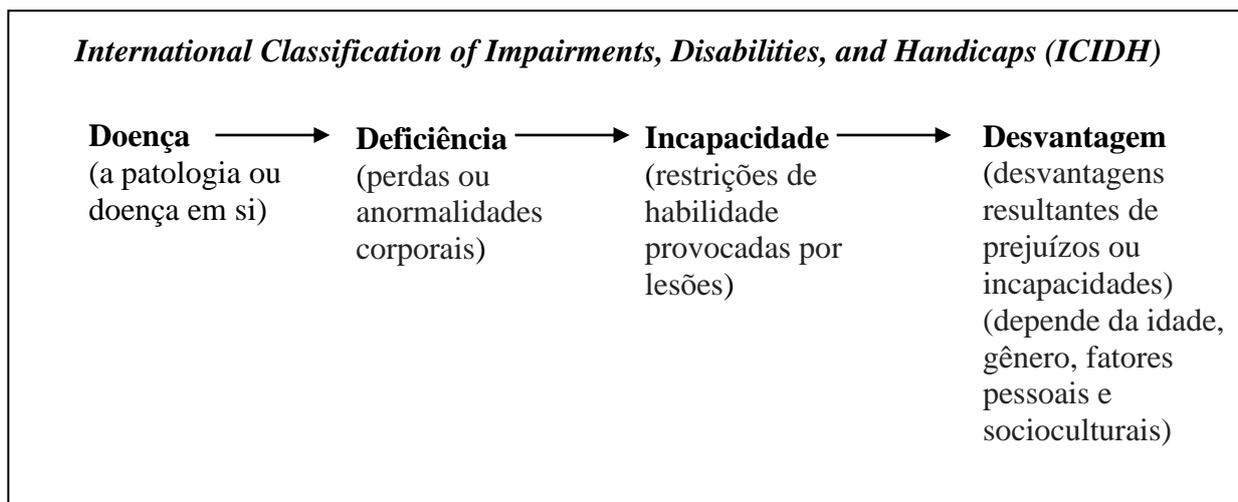
Por isso, dados sobre deficiência podem servir não apenas como um indicador para o estado de saúde de uma população e o resultado de intervenções clínicas e prestação de serviços, mas também como um indicador do impacto na população da produção do sistema de saúde. Os dados para este indicador podem ser codificados com a Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS), endossada em 2001 (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

A definição de deficiência foi alterada ao longo dos anos, partindo de uma abordagem biomédica, onde era resultado da relação de causalidade e dependência entre impedimentos

físicos ou do corpo e as desvantagens sociais que as pessoas com deficiência vivenciam (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Passou pelo modelo social, onde as lesões não eram a principal causa das desvantagens, mas sim a opressão social aos deficientes (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007). Por fim, chegou a um modelo biopsicossocial, enfatizando as relações dinâmicas e bidirecionais entre uma condição de saúde e fatores contextuais, que envolvem fatores pessoais e ambientais (GARIN et al., 2010).

Nas décadas de 1980 e 1990, dois esquemas conceituais dominaram o cenário de discussões e pesquisas a cerca de deficiência. O primeiro esquema conceitual foi o *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH), primeira tentativa da OMS de organizar uma linguagem universal sobre lesões e deficiências, publicada em 1980. Ele foi projetado em paralelo a Classificação Internacional de Doenças (CID), a taxonomia padrão de doenças usada em medicina e estatísticas de saúde. De acordo com a ICIDH, haveria uma relação de causalidade entre *impairments* (perdas ou anormalidades corporais), *disabilities* (restrições de habilidade provocadas por lesões) e *handicaps* (desvantagens resultantes de *impairments* ou *disabilities*), como pode ser visto na Figura 1. Um corpo com lesões experimentaria restrições de habilidades, o que levaria a pessoa a situações de desvantagem social. A desvantagem seria resultado das lesões, por isso a importância de conhecer, curar ou reabilitar os corpos anormais (WHO, 1980).

Figura 1: Modelo Explicativo da ICIDH.



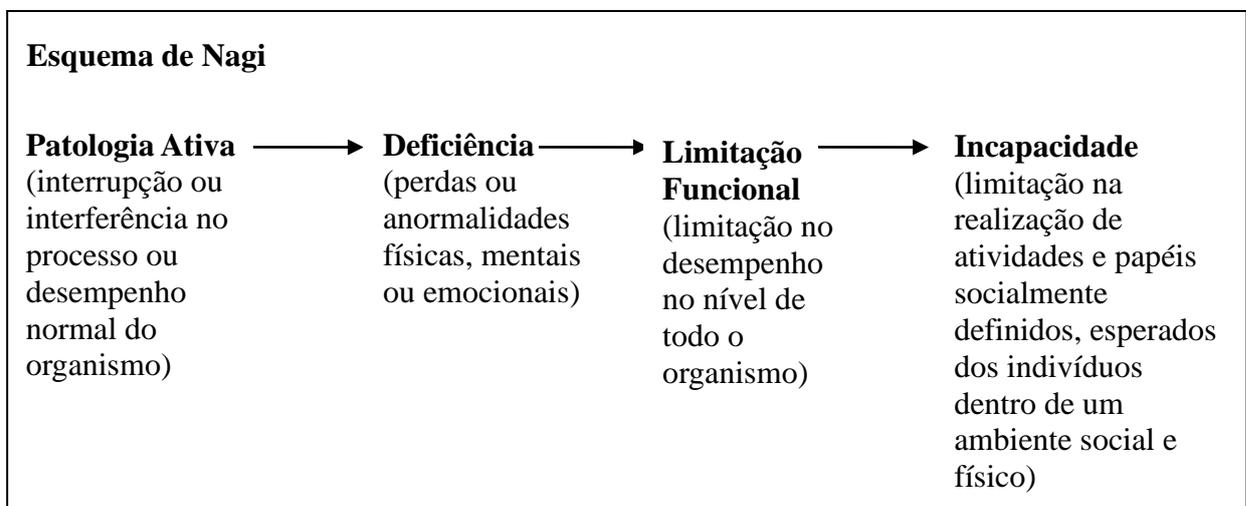
Fonte: VERBRUGGE e JETTE (1994, com adaptações).

Por fornecer um inventário de códigos específicos, facilitou as discussões internacionais sobre a deficiência e promoveu a similaridade nas estatísticas relatadas pelos países. Apesar dessa aceitação política, os pesquisadores tiveram dificuldade em usar a ICIDH

como base para o desenvolvimento de hipóteses e o desenho de estudos, citando problemas de clareza conceitual, consistência interna e viabilidade de mensuração em pesquisas (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

Outro esquema foi concebido e desenvolvido pelo sociólogo Saad Nagi, tendo ele quatro conceitos centrais: Patologia Ativa, Deficiência, Limitação Funcional e Incapacidade (Figura 2). Os conceitos de limitação funcional e incapacidade abrangem essencialmente o mesmo escopo de incapacidade da ICIDH. Não existindo, nesse esquema, um conceito paralelo para o de Desvantagem. O trabalho de Nagi é sustentado pela Teoria Sociológica, não tendo interesse na taxonomia padrão das doenças. Seu esquema podia ser adaptado e operacionalizado para o uso específico em pesquisa. Até o final dos anos 80, o trabalho de Nagi não era muito comum, mas havia recebido boas críticas e gradualmente conquistou um forte número de seguidores entre os pesquisadores sobre deficiência. Um painel do Instituto de Medicina, convocado para considerar a prevenção e política sobre deficiência, adotou o esquema conceitual de Nagi (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

Figura 2: Esquema de Nagi para Incapacidade



Fonte: VERBRUGGE e JETTE (1994, com adaptações)

Esses dois esquemas conceituais trazem o processo de deficiência como uma sequência linear e decorrente da doença. Eles não levam em consideração os fatores intrínsecos e os extrínsecos que podem agir nesse processo e como eles se correlacionam.

1.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

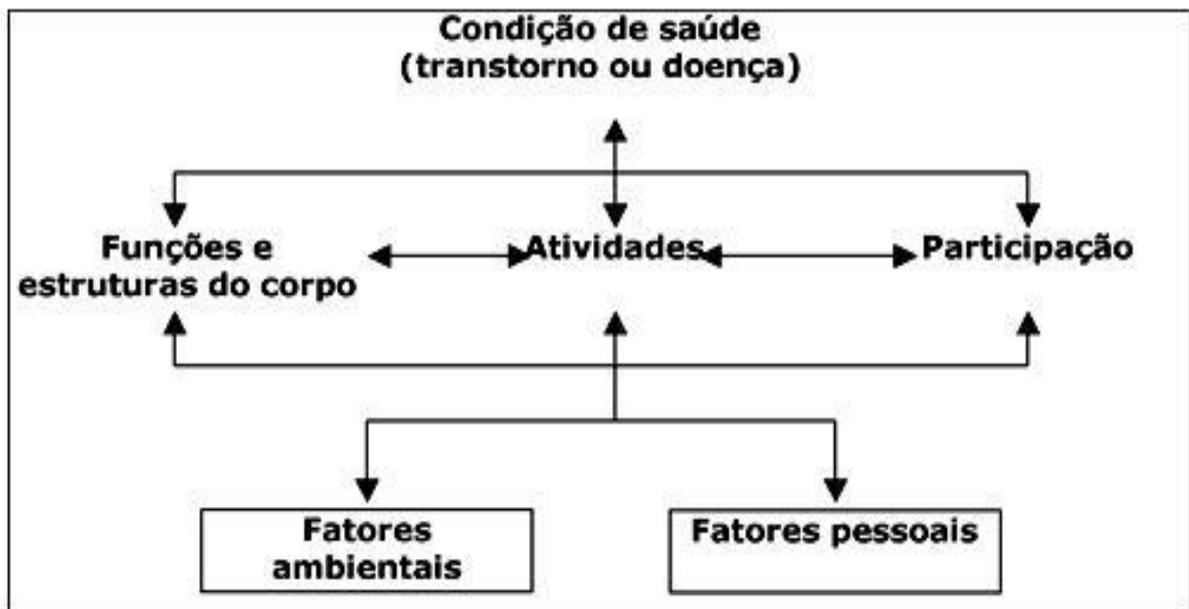
A publicação da CIF pela OMS, em 2001, é considerada um marco no debate sobre

deficiência (WHO, 2001). O documento é uma revisão da ICIDH, primeira tentativa da OMS de organizar uma linguagem universal sobre lesões e deficiências, publicada em 1980 (WHO, 1980). O processo de revisão da ICIDH apontou suas principais fragilidades, como a falta de relação entre as dimensões que a compõe, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, entre outras (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Dentre as várias modificações propostas pela CIF, uma das mais desafiantes foi o novo significado do termo “deficiência”. De uma categoria estritamente biomédica anteriormente, deficiência assumiu um caráter também sociológico e político na CIF. Essa redefinição da deficiência foi resultado de um extenso debate acadêmico já anterior à elaboração da ICIDH, porém intensificado com a publicação do documento (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007).

A CIF concebe o modelo explicativo da funcionalidade e incapacidade de forma relacionada às condições de saúde, apresentando uma proposta conceitual multifatorial que engloba fatores biopsicossociais. Na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Nesse modelo, cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais, como demonstrado na Figura 3(OMS, 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Figura 3: Modelo explicativo da CIF.



Fonte: OMS (2003).

Seu modelo conceitual tem como componentes as condições de saúde; as funções e

estruturas do corpo; as atividades; a participação; os fatores pessoais; e os fatores ambientais (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

Além do modelo explicativo, a CIF pode ser usada como ferramenta epidemiológica por meio de seu conjunto de códigos alfanuméricos que codificam e classificam a funcionalidade.

No entanto, a CIF é ineficaz para a análise e medida da deficiência na prática diária. Tendo como principal obstáculo a quantidade de códigos que poderiam ser atribuídos aos sujeitos entrevistados, os quais elevam o tempo gasto para a avaliação. A própria OMS, percebendo a dificuldade relacionada ao tempo de aplicação da dessa ferramenta, lançou algumas alternativas de instrumentos baseados na CIF, com menor quantidade de itens. Esses instrumentos seriam de aplicação mais rápida e possivelmente mais adequados aos estudos epidemiológicos e suas necessidades de redução de tempo de coleta. Os instrumentos publicados e estimulados pela OMS são os *core sets*, o *checklist*, o *World Health Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) e o *Model Disability Survey* (MDS) (CASTRO; CASTANEDA, 2016).

Os *core sets* são listas resumidas de códigos da CIF, selecionados para captar aspectos da funcionalidade afetados mais frequentemente em grupos com distúrbios específicas (BÖLTE et al., 2014) e planejados para aproximar a CIF do uso clínico habitual (KÖHLER et al., 2009). Essas listas foram propostas inicialmente pelo *ICF Research Branch*, grupo de pesquisadores ligados à OMS, e a primeira foi publicada em 2005 (EWERT et al., 2005). Muitos *core sets* já foram publicados nas mais diversas áreas, dentre as quais se podem citar as condições cardiopulmonares (BOLDT et al., 2005), os pacientes geriátricos (GRILL et al., 2005), a artrite reumatóide (UHLIG et al., 2007), a dor lombar (RØE et al., 2009), o câncer de cabeça e pescoço (BECKER et al., 2010), a doença pulmonar obstrutiva crônica (RAUCH et al., 2009) e a lesão medular (CHEN et al., 2015). O volume e a quantidade de literatura científica sobre *core sets* foram ampliados. Para que os instrumentos fossem padronizados, publicou-se em 2015 um guia com a metodologia recomendada para seu processo de criação (SELB et al., 2015). O principal ponto fraco dessas listas é sua especificidade, fazendo com que os *core sets* sejam voltados somente para grupos com doenças ou condições de saúde, não sendo possível sua aplicação em pessoas sem essas condições ou saudáveis (CASTRO; CASTANEDA, 2016).

Outra alternativa para a utilização mais simples e eficaz da CIF, seria o uso do *Checklist*. Esse instrumento consiste em uma lista abreviada com 125 códigos (CHUNG et al., 2011) sistematizados em 3 domínios: funções e estruturas do corpo; atividades e participação

e fatores ambientais (CIEZA et al., 2006). A lista resumida apresentada por esse instrumento, além de classificar a funcionalidade, faz uma mensuração, pois são usados os chamados “qualificadores”, que podem ser compreendidos como uma forma de graduar o comprometimento da funcionalidade. Os pontos positivos desse instrumento seriam a redução no tempo de aplicação e o fato desse instrumento ser genérico, podendo ser aplicado em qualquer população, com ou sem distúrbios de funcionalidade e independentemente da presença de doenças, diferentemente dos *core sets*, que são instrumentos desenhados para determinadas situações de saúde. Porém, eles apresentam como ponto negativo o reducionismo, pela limitação da quantidade de códigos utilizados (CASTRO; CASTANEDA, 2016).

O MDS foi criado de acordo com o artigo 31 da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas, que estimula a coleta de informações apropriadas sobre deficiência. Esse instrumento também se baseia na CIF e tem como objetivos principais: oferecer estimativas de prevalência de deficiências comparáveis e padronizadas entre os países; prover dados e informações necessárias ao planejamento de intervenções, políticas e programas direcionados às pessoas com deficiência; oferecer indicadores para monitorar a implementação das recomendações da Convenção (SABARIEGO et al., 2015). Ele composto por 9 seções: características sociodemográficas; histórico do trabalho e benefícios; fatores ambientais; funcionalidade; condições de saúde e capacidade; utilização de serviços de saúde; e satisfação, personalidade e bem-estar. Aparentemente, o MDS não apenas classifica as pessoas com deficiência, mas também mensura o comprometimento de sua funcionalidade em um contexto mais primo à vida real. Por ser um pouco mais extenso que os citados anteriormente, o reducionismo não está presente nesse caso, mas seu tempo de aplicação é maior.

Ainda existem poucos estudos sobre esse instrumento e não existe uma versão adaptada e traduzida aqui para o Brasil. Entretanto, esse instrumento possivelmente será aprimorado como ferramenta adequada à determinação da prevalência de deficiências e ao fornecimento de informações necessárias à implementação de ações direcionadas às pessoas com deficiência (SABARIEGO et al., 2015).

Assim como esses outros instrumentos, a OMS também desenvolveu o WHODAS 2.0 que fornece um modelo padronizado de mensuração da saúde e deficiência transculturalmente (CASTRO et al., 2015).

1.3 World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

O WHODAS 2.0 é uma ferramenta genérica para a aferição de funcionalidade e incapacidade segundo os principais domínios da vida: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida (domésticas, escolares ou de trabalho) e participação (ÜSTÜN et al., 2010a). Publicado pela OMS em 2010 (ÜSTÜN et al., 2010b) e traduzido para o português do Brasil em 2015, esse instrumento disponibiliza 3 versões com diferentes quantidades de questões: 36 questões; 12 questões; e 12+24 questões. Tendo sido planejadas três formas de aplicação para esse instrumento: autoaplicação, aplicação por entrevistador (presencial ou por telefone) ou aplicação a um *proxy* (CASTRO et al., 2015).

O processo de criação desta ferramenta difere dos processos de outros instrumentos derivados da CIF (*checklist* e *core sets*). Enquanto os dois últimos derivam da lista de códigos da CIF, o WHODAS 2.0 foi criado a partir de um processo que durou dez anos e se iniciou com a busca e o agrupamento de grande quantidade de instrumentos de aferição de funcionalidade ou deficiência usados ao redor do mundo. As questões desses instrumentos foram agrupadas nos domínios de vida que orientam o WHODAS e selecionadas segundo a estrutura e o modelo conceitual apresentados pela CIF (ÜSTÜN et al., 2010b). Dessa forma, em vez de ser derivado da CIF, como o *checklist* e os *core sets*, o ele foi criado a partir de um processo de acomodação de questões que precedem a estrutura da CIF. O WHODAS 2.0 também permite quantificar a funcionalidade, indo além da simples classificação. A pontuação do questionário produz um escore que varia de 0 a 100 para cada domínio, além de um escore total do instrumento.

Esse instrumento proporciona um sistema de medição comum para o impacto de qualquer condição de saúde em termos de funcionalidade. Por ser um instrumento genérico, ele não tem como foco uma doença específica, podendo ser utilizado para comparar deficiências provenientes das mais variadas condições de saúde. Ele também possibilita desenhar e monitorar o impacto de intervenções em saúde. O instrumento tem se mostrado útil para avaliar níveis de saúde e deficiência na população geral e em grupos específicos (por exemplo: pessoas com uma variedade de condições mentais e físicas) (CASTRO et al., 2015).

O WHODAS 2.0 já passou por processos de validação em diversos países e suas propriedades psicométricas foram avaliadas para pessoas com esclerose múltipla (RAGGI et al., 2015), doenças crônicas (CHEUNG et al., 2015), osteoartrite (KUTLAY et al., 2011), câncer de mama (ZHAO et al., 2013), hospitalizadas por trauma (ABEDZADEH-KALAHROUDI et al., 2016), entre outros.

No Brasil, esse instrumento já foi validado para a população com cegueira (SILVEIRA

et al., 2019), para pacientes em hemodiálise (CASTRO et al., 2018), para pessoas com diagnóstico de HIV/AIDS (BARBOSA et al., 2019), indivíduos com diabetes mellitus (CASTRO et al., 2019) e pacientes com chikungunya (SOUSA et al., 2019). Processos de validação para outras populações seguem em andamento e em processo de publicação.

1.4 Disfunção Temporomandibular (DTM)

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo que engloba uma série de disfunções e desordens que podem afetar a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e as estruturas associadas (HARRISON et al., 2014; NASSIF et al., 2003). Elas constituem um grande problema de saúde pública, pois são uma das principais fontes de dor orofacial crônica que interfere nas atividades diárias (ALMOZNINO et al., 2015). As DTMs de origem muscular, articular ou mistas, representam a segunda queixa de dor musculoesquelética depois da dor lombar crônica (SCHIFFMAN et al., 2014).

Pacientes acometidos por DTM tem o desconforto psicológico, a deficiência física e as limitações funcionais do sistema orofacial causando grande impacto negativo no cotidiano, afetando as atividades de vida diária e até mesmo as atividades laborais (ALMOZNINO et al., 2015; ROLDÁN-BARRAZA et al., 2014; TÜRP et al., 2007). Estudos epidemiológicos indicam que mais de 25% da população geral possui DTM (MCNEELY et al., 2006), a maior incidência é na faixa etária entre 20 e 45 anos, sendo as mulheres cinco vezes mais afetadas que os homens (MALUF et al., 2008).

A etiologia da DTM é multifatorial, podendo ter origem sistêmica, metabólica, estrutural, traumática, psicológica, por influências sociais e comportamentais (hábitos parafuncionais), não tendo qualquer relação com a má oclusão (TÜRP; SCHINDLER, 2012). Os sinais e sintomas dessas disfunções são: dor persistente ou intermitente nos músculos da mastigação, limitações e/ou desvios do movimento mandibular, deglutição anormal (PEDRONI; DE OLIVEIRA; GUARATINI, 2003), estalido e/ou crepitações, zumbido nos ouvidos, dores de cabeça e na coluna cervical (GREMILLION, 2000), além de alteração na qualidade vida, trazendo um efeito negativo nos aspectos emocional e social (PEDRONI; DE OLIVEIRA; GUARATINI, 2003).

A DTM de origem miofascial (podendo ou não estar associada a outra condição) é o diagnóstico mais frequente (42%) em pacientes com dor orofacial, seguido pelo deslocamento do disco com redução (32,1%) e artralgia (30%) (POVEDA-RODA et al., 2012).

Os ruídos articulares são sintomas comuns, geralmente não acompanhados de dor e não progressivos. Eles estão relacionados aos diagnósticos de deslocamento de disco com

redução e sem redução, e na ausência de dor e limitação funcional, não há a necessidade de tratamento (SESSLE, 2015).

A dor é o sintoma mais importante dessa disfunção tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde que lidam com ela, pois é frequentemente a razão da procura por uma ajuda profissional (DAO; LERESCHE, 2000). Dor de cabeça, dor nos ouvidos, no músculo temporal e abertura bucal limitada pela dor foram os sintomas mais recorrentes, sendo relatados por 80% dos pacientes com DTM (BAGIS et al., 2012).

A maioria dos pacientes sofre como dor durante os movimentos mastigatórios, o repouso ou a palpação dos músculos. A dor é resultado das mudanças na atividade muscular que limitam os movimentos mandibulares e protegem a articulação de mais danos na tentativa de promover uma melhora nos sintomas da disfunção (FARSI, 2003).

O comprometimento durante a mastigação, deglutição, amplitude de movimento mandibular, além de outras ações motoras orofaciais, foi detectado por Ferreira et al. (2014) em pacientes com DTM crônica, os quais durante a avaliação eletromiográfica da função mastigatória apresentaram alterações no recrutamento dos músculos masseter e temporal, trazendo comprometimento de funcionalidade que tem impacto negativo significativo no cotidiano desses pacientes.

As atividades de vida diária desses pacientes, que envolvam funções básicas como mastigar, falar, deglutir e até o convívio social podem ficar prejudicadas pela presença de dor e/ou limitação de movimentos. Devido a isso, parece útil quantificar a dor, a incapacidade e a funcionalidade de pacientes com DTM, com base na perspectiva biopsicossocial. O constante crescimento de evidências advindas dessa perspectiva sugere que juntamente com a diminuição das atividades físicas, vários fatores psicossociais são importantes para a gênese e manutenção de queixas crônicas e comportamentos de doenças (MONTICONE et al., 2019; PINCUS et al., 2002).

Alguns instrumentos já foram utilizados para avaliar a funcionalidade nesta população. O *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD), por ser considerado o padrão ouro para a classificação de DTM, é um dos mais usados (BLASCO-BONORA; MARTÍN-PINTADO-ZUGASTI, 2017; RODRIGUES et al., 2019; SHEDDEN MORA et al., 2013; TATLI et al., 2017; VUCKOVIC et al., 2007). É uma das poucas ferramentas disponíveis na literatura que permite a avaliação diagnóstica da disfunção e das condições psicossociais a ela relacionadas. Caracteriza-se por possuir uma abordagem biaxial, permitindo uma mensuração confiável de achados físicos no Eixo I e avaliação do status psicossocial no Eixo II. Ao final, tem-se diagnóstico da DTM baseado em critérios clínicos,

bem como a classificação segundo os grupos: desordens musculares (grupo 1), desordens de deslocamento de disco (grupo 2), artralgia, osteoartrose e osteoartrite (grupo 3) (SCHIFFMAN et al., 2014). Também pode ser aferido o grau de dor crônica e seu impacto na funcionalidade (CHAVES et al., 2008; SHEDDEN MORA et al., 2013).

Outro questionário aplicado com esse objetivo é o *Mandibular Function Impairment Questionnaire* (MFIQ). Ele possibilita classificar os indivíduos em categorias de severidade de limitação funcional relacionada à DTM: baixo, moderado e severo. O instrumento apresenta 17 questões referentes a atividades diárias com 5 opções de resposta, indo de 0 (nenhuma dificuldade) a 4 (muitíssima dificuldade). É descrito que a sua vantagem é que mede a limitação funcional relativa à DTM, diferentemente de outros índices que avaliam especificamente a severidade dos sinais e sintomas clínicos. Assim, é apresentado como uma ferramenta adequada para verificar ganhos em termos funcionais após intervenções terapêuticas (CHAVES et al., 2008b).

Recentemente foi desenvolvido o *Craniofacial Pain and Disability Inventory* (CF-PDI) para avaliar dor e incapacidade em pacientes com DTM com e sem outras fontes de dor. É composto por 21 perguntas e duas subescalas: (1) dor e incapacidade e (2) status funcional da mandíbula. Resultados preliminares mostraram confiabilidade e validade aceitáveis do CF-PDI (LA TOUCHE et al., 2014) e já existe sua versão validada para a população brasileira (GREGHI et al., 2018). Ele vem sendo utilizado em estudos seja para verificar o efeito de alguns protocolos de tratamento na funcionalidade de sujeitos com DTM e outras condições associadas ou para comparar a funcionalidade dessa população com outra de sintomatologia semelhante como a enxaqueca crônica (GARRIGÓS-PEDRÓN et al., 2018; GIL-MARTÍNEZ et al., 2017).

Esses instrumentos são algumas possibilidades para avaliar a funcionalidade em indivíduos com DTM, porém é de extrema importância compreender e avaliar a funcionalidade de acordo com o modelo biopsicossocial, com as recomendações da OMS e com a estrutura apresentada pela CIF (CASTRO et al., 2018). Sendo assim, o WHODAS 2.0 apresenta uma aplicabilidade favorável e fornece um diagnóstico de funcionalidade mais rápido, permitindo intervenções focadas não apenas nos sintomas clínicos, mas também na melhoria do funcionalidade desses indivíduos (CASTRO; LEITE, 2017).

2 JUSTIFICATIVA

Um panorama comum, internacional e interdisciplinar de mensuração de deficiência é importante para desenvolver opções efetivas e comparáveis de políticas e práticas em saúde (MACDONALD et al., 2009; MONT, 2007). Em busca disso, a definição de deficiência passou por uma série de transformações nas últimas décadas. Passando do modelo biomédico e social para o modelo biopsicossocial enfatizando as relações dinâmicas e bidirecionais entre uma condição de saúde e fatores contextuais (pessoais e ambientais) (GARIN et al., 2010).

Para representar esse modelo a OMS criou uma estrutura conceitual universalmente aceita para definir e classificar a deficiência: a CIF (WHO, 2001). E como parte do desenvolvimento contínuo do modelo conceitual da CIF, o WHODAS 2.0 foi criado em 2010 para avaliar deficiência com base nesse modelo (ÜSTÜN et al., 2010).

Existem vários instrumentos tradicionalmente utilizados para aferir incapacidade, como questionários que avaliam atividades de vida diária, perfis de limitação funcional (POLLARD; JOHNSTON, 2001) ou status funcional (JETTE et al., 1986) e também vários voltados para uma população específica (como para avaliar a incapacidade em idosos (JETTE et al., 2002) e em crianças (WALKER; GREENE, 1991), mas nenhum segue o modelo conceitual da CIF (GARIN et al., 2010).

Essa é uma realidade que se repete para a população com DTM. Condição onde os indivíduos apresentam limitações físicas e funcionais e desconforto psicológico, acarretando impactos negativos na qualidade de vida e funcionalidade (ALMOZNINO et al., 2015)(ROLDÁN-BARRAZA et al., 2014). Sendo as DTMs consideradas um grande problema de saúde pública, pois são uma das principais fontes de dor orofacial crônica e tem impacto significativo nas atividades diárias (ALMOZNINO et al., 2015; GREMILLION, 2000). Para mensurar esse impacto é necessário um instrumento que afira a funcionalidade nessa população.

Estudos sobre o tema ainda são escassos. Não existindo na literatura nenhum instrumento que mesure o impacto da DTM na funcionalidade de quem a possui segundo o modelo teórico-conceitual apresentado pela OMS e guiado pelos princípios da CIF. Sendo essa a forma apropriada de representar as complexas relações entre o corpo, fatores psicológicos e fatores sociais, que, em conjunto, implicam em alterações funcionais. Portanto, a validação do WHODAS 2.0 para essa população seria de grande contribuição tanto para fins clínicos, como científicos ao disponibilizar uma medida confiável de funcionalidade em indivíduos com DTM. Sendo possível, a partir da utilização desse questionário, descrever o perfil de funcionalidade dessa população para que possam ser traçadas estratégias de

intervenção e monitorado o impacto das mesmas, não somente nos aspectos clínicos como na funcionalidade desses indivíduos. Quando as intervenções são traçadas a partir desse perfil, elas se tornam mais efetivas, reduzindo custos e melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados. Além disso, esses dados podem servir como base para definir o fluxo e o funcionamento desses serviços e guiar a implementação de políticas públicas para essa população específica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Validar a versão brasileira do *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) para indivíduos com Disfunção Temporomandibular.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, clínicas, de funcionalidade e de qualidade de vida dos participantes do estudo;
- Avaliar a consistência interna do WHODAS 2.0 para indivíduos com Disfunção Temporomandibular;
- Avaliar a validade de critério do WHODAS 2.0 para indivíduos com Disfunção Temporomandibular;
- Avaliar a validade discriminante do WHODAS 2.0 para indivíduos com Disfunção Temporomandibular.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo e local do Estudo

Trata-se de um estudo metodológico de validação e avaliação das medidas psicométricas da versão brasileira do WHODAS 2.0 para indivíduos com DTM. Os sujeitos foram selecionados e avaliados na Clínica de Prótese e Oclusão da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

4.2 População e Amostra

A amostra foi formada por indivíduos diagnosticados com Disfunção Temporomandibular de acordo com a versão brasileira do RDC/TMD (DWORKIN; LERESCHE, 1992), com idade a partir de 18 anos. O tamanho da amostra do estudo foi determinado de acordo com Terwee *et al.*(2007), que sugere que um mínimo de 100 pacientes para analisar a consistência interna.

4.3 Procedimentos

Os participantes foram selecionados na Clínica de Prótese e Oclusão da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC, onde os mesmos foram informados acerca da pesquisa e convidados a participar. Também foi divulgada a pesquisa por meio de cartazes e postagens em rede sociais descrevendo os principais sintomas de DTM, os critérios de inclusão e os objetivos da pesquisa. A avaliação dos participantes, em dia e hora anteriormente marcados, deu-se no formato de entrevista, por pesquisadores treinados anteriormente e em local reservado. Sendo realizada a aplicação dos questionários: RDC/TMD, *World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL), WHODAS 2.0 e posteriormente realizado o exame físico que compõem o RDC/TMD.

Mensuração das propriedades psicométricas

Algumas modalidades distintas, com objetivos psicométricos diferentes, devem ser avaliadas para validar um instrumento. Essas se dividem entre as características de validade e confiabilidade. Já que medidas confiáveis são replicáveis e consistentes, isto é, geram os mesmos resultados e medidas válidas são representações precisas da característica que se pretende medir (MARTINS, 2006).

A seguir serão apresentados os métodos de validação que foram usados neste estudo

segundo a confiabilidade e a validade.

4.3.1 Consistência interna

O estudo da consistência interna permite verificar o grau de inter-relação entre os itens do instrumento (PARADOWSKI et al., 2013), se eles são homogêneos. É uma propriedade importante em questionários que pretendem medir um único conceito, usando vários itens (TERWEE et al., 2007). No caso do WHODAS 2.0, que é dividido em domínios, é de se esperar que, se o instrumento tiver boa consistência interna, as questões de cada domínio apresentarão alto grau de inter-relação entre si. Para verificar essa propriedade psicométrica, foi necessária uma única aplicação do instrumento no grupo estudado.

4.3.2 Validade de critério: convergente e divergente

A validade de critério se refere à medida cujas pontuações em um instrumento específico se relacionam com outro instrumento considerado padrão-ouro para avaliação de uma característica (TERWEE et al., 2007). A validade de critério pode ser tanto convergente, quanto divergente.

A validade convergente é definida como a medida de relação que o instrumento a ser validado tem com outro instrumento, usado anteriormente no mesmo grupo (DEVON et al., 2007). Normalmente o novo instrumento é comparado a outro, que tenha seu uso já validado para o grupo estudado ou para uma população similar (MORRIS et al., 2012). No caso de indivíduos com DTM o instrumento utilizado foi o RDC/TMD, considerado o critério de diagnóstico para pesquisa e o padrão-ouro para avaliação de DTM e com o WHOQOL-bref, instrumento já validado para mensurar qualidade de vida.

A validade divergente diz respeito à não correlação do conteúdo do instrumento a ser validado com domínios ou campos não correlatos de outros instrumentos (HART et al., 2012). Com ela ocorre o contrário do que ocorre na convergente: se na convergente o novo instrumento deve ter seus escores convergindo em direção à igualdade com os escores de domínios correlatos dos outros instrumentos, na validade divergentes, domínios não correlacionados não devem apresentar correlação na análise. Ambas as modalidades envolvidas no processo de validação implicam em uma única aplicação de cada instrumento a ser comparado.

4.3.3 Validade discriminante

Essa modalidade de validação garante que o instrumento apresente propriedades

psicométricas que demonstrem a habilidade de detectar diferenças entre os indivíduos do grupo, quando de fato esses contrastes ocorrerem (MCDOWELL, 2009). Sendo assim, percebe-se que, caso tenha sua validade discriminante comprovada, o instrumento será capaz de mostrar os diferentes níveis de acometimento da funcionalidade para um mesmo grupo. Para realização do processo de validação discriminante necessita-se somente de uma aplicação do instrumento.

4.4 Materiais

O WHODAS 2.0 é um instrumento desenvolvido especificamente para a aferição de funcionalidade e deficiência. Ele passou por um processo de criação coordenado pela OMS em que instrumentos que aferem funcionalidade no mundo todo foram pesquisados para que, então, perguntas fossem selecionadas para compor um instrumento final. Depois dessa seleção, o instrumento passou por um processo de adaptação de forma que as questões se tornassem universalmente aceitas e sem vieses culturais. Na sequência, o material teve suas propriedades psicométricas testadas em vários estudos ao redor do mundo. Seguindo o arcabouço conceitual da CIF, o WHODAS 2.0 aborda a funcionalidade segundo os domínios cognição (compreensão e comunicação - 6 questões), mobilidade (movimentação e locomoção - 5 perguntas), auto-cuidado (lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho - 4 questões), relações interpessoais (interações com outras pessoas - 5 questões), atividades de vida (responsabilidades domésticas - 4 questões; trabalho e escola - 4 perguntas) e participação (participar em atividades comunitárias e na sociedade - 8 questões), totalizando 36 questões em sua modalidade principal (ÜSTÜN et al., 2010). A pontuação varia de 0 a 100, sendo que maiores pontuações determinam maior comprometimento na funcionalidade (CASTRO et al., 2015) (ANEXO A).

Para a validação do WHODAS 2.0 para indivíduos com DTM, os sujeitos foram avaliados pela versão brasileira do RDC/TMD, instrumento que inclui perguntas sobre: estado civil e nível de escolaridade; saúde geral e oral; presença de doenças sistêmicas ou trauma na face; presença, prevalência e características de dor orofacial; disfunções mandibulares como a limitação de abertura da boca, presença de ruídos durante a mastigação, desconforto na mordida e atividades que seu problema na mandíbula o impede ou limita de fazer; presença de hábitos parafuncionais como: ranger ou apertar os dentes enquanto dorme; presença de ruídos ou zumbidos nos ouvidos. Foram coletados também os dados de identificação do paciente e realizado um exame físico que constou de avaliação do padrão e amplitude de movimento de abertura bucal, presença de dor ou estalido durante os movimentos da mandíbula, dor

muscular intra e extraoral e/ou articular à palpação. O RDC/TMD é uma das poucas ferramentas disponíveis na literatura que permite a avaliação diagnóstica da disfunção e das condições psicossociais a ela relacionadas. Caracteriza-se por possuir uma abordagem biaxial, permitindo uma mensuração confiável de achados físicos no Eixo I e avaliação do status psicossocial no Eixo II. Ao final, temos o diagnóstico da DTM baseado em critérios clínicos, bem como a classificação segundo os grupos: desordens musculares (grupo I), desordens de deslocamento de disco (grupo II), artralgia, osteoartrose e osteoartrite (grupo III). Também pode ser aferido o grau de dor crônica e seu impacto na funcionalidade (CHAVES et al, 2008; DE LUCENA et al., 2006).

A Classificação do Grau de Dor Crônica do RDC/TMD é feita de acordo com a Intensidade Característica da Dor e os Pontos de Incapacidade, classificando em cinco graus (0-IV) a dor crônica de indivíduos com DTM. No grau 0 são incluídos indivíduos sem dor devido a DTM nos seis meses anteriores. No grau I são classificados sujeitos com Intensidade Característica da Dor < 50 e Pontos de Incapacidade < 3 . O grau II abrange indivíduos com a Intensidade Característica da Dor ≥ 50 e Pontos de Incapacidade < 3 . Esses dois graus são considerados de baixa incapacidade, sendo o grau I de baixa intensidade de dor e o grau II de alta intensidade de dor. O grau III inclui sujeitos com 3 a 4 Pontos de Incapacidade, independente da Intensidade Característica da Dor, sendo considerado um grau de alta incapacidade e limitação moderada. No grau IV são classificados indivíduos com 5 a 6 Pontos de Incapacidade também sendo independente da Intensidade Característica da Dor, sendo considerado de alta incapacidade e limitação severa (DWORKIN; LERESCHE, 1992) (ANEXO B).

O WHOQOL também foi aplicado para avaliar a qualidade de vida desses sujeitos, comparando-a aos achados do WHODAS 2.0. Este instrumento já possui validação para a população brasileira. Foi utilizada a sua versão abreviada (WHOQOL-bref) que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, que estão divididas em 4 domínios (físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente). Cada domínio é pontuado de 0 a 100, correspondendo à avaliação da qualidade de vida de forma crescente (FLECK et al., 2010) (ANEXO C).

4.5 Análise Estatística

Os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o software SPSS 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences Inc., Chicago, IL, USA*) assumindo um valor de

significância de 5%. Para descrever as características sociodemográficas, clínicas, de funcionalidade e qualidade de vida dos participantes do estudo foram utilizadas as seguintes medidas descritivas: medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão) e frequência relativa (%). A normalidade dos dados foi analisada através do teste Kolmogorov-Smirnov.

Para a análise da consistência interna foi utilizado o Coeficiente “alfa de Cronbach”, em que o valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados (STREINER, 2003). Usualmente, classificamos positivamente a consistência interna quando o alfa de Cronbach está entre 0,70 e 0,95 (TERWEE et al., 2007). Para avaliar a validade de critério concorrente foi utilizado o teste correlação de Spearman entre os domínios e pontuação total do WHODAS 2.0 e os questionários padrão-ouro RDC/TMD e WHOQOL-bref. A correlação é considerada forte quando o valor for maior que 0,7, moderada quando for de 0,4 a 0,7 e fraca quando for menos que 0,4 (COHEN, 1988). Já a validade discriminante foi avaliada através do teste de Kruskal-Wallis (correspondente não paramétrico para a análise de variância) e de comparações múltiplas (método de Dunn) para determinar quais grupos são diferentes (PÖSL; CIEZA; STUCKI, 2007) (WREN et al., 2008).

4.6 Desfecho Primário

As propriedades psicométricas do instrumento aplicado aos pacientes DTM foram os desfechos primários aqui estudados.

4.7 Desfechos Secundários

As características sociodemográficas, clínicas, de funcionalidade e qualidade de vida dos participantes foram os desfechos secundários analisados no presente estudo.

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu os preceitos éticos em conformidade com as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Sendo aprovado com o parecer de número 2.876.348. Todos os participantes foram orientados e

instruídos quanto aos procedimentos, reservando-se o direito de retirar seu consentimento de participação da pesquisa a qualquer momento e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Nesse momento explicou-se de forma clara o assunto do estudo, bem como os objetivos da investigação e os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, princípios da beneficência, justiça e não-maleficência, além da garantia de confidencialidade, anonimato, não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos e emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa e retorno dos benefícios obtidos através deste estudo. Por não incluir procedimentos invasivos, a pesquisa apresentou riscos mínimos aos seus participantes e os benefícios serão revestidos em prol dos mesmos.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 100 sujeitos com diagnóstico de DTM de acordo com o RDC/TMD. Os dados dos participantes com suas características sociodemográficas, clínicas, de funcionalidade e qualidade de vida estão descritos na Tabela 1. A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (78%), com média de idade de 33,68 ($\pm 13,52$) anos, estudantes (38%) ou que exerciam algum trabalho remunerado (37%) e que nunca foram casadas (55%).

O diagnóstico de DTM na grande maioria foi de Desordens Musculares (81%) podendo ou não estar associado a deslocamentos do disco e/ou artralgia, artrite ou artrose da articulação temporomandibular (RENER-SITAR et al., 2016).

Tabela 1 - Descrição da amostra do estudo

Variável	N	% (100,0)
Gênero		
Masculino	22	22,0
Feminino	78	78,0
Estado Civil		
Nunca se casou	55	55,0
Atualmente casado	28	28,0
Separado	3	3,0
Divorciado	4	4,0
Viúvo	1	1,0
Mora junto	9	9,0
Situação de trabalho		
Trabalho remunerado	37	37,0
Autônomo	15	15,0
Estudante	38	38,0
Dona de Casa	4	4,0
Outros	6	6,0

RDC/TMD**Diagnóstico_ Lado direito**

Grupo I: Desordens Musculares	81	81,0
Grupo II: Deslocamentos do disco	29	29,0
Grupo III: Artralgia, artrite, artrose	33	33,0
1 Diagnóstico	53	53,0
2 Diagnósticos	42	42,0
3 Diagnósticos	2	2,0
Nenhum	3	3,0

Diagnóstico_ Lado esquerdo

Grupo I: Desordens Musculares	81	81,0
Grupo II: Deslocamentos do disco	24	24,0
Grupo III: Artralgia, artrite, artrose	29	29,0
1 Diagnóstico	58	58,0
2 Diagnósticos	35	35,0
3 Diagnósticos	2	2,0
Nenhum	5	5,0

Classificação do Grau da Dor Crônica

Grau 0	11	11,0
Grau I	33	33,0
Grau II	39	39,0
Grau III	16	16,0
Grau IV	1	1,0

	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	33,68	±13,52
Anos de estudo	20,14	±6,67
Intensidade Característica da Dor	18,60	±28,35
Pontos de Incapacidade	0,95	±1,34
WHODAS 2.0		
Cognição	24,05	±16,94
Mobilidade	10,81	±14,45
Auto-cuidado	9,20	±11,94
Relações Interpessoais	13,50	±17,55
Atividades de vida diária	25,25	±21,40
Participação	24,87	±20,60
Total	20,17	±14,32
WHOQOL_bref		
Físico	13,87	±2,74
Psicológico	14,18	±2,61
Relações Pessoais	14,85	±3,04
Ambiente	13,48	±2,34
Auto-avaliação de qualidade de vida	13,50	±2,66
Total	13,90	±2,23

A confiabilidade do instrumento foi avaliada pela análise da consistência interna como está descrita na Tabela 2.

Tabela 2 – Consistência Interna: α de Cronbach

Domínio do WHODAS 2.0	α de Cronbach
Cognição	0,76
Mobilidade	0,78
Auto-cuidado	0,56/0,65
Relações Interpessoais	0,76
Atividades de vida diária	0,93
Participação	0,87
Total	0,94

A consistência interna do WHODAS 2.0, com base na força de correlação dos 36 itens foi considerada alta, com o alfa de Cronbach de 0,94. Os resultados para os domínios variaram de 0,56 a 0,93, tendo apenas o domínio de auto-cuidado com um valor abaixo do aceitável. Análises posteriores foram feitas com o objetivo de testar a influência individual de cada questão nesse domínio. Esse processo consistiu em excluir uma pergunta de cada vez. Ao eliminarmos a questão d3.3 (dificuldade em comer) do domínio de auto-cuidado, o valor de α sobe para 0,65, ficando mais próximo de uma consistência interna positiva.

A validade de critério foi observada por meio da correlação do valor total e dos domínios do WHODAS 2.0 com a Intensidade Característica da Dor e os Pontos de Incapacidade do EIXO II do RDC/TMD, e a pontuação total e os domínios do WHOQOL-bref. Os valores de correlação estão expostos na Tabela 3, junto dos níveis de significância estatístico.

Tabela 3 - Validade de critério: correlação dos domínios do WHODAS 2.0 com o RDC/TMD e o WHOQOL_bref

Instrumento/ Domínio	Domínios do WHODAS 2.0						
	Cognição	Mobilidade	Auto-cuidado	Relações Interpessoais	Atividades de vida diária	Participação	Total
RDC/TMD							
Intensidade Característica da Dor	0,104	0,123	-0,027	0,098	0,019	0,133	0,104
Pontos de Incapacidade	0,382**	0,411**	0,329**	0,481**	0,600**	0,615**	0,684**
WHOQOL_bref							
Físico	-0,547**	-0,427**	-0,454**	-0,484**	-0,430**	-0,665**	-0,682**
Psicológico	-0,436**	-0,343**	-0,337**	-0,222*	-0,248*	-0,370**	-0,421**
Relações Pessoais	-0,353**	-0,257**	-0,304**	-0,331**	-0,231**	-0,419**	-0,423**
Ambiente	-0,410**	-0,283**	-0,309**	-0,221**	-0,091	-0,362**	-0,318**
Auto-avaliação de Qualidade de vida	-0,376**	-0,302**	-0,332**	-0,181	-0,212*	-0,413**	-0,399**
Total	-0,516**	-0,382**	-0,422**	-0,361**	-0,281**	-0,538**	-0,536**

* p≤ 0,05; **p≤0,01.

Teste Estatístico: Teste de Correlação de Spearman.

Os pontos de incapacidade do RDC/TMD apresentaram uma correlação moderada e significativa com quase todos os domínios do WHODAS 2.0. Assim como os domínios do WHOQOL-bref que também apresentaram uma correlação moderada e significativa com o WHODAS 2.0.

A validade discriminante foi avaliada comparando a pontuação total e dos domínios do WHODAS 2.0 nos diferentes graus de dor crônica que o RDC/TMD classifica os indivíduos com disfunção temporomandibular (Tabela 4).

Tabela 4 - Validade Discriminante

RDC/TMD: Grau da Dor Crônica Avaliada	Domínios do WHODAS 2.0						
	Cognição	Mobilidade	Auto-cuidado	Relações Interpessoais	Atividades de vida diária	Participação	Total
Grau 0	45,27 ^{c,d}	32,14 ^{a,c,d}	46,64 ^c	46,32 ^{c,d}	33,23 ^{c,d}	37,59 ^{c,d}	34,73 ^{c,d}
Grau I	43,48 ^{f,g}	50,17 ^f	50,64 ^f	44,26 ^{f,g}	43,29 ^{f,g}	38,02 ^{e,f,g}	40,53 ^{f,g}
Grau II	48,67 ^{h,i}	46,87 ^h	43,00 ^h	43,97 ^{h,i}	48,73 ^{h,i}	52,96 ^h	48,81 ^{h,i}
Grau III	70,06	69,97	70,31	79,13	80,25	76,06	83,00
Grau IV	98,00	93,50	64,00	99,00	71,50	99,50	99,00

a: Grau 0 x Grau I; b: Grau 0 x Grau II; c: Grau 0 x Grau III; d: Grau 0 x Grau IV; e: Grau I x Grau II; f: Grau I x Grau III; g: Grau I x Grau IV; h: Grau II x Grau III; i: Grau II x Grau IV; j: Grau III x Grau IV.

Teste Estatístico: Teste de Kruskal-Wallis e de comparações múltiplas (método de Dunn).

Foram encontradas diferenças significativas em todos os domínios do WHODAS 2.0 entre o grau 0 e o grau III, entre o grau I e grau III, e entre grau II e grau III.

6 DISCUSSÃO

No cenário atual, encontramos uma variedade de instrumentos que avaliam a funcionalidade para as mais diversas condições de saúde (TATE; GODBEE; SIGMUNSDOTTIR, 2013)(THONNARD; PENTA, 2007). Entretanto, faz-se necessário compreender a funcionalidade de acordo com o modelo biopsicossocial e de acordo com a estrutura proposta pela CIF (CASTRO et al., 2018).

Para profissionais relacionados à reabilitação ou funcionalidade, o uso de um instrumento para avaliar a funcionalidade de acordo com a essa estrutura e com aplicabilidade favorável proporciona um diagnóstico da funcionalidade mais rápido, permitindo intervenções clínicas mais adequadas e baseadas no modelo biopsicossocial. Além disso, a possibilidade de quantificar numericamente o perfil de funcionalidade e seus domínios também é um ponto forte, uma vez que comparações estatísticas podem ser feitas na busca de evidências científicas (CASTRO; LEITE, 2017).

Nessa perspectiva, o uso do WHODAS 2.0 para avaliar a funcionalidade de indivíduos com DTM é uma oportunidade para abordar a funcionalidade da maneira proposta pela CIF nessa população.

Através desse estudo ficou comprovado que o WHODAS 2.0 é um instrumento confiável e válido para aferição da funcionalidade em pacientes com DTM, apresentando propriedades psicométricas aceitáveis.

6.1 Consistência Interna

Os valores de consistência interna encontrados demonstram uma boa consistência entre os itens dos domínios, conferindo confiabilidade aos dados obtidos através da aplicação desse questionário em indivíduos com DTM.

Os coeficientes para os domínios de Cognição, Mobilidade, Relações Interpessoais, Atividades de vida diária e Participação foram consistentes com os achados de estudos publicados em outros países e aqui mesmo no Brasil com os mesmos objetivos (CASTRO et al., 2018; CHIU et al., 2014; KUTLAY et al., 2011; MAGISTRALE et al., 2015; MEESTERS et al., 2010; MOEN et al., 2017; PÖSL; CIEZA; STUCKI, 2007; WOLF et al., 2012). Entretanto, o coeficiente para o domínio de Auto-cuidado pode indicar que, para essa população, as informações desse domínio não apresentam a confiabilidade esperada. Seguindo um padrão usado em artigos anteriores (CASTRO et al., 2018; MAGISTRALE et

al., 2015), o efeito de cada pergunta foi testado, e um α de Cronbach mais alto foi encontrado quando a pergunta sobre dificuldade de comer (d3.3) foi excluída do processo de análise.

Isso pode ser explicado pelo fato da consistência interna verificar a correlação entre os itens dos domínios. O de Auto-cuidado é composto por quatro questões, e dentre elas está a sobre dificuldade de comer. Indivíduos com DTM crônica, que apresentam sinais e sintomas dolorosos de moderado a grave apresentam comprometimento durante a mastigação, deglutição, amplitude de movimento mandibular, além de outras ações motoras orofaciais, trazendo comprometimento de funcionalidade que tem impacto negativo significativo no cotidiano desses pacientes (FERREIRA et al., 2014; RAMMELSBURG et al., 2003). Como a população estudada apresenta uma variedade de diagnóstico de DTM, variando de disfunções dolorosas (dor miofascial artralgia e artrite) até disfunções não dolorosas (deslocamento do disco e artrose) (SESSLE, 2015), provavelmente deve-se a isso a inconsistência encontrada nesse domínio. Pelo fato dessa questão ter uma relação direta com a condição de saúde, aconselha-se a manutenção da mesma, e que estudos futuros possam ser feitos para validar o instrumento para diagnósticos específicos de DTM.

6.2 Validade de Critério

Os resultados desse estudo demonstram correlações moderadas e positivas dos pontos de incapacidade do RDC/TMD com quase todos os domínios do WHODAS 2.0, com exceção dos domínios de Cognição e Auto-cuidado.

Os pontos de incapacidade são calculados a partir da resposta de quatro questões do RDC/TMD, que levavam em consideração os últimos seis meses, sendo elas: quantos dias houve afastamento das atividades de trabalho; o quanto a dor na face interferiu nas atividades diárias; o quanto a dor na face mudou a disposição em participar de atividades de lazer, sociais e familiares; e o quanto a dor na face mudou a capacidade de trabalhar. Por isso a sua correlação positiva com os domínios de Atividades diárias (que engloba o domínio de Atividades Domésticas e de Trabalho) e Participação. Porém, os instrumentos diferem em relação ao tempo avaliado, enquanto o WHODAS 2.0 avalia somente os últimos 30 dias, o RDC/TMD avalia os últimos 6 meses podendo ser esse o motivo de uma correlação moderada, e não forte, entre os instrumentos.

Muitos estudos utilizam o RDC/TMD como instrumento para aferir a funcionalidade de indivíduos com DTM (BLASCO-BONORA; MARTÍN-PINTADO-ZUGASTI, 2017; RODRIGUES et al., 2019; SHEDDEN MORA et al., 2013; TATLI et al., 2017; VUCKOVIC et al., 2007), já que esse instrumento representa uma abordagem multiaxial, avaliando

aspectos clínicos da DTM (Eixo I), bem como fatores psicológicos e psicossociais (Eixo II), sendo uma ferramenta de diagnóstico aceita e validada para pesquisas epidemiológicas e clínicas em DTM (DE LUCENA et al., 2006). Porém, ele não consegue abranger de maneira satisfatória os domínios preconizados pela CIF nem o caráter multidimensional da avaliação proporcionada pela aplicação do WHODAS 2.0, sendo esse mais um motivo para a correlação moderada.

Já com a intensidade característica da dor avaliada através do RDC/TMD não foram encontradas correlações com nenhum dos domínios do WHODAS 2.0. Em estudos de validação do instrumento para outras populações e em outros países essa correlação de dor foi encontrada e significativa, tendo a dor uma influência direta na funcionalidade (BARON et al., 2008).

Os domínios do WHOQOL-bref também apresentaram uma correlação moderada e significativa com o WHODAS 2.0. O domínio Físico do WHOQOL-bref apresentou essa correlação com todos os domínios do instrumento em processo de validação. Em estudo prévio, com sujeitos que fazem hemodiálise, esse domínio já havia apresentado correlação com os domínios de Mobilidade e Atividade de vida diária do WHODAS 2.0 (CASTRO et al., 2018).

O domínio Psicológico do WHOQOL-bref apresentou correlação moderada com o domínio Cognição do WHODAS 2.0, assim como o domínio Relações Pessoais apresentou essa correlação com o de Participação do WHODAS 2.0. Isso se deve ao fato dos instrumentos avaliarem constructos próximos e que se relacionam, mas não são os mesmos.

O WHOQOL-bref tem como objetivo mensurar a percepção da qualidade de vida dos indivíduos. Estando essa relacionada à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre sua posição de vida, no contexto do sistema de valores e cultura nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações. Pacientes acometidos por quadros de dores crônicas, incluindo as disfunções temporomandibulares, apresentam com frequência alterações significativas da qualidade de vida.

Outro questionário que frequentemente é empregado na análise da validade de critério do WHODAS 2.0 é o *Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey* (SF-36), questionário genérico que assim como o WHOQOL-bref tem o objetivo de mensurar a percepção de qualidade de vida e o estado de saúde dos sujeitos. Comparando os dois instrumentos, pode-se perceber uma correlação moderada entre o valor total do WHODAS 2.0 com os domínios do SF-36 para pacientes com diferentes doenças crônicas em todas as análises (GARIN et al., 2010). Já no estudo de Xenouli et al (2016), eles

dividiram os domínios do SF-36 em dois blocos, saúde física e saúde mental e fizeram correlação com o valor total do WHODAS 2.0. A correlação apresentou um valor forte para saúde física (-0,76) e moderada para saúde mental (-0,50).

Assim como é visto na literatura, os achados do presente estudo corroboram mais uma vez com o que foi descrito, que o WHODAS 2.0 avalia aspectos que não são contemplados de forma completa em outros questionários. Não por ser uma falha dos outros questionários, mas por não ser a finalidade deles.

6.3 Validade Discriminante

A Classificação do Grau de Dor Crônica do RDC/TMD foi utilizada para separar os grupos e verificar a validade discriminante do WHODAS 2.0. O instrumento foi capaz de discriminar consistentemente entre pacientes com baixa incapacidade e os que possuem alta incapacidade de acordo com essa classificação. Foram encontradas diferenças significativas em todos os domínios do WHODAS 2.0 entre o grau 0 e o grau III, entre o grau I e grau III, e entre grau II e grau III. Todas as comparações foram quase todas significativas com valores de p inferiores a 0,05.

Um estudo com sujeitos com artrite inflamatória, o WHODAS 2.0 foi capaz de discriminar esses indivíduos de acordo com o status da doença, levando em conta o número de articulações doloridas e com edema, PCR, incapacidade, dor e a avaliação completa de profissionais da saúde (BARON et al., 2008). Em pacientes com Esclerose Sistêmica, o WHODAS 2.0 também teve boa capacidade de discriminar os pacientes em grupos de acordo com a gravidade da condição (HUDSON et al., 2008).

Outro estudo utilizou a versão de 12 itens do WHODAS 2.0 para sujeitos em pós-operatório. E novamente foi confirmada a capacidade desse instrumento de discriminar diferentes estados de saúde, relatando menor incapacidade em quem de fato a possui (SCHIAVOLIN et al., 2014).

A importância de um instrumento com uma boa validade discriminante é a capacidade de categorização dos sujeitos. No caso do WHODAS 2.0 sua capacidade de mostrar os diferentes níveis de acometimento da funcionalidade para um mesmo grupo pode auxiliar na organização do fluxo de atendimento desses indivíduos, destacando a prioridade de quem possui um maior comprometimento funcional, melhorando a qualidade dos serviços prestados.

6.4 Limitações do estudo

O presente estudo apresentou como limitação a falta de homogeneidade da população em relação ao diagnóstico de DTM, pois foram incluídos indivíduos tanto com DTM dolorosas (Dor Miofascial, Artralgia e Osteoartrite) como com DTM que não causam dor (Deslocamentos do disco e Osteoartrose), que interfere diretamente no perfil de funcionalidade dessa população.

6.5 Vantagens do estudo

A capacidade do WHODAS 2.0 de mostrar diferentes níveis de acometimento da funcionalidade para um mesmo grupo pode auxiliar na organização do fluxo de atendimento de indivíduos com DTM, ressaltando a prioridade dos que possuem maior acometimento, melhorando a qualidade dos serviços. Além disso, o instrumento trás a perspectiva do paciente em relação a sua funcionalidade, ou seja, como ele enxerga suas limitações e seus impactos sobre sua vida e saúde. Por fim, os dados obtidos com este questionário podem ser usados para guiar a implementação de políticas públicas para essa população específica.

7 CONCLUSÃO

O estudo em questão se propôs validar o WHODAS 2.0 para indivíduos com DTM. Os resultados obtidos demonstram que o instrumento é confiável e válido para aferição da funcionalidade nessa população, apresentando propriedades psicométricas aceitáveis tanto para consistência interna, como para validade de critério e validade discriminante. Os valores encontrados são coerentes com outros processos de validação em diferentes países e diferentes populações.

REFERÊNCIAS

- ABEDZADEH-KALAHROUDI, M. et al. Psychometric properties of the world health organization disability assessment schedule II -12 Item (WHODAS II) in trauma patients. **Injury**, v. 47, n. 5, p. 1104–8, maio 2016.
- ALMOZNINO, G. et al. Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Temporomandibular Disorders. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 29, n. 3, p. 231–241, ago. 2015.
- BAGIS, B. et al. Gender difference in prevalence of signs and symptoms of temporomandibular joint disorders: A retrospective study on 243 consecutive patients. **International Journal of Medical Sciences**, v. 9, n. 7, p. 539–544, 2012.
- BARBOSA, K.S.S. et al. Validação da versão brasileira do world health organization disability assessment schedule 2.0 em indivíduos HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, p.413-18, 2019.
- BARON, M. et al. The clinimetric properties of the World Health Organization disability assessment schedule II in early inflammatory arthritis. **Arthritis Care and Research**, v. 59, n. 3, p. 382–390, 15 mar. 2008.
- BECKER, S. et al. Content validation of the Comprehensive ICF Core Set for Head and Neck Cancer (HNC): the perspective of psychologists. **Psycho-oncology**, v. 19, n. 6, p. 594–605, jun. 2010.
- BLASCO-BONORA, P. M.; MARTÍN-PINTADO-ZUGASTI, A. Effects of myofascial trigger point dry needling in patients with sleep bruxism and temporomandibular disorders: A prospective case series. **Acupuncture in Medicine**, v. 35, p. 69-74, fev. 2017.
- BOLDT, C. et al. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in the acute hospital. **Disability and Rehabilitation**, v. 27, p. 375-380, abr. 2005.
- BÖLTE, S. et al. Development of ICF Core Sets to standardize assessment of functioning and impairment in ADHD: the path ahead. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 23, n. 12, p. 1139–1148, 28 nov. 2014.
- BRUNDTLAND, G. H. From the World Health Organization. The war against disease: investing in health, investing in our common future. **Journal of the American Medical Association**, v. 287, n. 4, p. 444, 23 jan. 2002.
- CASTRO, S., LEITE, C., OSTERBROCK, C., SANTOS, M., & ADERY, R. **Avaliação de Saúde e Deficiência Manual do WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0**. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, 2015.
- CASTRO, S. S. DE et al. Validation of the Brazilian version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule in individuals with diabetes mellitus. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 413–418, dez. 2019.
- CASTRO, S. S. DE; CASTANEDA, L. Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil : discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade , Incapacidade e Saúde (CIF). v. 19, n. 3, p. 679–687, 2016.
- CASTRO, S. S. et al. Validation of the Brazilian version of WHODAS 2.0 in patients on hemodialysis therapy. **Fisioterapia em Movimento**, v. 31, n. 0, p. 1–13, 2018.
- CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 385–391, dez. 2017.
- CHEN, H.-C. et al. Developing an ICF core set for sub-acute stages of spinal cord injury in Taiwan: a preliminary study. **Disability and rehabilitation**, v. 37, n. 1, p. 51–5, 2015.
- CHEUNG, M. K. T. et al. Validation of the World Health Organization Assessment Schedule II Chinese Traditional Version (WHODAS II CT) in persons with disabilities and chronic

- illnesses for Chinese population. **Disability and rehabilitation**, v. 37, n. 20, p. 1902–7, 2015.
- CHIU, T.-Y. et al. Development of traditional Chinese version of World Health Organization disability assessment schedule 2.0 36–item (WHODAS 2.0) in Taiwan: validity and reliability analyses. **Research in developmental disabilities**, v. 35, n. 11, p. 2812–20, nov. 2014.
- CHUNG, K. C. et al. Properties of the International Classification for Functioning, Disability and Health in assessing hand outcomes in patients with rheumatoid arthritis. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 43, n. 4, p. 292–8, mar. 2011.
- CIEZA, A. et al. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. **BMC medical research methodology**, v. 6, p. 36, 27 jul. 2006.
- CIEZA, A. et al. Rethinking Disability. **BMC Medicine**, v. 16, n. 1, p. 10–14, 2018.
- COHEN, J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. Hillside. **NJ: Lawrence Earlbaum Associates**, p. 278–280, 1988.
- CHAVES, C.T.; OLIVEIRA, A. S.; GROSSI, D.B. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioterapia e Pesquisa*, v.15, p.101-106, 2008.a.
- CHAVES, C.T.; OLIVEIRA, A. S.; GROSSI, D.B. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioterapia e Pesquisa*, v.15, p. 92-100, 2008.b.
- DAO, T.; LERESCHE, L. Focus article: Gender differences in pain. **J Orofac Pain**, v. 14, p. 169–184, 2000.
- DE LUCENA, L. B. S. et al. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. **Brazilian Oral Research**, v. 20, n. 4, p. 312–317, out. 2006.
- DEVON, H. A. et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 39, n. 2, p. 155–164, jun. 2007.
- DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. DOS. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 6, n. 11, p. 64–77, 2009.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 10, p. 2507–2510, 2007.
- DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **Journal of craniomandibular disorders : facial & oral pain**, v.6, p. 301-55, 1992.
- EWERT, T. et al. ICF Core Set for patients with neurological conditions in the acute hospital. **Disability and Rehabilitation**, v.27, p. 367-73, abr. 2005.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187–193, 2005.
- FARSI, N. M. A. Symptoms and signs of temporomandibular disorders and oral parafunctions among Saudi children. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 30, n. 12, p. 1200–1208, 2003.
- FERREIRA, C. L. P. et al. Impaired orofacial motor functions on chronic temporomandibular disorders. **Journal of electromyography and kinesiology**, v. 24, n. 4, p. 565–71, ago. 2014.
- FLECK, M. P. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, 2000.
- FONTES, A. P.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. Funcionalidade e incapacidade : aspectos conceituais , estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade , Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev Port Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 171–178, 2010.
- GARIN, O. et al. Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. **Health and quality of life**

outcomes, v. 8, p. 51, 19 maio 2010.

GARRIGÓS-PEDRÓN, M. et al. Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 32, n. 2, p. 137–150, abr. 2018.

GIL-MARTÍNEZ, A. et al. Comparison Between Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders in Pain-Related Disability and Fear-Avoidance Behaviors. **Pain medicine**, v. 18, n. 11, p. 2214–2223, nov. 2017.

GREGHI, S. et al. Brazilian Portuguese Version of the Craniofacial Pain and Disability Inventory: Cross-Cultural Reliability, Internal Consistency, and Construct and Structural Validity. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 32, n. 4, p. 389–399, out. 2018.

GREMILLION, H. A. The prevalence and etiology of temporomandibular disorders and orofacial pain. **Texas dental journal**, v. 117, p.30-39, 2000.

GRILL, E. et al. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. **Disability and Rehabilitation**, v.27, p. 411-17, abr. 2005.

HARRISON, A. L.; THORP, J. N.; RITZLINE, P. D. A proposed diagnostic classification of patients with temporomandibular disorders: implications for physical therapists. **The Journal of orthopaedic and sports physical therapy**, v. 44, n. 3, p. 182–97, mar. 2014.

HART, S. L. et al. Development and assessment of the constipation-related disability scale. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, v. 35, n. 1, p. 183–92, jan. 2012.

HUDSON, M. et al. Quality of life in systemic sclerosis: psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. **Arthritis and rheumatism**, v. 59, n. 2, p. 270–8, 15 fev. 2008.

JETTE, A. M. et al. The functional status questionnaire - Reliability and validity when used in primary care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 1, n. 3, p. 143–149, maio 1986.

JETTE, A. M. et al. Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**, v. 57, n. 4, p. M209-16, abr. 2002.

KOHLER, F. et al. Developing Core Sets for persons following amputation based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. **Prosthetics and orthotics international**, v. 33, n. 2, p. 117–29, jun. 2009.

KUTLAY, S. et al. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. **Rheumatology international**, v. 31, n. 3, p. 339–46, mar. 2011.

LA TOUCHE, R. et al. Craniofacial pain and disability inventory (CF-PDI): Development and psychometric validation of a new questionnaire. **Pain Physician**, v. 17, n. 1, p. 95–108, jan. 2014.

MACDONALD, R. et al. Bringing disability off the sidelines: a call for papers. **The Lancet**, v. 373, p. 1065-1066, 2009.

MAGISTRALE, G. et al. Validation of the world health organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. **Multiple Sclerosis Journal**, v. 21, n. 4, p. 448–456, 1 abr. 2015.

MALUF, S. A. et al. Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 408–415, dez. 2008.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestao de Negocios**, v. 8, n. 20, p. 1–12, 2006.

MCDOWELL, I. **Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires**. [s.l.] Oxford University Press, 2009.

MCNEELY, M. L.; OLIVO, S. A.; MAGEE, D. J. A Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Interventions for Temporomandibular Disorders. **Physical Therapy**, v.86,

n.5, p.710-725, maio 2006.

MEESTERS, J. J. L. et al. Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients.

Rheumatology, v. 49, n. 2, p. 326–333, fev. 2010.

MOEN, V. P. et al. Validation of World Health Organization Assessment Schedule 2.0 in specialized somatic rehabilitation services in Norway. **Quality of life research**, v. 26, n. 2, p. 505–514, 2017.

MONT, D. Measuring health and disability. **Lancet**, v.369, p. 1658-1663, maio 2007.

MONTICONE, M. et al. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Italian version of the craniofacial pain and disability inventory in patients with chronic temporomandibular joint disorders. **BMC oral health**, v. 19, n. 1, p. 244, nov. 2019.

MORRIS, L. D. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the South African Pain Catastrophizing Scale (SA-PCS) among patients with fibromyalgia. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 10, nov. 2012.

NASSIF, N. J.; AL-SALLEEH, F.; AL-ADMAWI, M. The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adult males. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 30, n. 9, p. 944–950, set. 2003.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PARADOWSKI, P. T. et al. Cross-cultural translation and measurement properties of the Polish version of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) following anterior cruciate ligament reconstruction. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 1, jun. 2013.

PEDRONI, C. R.; DE OLIVEIRA, A. S.; GUARATINI, M. I. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 30, n. 3, p. 283–289, mar. 2003.

PINCUS, T. et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. **Spine**, v.27, 2002.

POLLARD, B.; JOHNSTON, M. Problems with the Sickness Impact Profile: A theoretically based analysis and a proposal for a new method of implementation and scoring. **Social Science and Medicine**, v. 52, n. 6, p. 921–934, 2001.

PÖSL, M.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. **Quality of Life Research**, v. 16, n. 9, p. 1521–1531, nov. 2007.

POVEDA-RODA, R. et al. Temporomandibular disorders. A case-control study. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 17, n. 5, p.794, set. 2012.

RAGGI, A. et al. Development and validation of the multiple sclerosis questionnaire for the evaluation of job difficulties (MSQ-Job). **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 132, n. 4, p. 226–234, out. 2015.

RAMMELSBERG, P. et al. Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: A 5-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, v. 17, n. 1, p. 9–20, 2003.

RAUCH, A. et al. Validation of the Comprehensive ICF Core Set for obstructive pulmonary diseases from the perspective of physiotherapists. **Physiotherapy research international**, v. 14, n. 4, p. 242–59, dez. 2009.

RENER-SITAR, K. et al. Sleep quality in temporomandibular disorder cases. **Sleep Medicine**, v. 25, p. 105–112, 1 set. 2016.

RODRIGUES, M. DA F. et al. Effects of low-power laser auriculotherapy on the physical and emotional aspects in patients with temporomandibular disorders: A blind, randomized, controlled clinical trial. **Complementary therapies in medicine**, v. 42, p. 340–346, fev.

2019.

RØE, C. et al. Validation of the Brief ICF core set for low back pain from the Norwegian perspective. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 45, n. 3, p. 403–14, set. 2009.

ROLDÁN-BARRAZA, C. et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Usual Treatment Versus Psychosocial Interventions in the Treatment of Myofascial Temporomandibular Disorder Pain. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 28, n. 3, p. 205–222, jun. 2014.

SABARIEGO, C. et al. Measuring disability: Comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 9, p. 10329–10351, ago. 2015.

SCHIAVOLIN, S. et al. Disability in Italian neurosurgical patients: Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 37, n. 3, p. 267–270, 2014.

SCHIFFMAN, E. et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 28, n. 1, p. 6–27, jan. 2014.

SELB, M. et al. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 51, n. 1, p. 105–117, 1 fev. 2015.

SESSLE, B. J. **Orofacial pain**. Toronto: International Association for the Study of Pain (IASP), 2015.

SHEDDEN MORA, M. C. et al. Biofeedback-based cognitive-behavioral treatment compared with occlusal splint for temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. **The Clinical journal of pain**, v. 29, n. 12, p. 1057–65, dez. 2013.

SILVEIRA, L. S. et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule em pessoas com cegueira. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 22–30, mar. 2019.

SOUSA, A. J. DOS S. et al. Propriedades psicométricas do WHODAS para uso em pessoas com chikungunya no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 419–426, dez. 2019.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, v.80, p. 217-222, 2003.

STUCKI, G.; BICKENBACH, J. Functioning: The third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 1, p. 134–138, fev. 2017.

TATE, R. L.; GODBEE, K.; SIGMUNSDOTTIR, L. A systematic review of assessment tools for adults used in traumatic brain injury research and their relationship to the ICF. **NeuroRehabilitation**, v. 32, n. 4, p. 729–50, 2013.

TATLI, U. et al. Comparison of the effectiveness of three different treatment methods for temporomandibular joint disc displacement without reduction. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 46, n. 5, p. 603–609, maio 2017.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34–42, jan. 2007.

THONNARD, J. L.; PENTA, M. Functional assessment in physiotherapy. A literature review. **Europa Medicophysica**, v.43, p. 525-541, dez. 2007.

TÜRPEL, J. C. et al. In patients with temporomandibular disorders, do particular interventions influence oral health-related quality of life: A qualitative systematic review of the literature. **Clinical oral implants research**, v. 18, p. 127–37, jun. 2007.

TÜRPEL, J. C.; SCHINDLER, H. The dental occlusion as a suspected cause for TMDs: Epidemiological and etiological considerations. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.39, p.

502-512, jul. 2012.

UHLIG, T. et al. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, v. 66, n. 8, p. 1078–1084, ago. 2007.

ÜSTÜN, T. B.; KOSTANJSEK, N.; CHATTERJI, S.; REHM, J. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. **World Health Organization**, p. 90, 2010.

ÜSTÜN, T. B. et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 815–823, 2010.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 1, p. 1–14, 1994.

VUCKOVIC, N. H. et al. Feasibility and short-term outcomes of a shamanic treatment for temporomandibular joint disorders. **Alternative therapies in health and medicine**, v. 13, n. 6, p. 18–29, 2007.

WALKER, L. S.; GREENE, J. W. The functional disability inventory: Measuring a neglected dimension of child health status. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 16, n. 1, p. 39–58, fev. 1991.

WOLF, A. C. et al. The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II: reliability and validity in the measurement of activity and participation in a spinal cord injury population. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 44, n. 9, p. 747–55, set. 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps**. Geneva: World Health Organization, 1980.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: World Health Organization, 2001.

WREN, T. A. L. et al. Concurrent and discriminant validity of Spanish language instruments for measuring functional health status. **Journal of pediatric orthopedics**, v. 28, n. 2, p. 199–212, mar. 2008.

XENOULI, G. et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS II) in Greek and its added value to the Short Form 36 (SF-36) in a sample of people with or without disabilities. **Disability and Health Journal**, v. 9, n. 3, p. 518–523, 1 jul. 2016.

ZHAO, H. P. et al. Activity limitation and participation restrictions of breast cancer patients receiving chemotherapy: psychometric properties and validation of the Chinese version of the WHODAS 2.0. **Quality of life research**, v. 22, n. 4, p. 897–906, maio 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **“VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0); PERFIL DE FUNCIONALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

Os objetivos desta pesquisa são: 1) validar a versão brasileira de um questionário para avaliação da funcionalidade e deficiência (WHODAS 2.0) para participantes com Disfunção Temporomandibular, 2) determinar o perfil de funcionalidade, a qualidade de vida e o perfil de acesso aos serviços de saúde dessa população.

Caso você participe, será necessário apenas responder aos questionários (um total de 94 questões) e passar por um exame físico das articulações temporomandibulares. Esses procedimentos terão uma duração de 90 minutos. Um dos questionários deverá ser respondido mais uma vez. Esses procedimentos serão feitos em um espaço reservado na Clínica de Prótese e Oclusão da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

A presente pesquisa trará os seguintes benefícios: profissionais de saúde terão à disposição ferramenta de avaliação funcional, promovendo intervenções direcionadas para a funcionalidade; o estudo do perfil de funcionalidade, qualidade de vida e perfil de acesso aos serviços de saúde pode oferecer recursos para estratégias de manutenção ou promoção da qualidade de vida.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer risco à sua vida/saúde. Porém, por constar na avaliação de um exame físico, você pode sentir dor. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. As informações podem ser obtidas, a qualquer instante, pelo endereço e telefone do pesquisador principal indicado abaixo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que nenhuma despesa será necessária para a realização da pesquisa. O sigilo das informações coletadas é garantido ao participante e a divulgação dos resultados só será feita na comunidade científica. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Portanto, espera-se risco mínimo para os participantes.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Luana Maria Ramos Mendes

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – 1º andar – Rodolfo Teófilo

CEP: 60430-275

Telefones para contato: (85) 99991-9329

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG:

_____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador	Data	Assinatura
---------------------	------	------------

Nome da testemunha	Data	Assinatura
--------------------	------	------------

(se o participante não souber ler)

Nome do profissional	Data	Assinatura
----------------------	------	------------

que aplicou o TCLE

ANEXO A - WHODAS 2.0

**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão com 36 itens, auto-administrada

Este questionário pergunta sobre dificuldades decorrentes de condições de saúde. Condições de saúde incluem doenças ou enfermidades, outros problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, e problemas com álcool ou drogas.

Pense nos últimos 30 dias e responda as questões, pensando sobre quanta dificuldade você tem tido nas atividades a seguir. Para cada questão, por favor, marque uma resposta.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:						
Compreensão e comunicação						
D1.1	<u>Concentrar-se</u> para fazer alguma coisa durante <u>dez minutos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.2	<u>Lembrar-se</u> de fazer <u>coisas importantes</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.3	<u>Analisar e encontrar soluções para problemas</u> do dia-a-dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.4	<u>Aprender uma nova tarefa</u> , por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.5	<u>Compreender de forma geral</u> o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.6	<u>Começar e manter</u> uma conversa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Mobilidade						
D2.1	<u>Ficar em pé</u> por <u>longos períodos</u> como 30 minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.2	<u>Levantar-se</u> a partir da posição sentada?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.3	<u>Movimentar-se dentro de sua casa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.4	<u>Sair da sua casa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.5	<u>Andar por longas distâncias</u> como por 1 quilômetro.	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Auto

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:						
Auto-cuidado						
D3.1	Lavar seu <u>corpo inteiro</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.2	<u>Vestir-se</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.3	<u>Comer</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.4	Ficar sozinho <u>sem a ajuda de outras pessoas</u> por alguns dias?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Relações interpessoais						
D4.1	<u>Lidar com pessoas que você não conhece</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.2	<u>Manter uma amizade</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.3	<u>Relacionar-se</u> com pessoas que são <u>próximas</u> a você?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.4	<u>Fazer novas amizades</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.5	Ter <u>atividades sexuais</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Atividades de vida						
D5.1	Cuidar das suas <u>responsabilidades domésticas</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.2	Fazer <u>bem</u> as suas tarefas domésticas mais importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.3	<u>Fazer</u> todas as tarefas domésticas que você precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36
Auto

Se você trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.8, abaixo. Caso contrário, pule para D6.1.

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:						
D5.5	Atividades diárias do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.7	Fazer todo o trabalho que você precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.8	Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Participação social						
Nos últimos 30 dias:						
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações dos outros?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.4	Quanto <u>tempo você</u> gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.5	Quanto <u> você </u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento</u> ou lazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

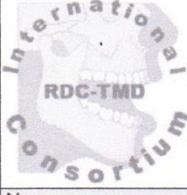
36

Auto

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa de alguma condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto completa o questionário. Obrigado.

ANEXO B – RDC/ TMD

 RDC - TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Português – BRASIL		
Nome	Prontuário / Matrícula n°	RDC n°
Examinador	Data ____ / ____ / ____	
HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO		
Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.		
1. Como você classifica sua saúde em geral?		
<input type="checkbox"/> 1	Excelente	
<input type="checkbox"/> 2	Muito boa	
<input type="checkbox"/> 3	Boa	
<input type="checkbox"/> 4	Razoável	
<input type="checkbox"/> 5	Ruim	
2. Como você classifica a saúde da sua boca?		
<input type="checkbox"/> 1	Excelente	
<input type="checkbox"/> 2	Muito boa	
<input type="checkbox"/> 3	Boa	
<input type="checkbox"/> 4	Razoável	
<input type="checkbox"/> 5	Ruim	
3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?		
<input type="checkbox"/> 0	Não	
<input type="checkbox"/> 1	Sim	
<small>[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 14.a] [Se a sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]</small>		
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?		
<small>[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a] [Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]</small>		
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ano(s)
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mês(es)
5. A dor na face ocorre?		
<input type="checkbox"/> 1	O tempo todo	
<input type="checkbox"/> 2	Aparece e desaparece	
<input type="checkbox"/> 3	Ocorreu somente uma vez	
6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?		
<input type="checkbox"/> 1	Não	
<input type="checkbox"/> 2	Sim, nos últimos seis meses.	
<input type="checkbox"/> 3	Sim, há mais de seis meses.	

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"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?												
<input type="text"/> <input type="text"/> Dias												
11. Nos últimos seis 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"?												
NENHUMA INTERFERÊNCIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE
12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?												
<input type="checkbox"/> 0 Não												
<input type="checkbox"/> 1 Sim												
[Se você nunca teve travamento da mandíbula, PULE para a pergunta 15.a] [Se já teve travamento da mandíbula, PASSE para a próxima pergunta]												
14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?												
<input type="checkbox"/> 0 Não												
<input type="checkbox"/> 1 Sim												
15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?												
<input type="checkbox"/> 0 Não												
<input type="checkbox"/> 1 Sim												
15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?												
<input type="checkbox"/> 0 Não												
<input type="checkbox"/> 1 Sim												

<p>15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) "cansada" ou dolorida quando você acorda pela manhã?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/ estranha?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>16.b. Você sabe se alguém na 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?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p> <p><small>[Se você não teve dor ou inchaço, PULE para a pergunta 17.a.]</small></p> <p><small>[Se você já teve, dor ou inchaço, PASSE para a próxima pergunta]</small></p>
<p>16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p> <p><small>[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 18]</small></p> <p><small>[Se sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]</small></p>
<p>17.b. A sua dor na face (em locais como a região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>
<p>18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim</p>

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

	NÃO	SIM
a. Mastigar	0	1
b. Beber (tomar líquidos)	0	1
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	0	1
d. Comer alimentos duros	0	1
e. Comer alimentos moles	0	1
f. Sorrir/gargalhar	0	1
g. Atividade sexual	0	1
h. Limpar os dentes ou a face	0	1
i. Bocejar	0	1
j. Engolir	0	1
k. Conversar	0	1
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	0	1

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

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?

1 Excelente

2 Muito bom

3 Bom

4 Razoável

5 Ruim

22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?

1 Excelente

2 Muito bom

3 Bom

4 Razoável

5 Ruim

23. Qual a data do seu nascimento?

Dia Mês Ano

24. Qual seu sexo?

1 Masculino

2 Feminino

25. Qual a sua cor ou raça?

1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano

2 Asiático ou Insulano Pacífico

3 Preta

4 Branca

5 Outra [Se sua resposta foi **outra**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua cor ou raça]

6 Parda

7 Amarela

8 Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

1 Porto Riquenho

2 Cubano

3 Mexicano

4 Mexicano Americano

5 Chicano

6 Outro Latino Americano

7 Outro Espanhol

8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi **nenhuma acima**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua origem ou de seus familiares]

9 Índio

10 Português

11 Francês

12 Holandês

13 Espanhol

14 Africano

15 Italiano

16 Japonês

17 Alemão

18 Árabe

19 Outra, favor especificar _____

20 Não sabe especificar

27. Até que ano da escola / faculdade você freqüentou?

Nunca freqüentei a escola		0
Ensino fundamental (primário)	1ª Série	1
	2ª Série	2
	3ª Série	3
	4ª Série	4
Ensino fundamental (ginásio)	5ª Série	5
	6ª Série	6
	7ª Série	7
	8ª Série	8
Ensino médio (científico)	1º ano	9
	2º ano	10
	3º ano	11
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1º ano	12
	2º ano	13
	3º ano	14
	4º ano	15
	5º ano	16
	6º ano	17

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?

0 Não

1 Sim

[Se a sua resposta foi sim, PULE para a pergunta 29]
[Se a sua resposta foi não, PASSE para a próxima pergunta]

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

0 Não

1 Sim

[Se a sua resposta foi sim, PULE para a pergunta 29]
[Se a sua resposta foi não, PASSE para a próxima pergunta]

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

1 Sim, procurando emprego

2 Sim, afastado temporariamente do trabalho

3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho

4 Não

29. Qual o seu estado civil?

1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa

2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa

3 Viúvo (a)

4 Divorciado (a)

5 Separado (a)

6 Nunca casei

7 Morando junto

EXAME CLÍNICO											
1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?											
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum										
<input type="checkbox"/> 1	Direito										
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo										
<input type="checkbox"/> 3	Ambos										
2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 2px 5px;">Direito</th> <th style="width: 50%; padding: 2px 5px;">Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Articulação</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Articulação</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Músculos</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Músculos</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table>	Direito	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	
Direito	Esquerdo										
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma										
<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação										
<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos										
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos										
3. Padrão de abertura:											
<input type="checkbox"/> 0	Reto										
<input type="checkbox"/> 1	Desvio lateral direito (não corrigido)										
<input type="checkbox"/> 2	Desvio lateral direito corrigido ("S")										
<input type="checkbox"/> 3	Desvio lateral esquerdo (não corrigido)										
<input type="checkbox"/> 4	Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")										
<input type="checkbox"/> 5	Outro tipo _____ (Especifique)										
4. Extensão de movimento vertical											
Incisivo superior utilizado <input style="width: 20px;" type="text" value="11"/> <input style="width: 20px;" type="text" value="21"/>											
a. Abertura sem auxílio sem dor <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> mm											
b. Abertura máxima sem auxílio <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> mm											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 2px 5px;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%; padding: 2px 5px;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table>	Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	
Dor Muscular	Dor Articular										
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma										
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito										
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo										
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos										
c. Abertura máxima com auxílio <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> mm											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 2px 5px;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%; padding: 2px 5px;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table>	Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	
Dor Muscular	Dor Articular										
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma										
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito										
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo										
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos										
d. Trespasse incisal vertical <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> mm											

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 0	Nenhum
<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 1	Estalido
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm	
(Medida do estalido na abertura)			

b. Fechamento

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 0	Nenhum
<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 1	Estalido
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm	
(Medida do estalido no fechamento)			

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Não	<input type="checkbox"/> 0	Não
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 1	Sim
<input type="checkbox"/> 8	NA	<input type="checkbox"/> 8	NA
(NA: Nenhuma das opções acima)			

6. Excursões

a. Excursão lateral direita mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

b. Excursão lateral esquerda mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

c. Protrusão mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

d. Desvio de linha média mm

1 Direito

2 Esquerdo

8 NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.a Excursão Direita	0	1	2	3
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.c Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.d Excursão Direita	0	1	2	3
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.f Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

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

0 = Somente pressão (sem dor)
 1 = dor leve
 2 = dor moderada
 3 = dor severa

8. Dor muscular extraoral com palpação	Direita				Esquerda				
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
9. Dor articular com palpação									
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
10. Dor muscular intraoral com palpação									
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3	

ANEXO C – WHOQOL- bref

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nun ca	Algu mas vezes	Freqüentem ente	Muito Freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO