THAÍS BORGUEZAN NUNES

Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo pelo Programa de Pós-graduação em Diagnóstico Bucal, para obter o título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Profª. Drª. Silvia Vanessa Lourenço

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Nunes, Thaís Borguezan.
Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren / Thaís Borguezan Nunes ; orientador Silvia Vanessa Lourenço. -- São Paulo, 2016.
XX p. :fig., tab., graf.; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Diagnóstico Bucal. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão original

1. Síndrome de Sjögren. 2. Disfunção Temporomandibular. 3. Qualidade de vida. 4. Dor crônica. I. Lourenço, Silvia Vanessa. II. Título.

Nunes TB. Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: / /2016

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos que sorriem por amor
Ou para esconder a dor;
Aos que sorriem porque são felizes
Ou porque apenas precisam ser fortes;
Aos que sorriem porque são gratos
Ou porque é só aquilo que lhes resta;
A todos que sorrindo buscam caminhos
E aos que caminham buscando sorrir,
Dedico o meu sorriso sincero.

AGRADECIMENTOS

Aos meus **pais**, **Álvaro** e **Angélica**, que me trouxeram para esse mistério;
Aos meus **padrinhos**, **Gerson** e **Florinda**, que me abençoaram nesse mistério;
Ao meu **irmão**, **Fábio Augusto**, que me acompanhou nesse mistério;
À **Bibi**, por nada falar e tudo compreender sobre esse mistério.
Ao **mistério** da vida.

À **Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**, ao **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo** e ao **Hospital Israelita Albert Einstein** por serem pilares na minha formação profissional e humana.

À **Profª. Drª. Silvia Vanessa Lourenço** pelo voto de confiança, pela amizade que surgiu ao longo desses quatro anos e por ter mudado a minha vida.

A todos os **pacientes** que em algum momento dessa caminhada passaram por mim em busca de alívio para suas dores e anonimamente com suas histórias de vida nem imaginam o quanto aliviaram as minhas.

AGRADECIMENTOS

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e ao **Núcleo de Apoio à Pesquisa em Saliva da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (NAP-Saliva FOUSP)** pelo auxílio financeiro e incentivo à pesquisa.

Aos professores da **Disciplina de Estomatologia Clínica**, **Prof. Dr. Dante Antônio Migliari**, **Prof. Dr. Norberto Nobuo Sugaya**, **Prof. Dr. Celso Augusto Lemos Júnior**, **Prof. Dr. Fábio de Abreu Alves** e **Profª. Drª. Camila de Barros Gallo**, pelo aprendizado de longa data.

À **Profª. Drª. Andréa Lusvarghi Witzel**, pela amizade, pelos anos na **Liga Interdisciplinar de Dor Orofacial (LID - FOUSP)**, por me orientar, estruturar e lançar aos desafios da dor.

Ao **Prof. Dr. Fernando Ricardo Xavier da Silveira**, por ser meu quase orientador predileto na faculdade e fora dela.

Ao **Prof. Dr. Gilberto Marcucci**, por ser um homem a frente do seu tempo.

Ao **Prof. Dr. Marcello Menta Simonsen Nico**, à **Profª. Drª. Juliana Dumet**, à **Drª. Camila Gavioli**, à **Drª. Malu Ducati**, ao **Dr. Arnaldo Souto de Paulo** e ao **Dr. Luiz Antônio de Gennaro** (*In memmorian*) pelo convívio, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas no **Ambulatório de Estomatologia do HCFMUSP**.

À **Profª. Drª. Sandra Gofinet Pasoto**, ao **Dr. Leandro** e à equipe do **Ambulatório de Reumatologia do HCFMUSP** por me receberem e me ensinarem tanto sobre a Síndrome de Sjögren.

Aos colegas **Lucas Ambrósio**, **Emanuel Rovai** e **Bruno França**, com quem compartilhei risos e segundas-feiras durante o protocolo de pesquisa, e às **professoras Drª. Marinella Holzhausen** e **Drª. Luciana Saraiva** pelo incentivo.

Ao **Dr. Marcelo Durazzo**, ao **Dr. Cesar Augusto Simões**, ao **Dr. Oscar Jaramillo**, à **Drª. Aline Miazaki**, ao **Dr. Frederico Fernandes**, ao **Dr. Gilberto Mendes**, à **Glorinha** e à equipe do **Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HCFMUSP** pela saudade das tardes de terça-feira e por tornarem a vida dos pacientes menos difícil.

Ao **Dr. Roberto Takaoka**, à **Tarcila Cicchini** e à **Associação de Apoio à Dermatite Atópica (AADA)** que me acolheu e ofereceu total apoio para o desenvolvimento do **Grupo de Apoio às Pacientes com Síndrome de Sjögren (GAPSS)**.

Ao **Amadeu** e à **Rosangela**, meu pronto-socorro e meu porto seguro, que organizaram a reunião do **GAPSS**, entraram em contato com todas as pacientes durante a pesquisa e me ajudaram desde o primeiro dia em que os conheci.

À **Dona Vera**, que voluntariamente respondeu os questionários antes da pesquisa

começar e sempre me recebeu com um abraço carinhoso.

Às enfermeiras **Roberta**, **Márcia**, **Sandra** e a todos os funcionários do **HCFMUSP** que com boa vontade sempre contribuíram para o funcionamento dos ambulatórios.

Aos funcionários da **Dermatopatologia**, em especial ao **Lucas**, pela liberação dos laudos e as pelas conversas saborosas.

À equipe de **Odontologia Hospitalar do HCFMUSP**, principalmente ao **Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira**, à **Drª. Silvia Siqueira**, à **Drª. Sumatra Jales**, à **Drª. Priscila Ribas** e à **Drª. Juliana Franco**, por serem receptivos sempre que precisei de ajuda.

À **Liga de Dor do HCFMUSP**, especialmente ao **Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira**, ao **Prof. Dr. Daniel Ciampi**, ao **Dr. Bernardo de Monaco**, ao **Dr. Diego de Toledo**, à **Daniella Parravano**, à **Antonia Lilian Rodrigues**, à **Profª. Drª. Andréa Portnoi** e à **Sara** pelo companheirismo e pela oportunidade multidisciplinar de colocar a teoria em prática.

À **Liga de Cefaleia do HCFMUSP**, especialmente à **Drª. Ida Fortini**, ao **Dr. Eustáquio Arouca**, à **Dayanne Torquato** e à **Lisandra Panzoldo**, pela dedicação e por serem pessoas tão especiais.

À **Profª. Drª. Malu Frigerio** e ao **Prof. Dr. Roberto Stegun** por criarem o **Projeto Envelhecer Sorrindo**, que é uma fonte de inspiração para todos nós.

À equipe do **curso de pós-graduação em Dor do Hospital Israelita Albert Einsein**, à **Drª. Fabiola Peixoto Minson**, ao **Dr. Francisco Cordon**, à **Marcia Morete**, ao **Rafael Malezan**, à **Drª. Karol Thé**, à **Elen Nogueira** e aos colegas de turma que compartilharam suas experiências comigo.

Aos amigos que fiz ao longo desses anos, **Marina Lara de Carli**, **Rosana Canteras Di Matteo**, **Alex Barbosa Nunes**, **Rita de Cássia Rocha**, **Viviana Lanel**, **Sheyla Bologna**, **Tathyane Teshima**, **Ana Patrícia Carneiro Gonçalves Bezerra**, **Breno Lemos**, **Durval Toledo**, **Cibele Piodoreski**, **Milena Antunes**, **Fernanda de Paula**, **Wanessa Siqueira**, **Gabriela Nascimento**, **Claudia Arruda** e **Giovana Florezi** pelo incentivo de todas as horas.

Aos alunos e ex-alunos da graduação, **Victor Adriano**, **Caroline Martin**, **Michele Quevedo** e **Pamela Dutil**, que sempre me deram orgulho.

A todos os **colegas da pós-graduação**, com quem convivi muito ou pouco, mas que de alguma maneira fizeram parte dessa história.

Ao **Laerte**, à **Nina**, à **Cecília**, à **Sula**, ao **Adauto**, à **Cida**, à **Regina**, à **Márcia** e à todos os funcionários da **FOUSP** pela disposição em ajudar sempre que preciso.

À bibliotecária **Vânia** pela paciência, compreensão e revisão do texto.

Ao **Fábio Andriolo**, pelo trabalho estatístico, pela interminável paciência em me atender e pelo capricho em cada linha desse trabalho.

A todos os **amigos**, **familiares** e **pacientes** que perto ou longe sempre torceram por mim.

A **você** que está lendo a minha tese, meu **muito obrigada**.

Wouldn't you feel tempted
To come back to these fields?
And feel no pain
Just sun and rain to make you fall apart

I've seen you cry
I think I've seen you cry
But maybe
Maybe it was just the morning dew

Herbert Vianna

Você não se sentiria tentado
A voltar para esses campos?
E não mais sentir dor
Apenas o sol e a chuva para lhe afetar

Eu vi você chorar
Eu penso ter visto você chorar
Mas talvez
Talvez fosse apenas o orvalho da manhã

Herbert Vianna

RESUMO

Nunes TB. Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Original.

O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência de Disfunção Temporomandibular e fazer uma análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren (SS) primária. Cinquenta e três pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) diagnosticadas de acordo com os critérios propostos pelo *American-European Consensus Group* (AECG) foram selecionadas e aceitaram participar da pesquisa. Foram aplicados os questionários RDC/TMD para diagnosticar a Disfunção Temporomandibular, DN4 para classificar o tipo de dor quando presente, BDI para avaliar de forma global a intensidade e localização da dor presente e sua interferência nas atividades de vida diária, SF-36 para avaliar a percepção da paciente quanto ao seu estado geral e sua qualidade de vida, EADS-21 para diagnosticar fenômenos de ansiedade, estresse e depressão e EPCD para verificar os pensamentos catastróficos para a dor. As pacientes também foram classificadas de acordo com ESSDAI para avaliar a atividade da doença SS e de acordo com ESSPRI para avaliar os sintomas de fadiga, secura e dor. Segundo o questionário RDC/TMD, 49,1% das pacientes com SS têm dor miofascial, 9,37% têm deslocamento de disco e 13,2% têm artralgia, 50,9% têm dor na face, 58,5% têm dor de cabeça, 35,8% têm estalo, 17% têm crepitação, 45,3% têm bruxismo, 60,4% têm apertamento diurno e 41,5% têm zumbido. Quanto ao questionário BPI, 74,53% das pacientes relataram melhora da dor com o tratamento instituído. Quanto ao questionário DN4, 11,3% têm dor neuropática. Quanto ao questionário SF-36, todos os domínios tiveram pontuação menor que 50 pontos, exceto os Domínios Capacidade Funcional (52,45 pontos), Aspectos Sociais (60,57 pontos) e Saúde Mental (65,96 pontos). De acordo com o EADS-21, o Domínio Estresse teve maior média (6,02 pontos), seguido por Ansiedade (4,51 pontos) e Depressão (3,53 pontos). O *Score* EPCD foi de 1,26 pontos e a maioria dos pacientes (83%) teve baixa catastrofização. Cerca de 51% das pacientes têm baixa atividade da doença SS (*Score* ESSDAI =2,7) e 67,9% têm alto nível de sintoma incapacitante (*Score* ESSPRI≥5). O estudo mostrou que os principais fatores contribuintes para a pior qualidade de vida em pacientes com SS primária são fadiga, depressão, ansiedade, xerose, dor e estresse.

Palavras-chave: Síndrome de Sjögren. Disfunção Temporomandibular. Perfil psicoemocional. Qualidade de vida. Dor crônica.

ABSTRACT

Nunes TB. Prevalence of Temporomandibular Disorder and comparative analysis of the psychoemotional profile, quality of life and the presence of orofacial pain in Sjögren's Syndrome women [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Original

Sjögren's Syndrome (SS) is a chronic autoimmune disease with progressive evolution, whose clinical manifestations are extremely variable, affecting local and specific organs or presenting as a systemic condition. Dryness, pain, somatic and mental fatigue are the main symptoms in caucasian women aged between 40 to 60 years.The aim of this study was to evaluate the prevalence of Temporomandibular Disorders and make a comparative analysis of the psychoemotional profile, quality of life and the presence of orofacial pain in women with primary Sjögren's Syndrome. Fifty-three patients of the Clinics Hospital of Medical School of University of São Paulo diagnosed according to the AECG criteria for primary SS were selected and examined with RDC/TMD to diagnose Temporomandibular Disorders, DN4 to diagnose neurophatic pain, BPI to assess globally the intensity and location of pain and how this symptom interferes with activities of daily living, SF-36 to evaluate the perception of the patient about their general health and quality of life, EADS-21 to diagnose anxiety, stress and depression and PCS to check the catastrophic thoughts for pain.The patients were also classified according to ESSDAI to evaluate the activity of primary SS and to ESSPRI symptoms of fatigue, dryness and soreness. According to the RDC / TMD, 49.1% of patients with Sjögren's syndrome have myofascial pain, 9.37% have disc displacement and 13.2% have arthralgia; 50.9% have pain in the face, 58.5% headache, 35.8% clicking, 17% crepitus, 45.3% bruxism, 60.4% daytime clenching and 41.5% tinnitus. The BPI showed that 74.53% of patients reported improvement in pain with the treatment. According to DN4, 11.3% have neuropathic pain. As for the SF-36, all areas have lower scores 50 points, except the Functional Capacity (52.45 points), Social Aspects (60.57 points) and Mental Health (65.96 points). According to DASS-21, Stress had higher mean (6.02 points), followed by Anxiety (4.51 points) and Depression (3.53 points). The PCS score was 1.26 points and the majority of patients (83%) had low catastrophizing. Nearly 51% have low disease activity (Score ESSDAI = 2.7) and 67.9% has a high level of incapacitating symptom (Score ESSPRI≥5). The study showed that the main factors contributing to the worst quality of life in patients with primary Sjögren's Syndrome are fatigue, depression, anxiety, xerosis, pain and stress.

Keywords: Sjögren's Syndrome. Temporomandibular Disorder. Psychoemotional profile. Quality of life. Chronic pain.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	*American College of Reumatology*
AECG	*American-European Consensus Group*
AINES	Anti-inflamatórios não-esteroidais
Anti-La	Anticorpos contra o antígeno La
Anti-Ro	Anticorpos contra o antígeno Ro
AR	Artrite Reumatoide
ATM	Articulação Temporomandibular
ATMs	Articulações Temporomandibulares
BPI	*Brief Pain Inventory*
CD4+	Cluster of Differentation 4+
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DN4	*Douleur Neuropathique 4 Questionnaire*
DTM	Disfunção Temporomandibular
EADS-21	Escalas de Estresse, Ansiedade e Depressão
EPCD	Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor
ES	Esclerose Sistêmica
ESSDAI	*EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index*
ESSPRI	*EULAR Sjögren's Syndrome Patient-Reported Index*
EULAR	European League Against Rheumatism
FAN	Fator Antinuclear
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
FR	Fator Reumatoide
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HLA-B8	*human leukocyte antigens B8*
HLA-DR3	*human leukocyte antigens DR3*
HLA-DW3	*human leukocyte antigens DW3*
HLA-II	*human leukocyte antigens II*
IASP	*International Association for the Study of Pain*
IHS	*International Headache Society*

IgA	Imunoglobulina A
IgG	Imunoglobulina G
IL-17	Interleucina 17
LES	Lupus Eritematoso Sistêmico
Mm	Milímetro(s)
OPPERA	*Orofacial Pain: Prospective Evaluation and Risk Assessment*
PPF	Prótese Parcial Fixa
PPR	Prótese Parcial Removível
PSI	Prótese Sobre Implante
PT	Prótese Total
R$	Reais
RDC/TMD	*Research Diagnostic Criteria / Temporomandibular Disorders*
SF-36	*Short Form Health - 36*
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SICCA	*Sjögren's International Colaborative Clinical Alliance*
SS	Síndrome de Sjögren / *Sjögren's Syndrome*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMD	Temporomandibular Disorder

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentual
+	Positivo
-	Negativo
N	Número da amostra
<	Menor
≤	Menor ou igual
>	Maior
≥	Maior ou igual

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 - Fatores que contribuem para a patogenia da alteração funcional das glândulas salivares na Síndrome de Sjögren 37

Figura 2.2 - Esquematização do modelo biopsicossocial da dor 48

Figura 2.3 - Visão geral dos problemas causados pela dor 49

Figura 2.4 - Escada analgésica da World Health Organization 62

Figura 4.1 - Ferramentas de detecção de dor neuropática 77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 - Distribuição dos nove critérios diagnósticos avaliados para realizar o diagnóstico de SS na amostra 87

Gráfico 5.2 - Distribuição das manifestações mais frequentes da SS avaliadas ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra 89

Gráfico 5.3 - Distribuição das comorbidades mais frequentes na amostra 90

Gráfico 5.4 - Distribuição das medicações em uso para alívio de sintomas e controle de comorbidades mais frequentes na amostra 93

Gráfico 5.5 - Distribuição das medicações mais utilizadas para controle da atividade da SS ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra 95

Gráfico 5.6 - Distribuição do *Score* ESSDAI por categorias na amostra 97

Gráfico 5.7 - Distribuição dos Domínios Secura, Fadiga e Dor de acordo com o questionário ESSPRI por categorias na amostra 99

Gráfico 5.8 - Distribuição do *Score* ESSPRI por categorias na amostra 100

Gráfico 5.9 - Distribuição das variáveis classificação do estado de saúde em geral, de saúde bucal e dos autocuidados com ambas de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 102

Gráfico 5.10 - Distribuição da variável atividades prejudicadas pela dor na face e/ou problema mandibular de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 107

Gráfico 5.11 - Distribuição da variável presença de dor à palpação dos músculos temporal e masseter e da ATM bilateralmente de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 109

Gráfico 5.12 - Distribuição das variáveis estalo, crepitação, bruxismo noturno, apertamento diurno e zumbido de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 111

Gráfico 5.13 - Distribuição dos diagnósticos do Grupo I (desordens musculares) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra 114

Gráfico 5.14 - Distribuição dos diagnósticos do Grupo II (deslocamento do disco das ATMs direita e esquerda) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra 114

Gráfico 5.15 - Distribuição dos diagnósticos do Grupo III (outras condições articulares das ATMs direita e esquerda) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra 115

Gráfico 5.16 - Distribuição de tipos de dor diagnosticados de acordo com o questionário DN4 por categorias na amostra 119

Gráfico 5.17 - Distribuição do Domínio Dor de acordo com o questionário SF-36 por categorias na amostra 122

Gráfico 5.18 - Distribuição dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental de acordo com o questionário SF-36 por categorias na amostra ... 123

Gráfico 5.19 - Distribuição dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão de acordo com o questionário EADS-21 por categorias na amostra 125

Gráfico 5.20 - Distribuição do grau de catastrofização de acordo com o questionário EPCD por categorias na amostra 126

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1 - Critérios de classificação para diagnóstico de SS de acordo com o AECG .. 70

Quadro 4.2 - Critérios de pontuação para diferenciar SS primária e secundária e critérios de exclusão de acordo com o AECG 71

Quadro 4.3 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para definir a atividade da doença SS do ESSDAI 74

Quadro 4.4 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para os Domínios Secura, Fadiga e Dor do ESSPRI 74

Quadro 4.5 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para o Score ESSPRI 75

Quadro 4.6 – Diagnósticos do Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD 75

Quadro 4.7 – Diagnósticos do Eixo II (avaliação de aspectos psicossociais e comportamentais) do questionário RDC/TMD 76

Quadro 4.8 – Categorias adotadas para classificar o grau de limitações relacionadas ao funcionamento mandibular do questionário RDC/TMD 76

Quadro 4.9 – Categorias adotadas para classificar o tipo de dor do questionário DN4.... 77

Quadro 4.10 – Categorias adotadas para as faixas de pontuação dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental e Dor do questionário SF-36 78

Quadro 4.11 – Categorias adotadas por faixas de pontuação dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão do questionário EADS-21 78

Quadro 4.12 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para o grau de catastrofização do questionário EPCD 79

Quadro 4.13 – Categorias de intensidade de correlação de acordo com o teste RHO de Spearman 79

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Distribuição da variável idade na amostra 82

Tabela 5.2 - Distribuição da variável idade por categorias na amostra..... 82

Tabela 5.3 - Distribuição da variável cor da pele e/ou etnia por categorias na amostra ... 83

Tabela 5.4 - Distribuição da variável grau de escolaridade por categorias na amostra 83

Tabela 5.5 - Distribuição da variável exercício de trabalho remunerado por categorias na amostra..... 84

Tabela 5.6 - Distribuição da variável estado civil por categorias na amostra 84

Tabela 5.7 - Distribuição da variável renda familiar por categorias na amostra 85

Tabela 5.8 - Distribuição das variáveis tempo de *sicca* e tempo de seguimento clínico (em anos) na amostra..... 85

Tabela 5.9 - Distribuição dos nove critérios avaliados para realizar o diagnóstico de SS na amostra..... 86

Tabela 5.10 - Distribuição das manifestações mais frequentes da SS avaliadas ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra..... 88

Tabela 5.11 - Distribuição das comorbidades mais frequentes na amostra 90

Tabela 5.12 - Distribuição das medicações em uso para alívio de sintomas e controle de comorbidades mais frequentes na amostra 91

Tabela 5.13 - Distribuição das medicações mais utilizadas para controle da atividade da SS ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra 94

Tabela 5.14 - Distribuição das variáveis tabagismo prévio e atual na amostra 96

Tabela 5.15 - Distribuição do Domínios Constitucional, Linfadenopatia, Glandular, Articular, Cutâneo, Respiratório, Renal, Muscular, Sistema Nervoso Periférico, Sistema Nervoso Central, Hematológico e Biológico e do *Score* resultante da somatória do conjunto de acordo com o questionário ESSDAI na amostra 96

Tabela 5.16 - Distribuição do *Score* ESSDAI por categorias na amostra 97

Tabela 5.17 - Distribuição dos Domínios Secura, Fadiga e Dor e do *Score* resultante composto pela média do conjunto de acordo com o questionário ESSPRI na amostra..... 98

Tabela 5.18 - Distribuição dos Domínios Secura, Fadiga e Dor de acordo com o questionário

ESSPRI por categorias na amostra 98

Tabela 5.19 - Distribuição do *Score* ESSPRI por categorias na amostra 100

Tabela 5.20 - Distribuição das variáveis classificação do estado de saúde em geral, de saúde bucal e dos autocuidados com ambas de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 101

Tabela 5.21 - Distribuição das variáveis uso e tipo de prótese dental de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 103

Tabela 5.22 - Distribuição das variáveis dor na face e dores de cabeça de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 103

Tabela 5.23 - Distribuição da variável numérica (0 a 10) de dor na face relatada e sua interferência em tempos e situações diversos de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 104

Tabela 5.24 - Distribuição das variáveis episódio de travamento da mandíbula e incapacidade da função mastigatória de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 104

Tabela 5.25 - Distribuição das variáveis extensão de movimentos verticais e excursivos da mandíbula (em milímetros) de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 105

Tabela 5.26 - Distribuição da variável atividades prejudicadas pela dor na face e/ou problema mandibular de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra.... 105

Tabela 5.27 - Distribuição da variável presença de dor à palpação dos músculos temporal e masseter e da ATM bilateralmente de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra 108

Tabela 5.28 - Distribuição da somatória de pontos obtida das respostas de todas as pacientes (de 0 a 159 pontos possíveis) para as perguntas relacionadas à intensidade de dor (0, 1, 2 ou 3 pontos) durante a palpação dos músculos temporal e masseter e da ATM bilateralmente de acordo com o questionário RDC/TMD 110

Tabela 5.29 - Distribuição das variáveis estalo, crepitação, bruxismo noturno, apertamento diurno e zumbido de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra..... 111

Tabela 5.30 - Distribuição da somatória de pontos obtida das respostas de todas as pacientes (de 0 a 212 pontos possíveis) para as perguntas relacionadas à intensidade de angústia ou preocupação (0, 1, 2, 3 ou 4 pontos) nas últimas quatro semanas perante diversas situações de acordo com o questionário RDC/TMD 112

Tabela 5.31 - Distribuição dos diagnósticos do Grupo I (desordens musculares), do Grupo II (deslocamento do disco das ATMs direita e esquerda) e do Grupo III (outras

condições articulares das ATMs direita e esquerda) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra 113

Tabela 5.32 - Distribuição dos diagnósticos grau de dor crônica avaliada, grau de depressão, grau dos sintomas físicos não específicos incluindo dor e grau de limitações relacionadas ao funcionamento mandibular de acordo com Eixo II (avaliação de aspectos psicossociais e comportamentais) do questionário RDC/TMD na amostra.....115

Tabela 5.33 - Distribuição da variável relato de dor no momento da entrevista de acordo com o questionário BPI na amostra 116

Tabela 5.34 - Distribuição da variável numérica (0 a 10) da dor geral relatada e sua interferência em tempos e situações diversos de acordo com o questionário BPI na amostra 117

Tabela 5.35 - Distribuição da variável intensidade da melhora da dor (0 a 100%) proporcionada pelos tratamentos e/ou medicações em uso de acordo com o questionário BPI na amostra.....118

Tabela 5.36 - Distribuição de tipos de dor diagnosticados de acordo com o questionário DN4 por categorias na amostra.....118

Tabela 5.37 - Distribuição das regiões do corpo com presença de dor neuropática de acordo com o questionário DN4 na amostra.....119

Tabela 5.38 - Distribuição dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental que compõem o questionário SF-36 na amostra 120

Tabela 5.39 - Distribuição dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental de acordo com o questionário SF-36 por categorias na amostra.....121

Tabela 5.40 - Distribuição dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão que compõem o questionário EADS-21 na amostra.....124

Tabela 5.41 - Distribuição dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão de acordo com o questionário EADS-21 por categorias na amostra.....124

Tabela 5.42 - Distribuição da variável *Score* EPCD que avalia o grau de catastrofização na amostra.....125

Tabela 5.43 - Distribuição do grau de catastrofização de acordo com o questionário EPCD por categorias na amostra.....126

Tabela 5.44 - Correlação entre o *Score* ESSDAI por categorias e o pensamento número nove "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD.....127

Tabela 5.45 - Intensidade da correlação entre o *Score* ESSDAI por categorias e o pensamento número nove "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD 127

Tabela 5.46 - Correlação entre o uso de colírio e o *Score* ESSDAI por categorias 128

Tabela 5.47 - Intensidade da correlação entre o uso de colírio e o *Score* ESSDAI por categorias 128

Tabela 5.48 - Correlação entre o uso de saliva artificial e o *Score* ESSDAI por categorias.. 129

Tabela 5.49 - Intensidade da correlação entre o uso de saliva artificial e o *Score* ESSDAI por categorias 129

Tabela 5.50 - Correlação entre o uso de prednisona e o *Score* ESSDAI por categorias 130

Tabela 5.51 - Intensidade da correlação entre o uso de prednisona e o *Score* ESSDAI por categorias 130

Tabela 5.52 - Correlação entre o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e os Domínios Dor do SF-36 por categorias e Ansiedade do EADS-21 131

Tabela 5.53 - Intensidade da correlação entre o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e o Domínio Dor do SF-36 por categorias 131

Tabela 5.54 - Intensidade da correlação entre o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21 132

Tabela 5.55 - Correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e os Domínios Capacidade Funcional do SF-36, Aspectos Físicos do SF-36, Vitalidade do SF-36, o pensamento número três "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD e o *Score* EPCD por categorias 133

Tabela 5.56 - Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o Domínio Capacidade Funcional do SF-36 133

Tabela 5.57 - Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o Domínio Aspectos Físicos do SF-36 134

Tabela 5.58 - Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o Domínio Vitalidade do SF-36 135

Tabela 5.59 - Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o pensamento número três "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD 135

Tabela 5.60 - Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o *Score* EPCD por categorias 136

Tabela 5.61 - Correlação entre o Domínio Dor do ESSPRI por categorias e o Domínio Aspectos Físicos do SF-36 137

Tabela 5.62 - Intensidade da correlação entre o Domínio Dor do ESSPRI por categorias e o Domínio Aspectos Físicos do SF-36 137

Tabela 5.63 - Correlação entre o *Score* ESSPRI por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21 138

Tabela 5.64 - Intensidade da correlação entre o *Score* ESSPRI por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21 138

Tabela 5.65 - Correlação entre o uso de relaxantes musculares e os Domínios Secura, Fadiga e Dor do ESSPRI por categorias e o *Score* ESSPRI por categorias 139

Tabela 5.66 - Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias 139

Tabela 5.67 - Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias 140

Tabela 5.68 - Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias 140

Tabela 5.69 - Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o *Score* ESSPRI por categorias 141

Tabela 5.70 - Correlação entre o uso de AINES e os Domínios Fadiga e Dor do ESSPRI por categorias 142

Tabela 5.71 - Intensidade da correlação entre o uso de AINES e o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias 142

Tabela 5.72 - Intensidade da correlação entre o uso de AINES e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias 143

Tabela 5.73 - Correlação entre o uso de antidepressivos e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e o *Score* ESSPRI por categorias 143

Tabela 5.74 - Intensidade da correlação entre o uso de antidepressivos e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias 144

Tabela 5.75 - Intensidade da correlação entre o uso de antidepressivos e o *Score* ESSPRI por categorias 144

Tabela 5.76 - Correlação entre o uso de saliva artificial e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias 145

Tabela 5.77 - Intensidade da correlação entre o uso de saliva artificial e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias 145

Tabela 5.78 - Correlação entre o uso de analgésicos simples e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias 146

Tabela 5.79 - Intensidade da correlação entre o uso de analgésicos simples e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias 146

Tabela 5.80 - Correlação entre o histórico de parotidite prévia e a presença de dor à palpação dos músculos masseter superior, médio e inferior dos lados direito e esquerdo 147

Tabela 5.81 - Intensidade da correlação entre o histórico de parotidite prévia e a presença de dor à palpação do músculo masseter inferior direito 148

Tabela 5.82 - Intensidade da correlação entre o histórico de parotidite prévia e a presença de dor à palpação do músculo masseter inferior esquerdo....148

Tabela 5.83 - Correlação entre o relato de bruxismo noturno e o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias 149

Tabela 5.84 - Intensidade da correlação entre o relato de bruxismo noturno e o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias 149

Tabela 5.85 - Correlação entre o relato de apertamento diurno e as afirmações número dois "Senti minha boca seca", número onze "Dei por mim agitado" e número dezenove "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21, o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e o uso de antidepressivos....150

Tabela 5.86 - Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e a afirmação número dois "Senti minha boca seca" do EADS-21 151

Tabela 5.87 - Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e a afirmação número onze "Dei por mim agitado" do EADS-21 151

Tabela 5.88 - Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e a afirmação número dezenove "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21 152

Tabela 5.89 - Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias....153

Tabela 5.90 - Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e o uso de antidepressivos 153

Tabela 5.91 - Correlação entre as questões número vinte e um "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral" e número vinte e dois "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde da boca" do RDC/TMD....154

Tabela 5.92 - Intensidade da correlação entre as questões número vinte e um "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral" e número vinte e dois "Como você classificaria os cuidados que tem

tomado com a sua saúde da boca" do RDC/TMD.....155

Tabela 5.93 - Correlação entre o uso de opioides e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI 156

Tabela 5.94 - Intensidade da correlação entre o uso de opioides e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI.....156

Tabela 5.95 - Correlação entre o uso de colírio e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI 157

Tabela 5.96 - Intensidade da correlação entre o uso de colírio e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI 157

Tabela 5.97 - Correlação entre o uso de saliva artificial e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI por categorias 158

Tabela 5.98 - Intensidade da correlação o uso de saliva artificial e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI por categorias..... 158

Tabela 5.99 - Correlação entre o uso de cloroquina atual e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI 159

Tabela 5.100 - Intensidade da correlação entre o uso de cloroquina atual e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI 159

Tabela 5.101 - Correlação entre o Domínio Dor do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI e o Domínio Ansiedade do EADS-21 160

Tabela 5.102 - Intensidade da correlação entre o Domínio Dor do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI 161

Tabela 5.103 - Intensidade da correlação entre o Domínio Dor do SF-36 por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21 161

Tabela 5.104 - Correlação entre o Domínio Vitalidade do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI.....162

Tabela 5.105 - Intensidade da correlação entre o Domínio Vitalidade do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI 162

Tabela 5.106 - Correlação entre o Domínio Capacidade Funcional do SF-36 por categorias e

o Domínio Depressão do EADS-21 163

Tabela 5.107 - Intensidade da correlação entre o Domínio Capacidade Funcional do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21.....163

Tabela 5.108 - Correlação entre o Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e os Domínios Estresse e Depressão do EADS-21 164

Tabela 5.109 - Intensidade da correlação entre o Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e o Domínio Estresse do EADS-21.....165

Tabela 5.110 - Intensidade da correlação entre o Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21.....165

Tabela 5.111 - Correlação entre o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e os Domínios Estresse e Depressão do EADS-21 e o *Score* EPCD 166

Tabela 5.112 - Intensidade da correlação entre o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e o Domínio Estresse do EADS-21.....167

Tabela 5.113 - Intensidade da correlação entre o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21.....167

Tabela 5.114 - Intensidade da correlação entre o *Score* EPCD e o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias 168

Tabela 5.115 - Correlação entre as variáveis Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e os Domínios Aspectos Emocionais e Saúde Mental do SF-36 por categorias 169

Tabela 5.116 - Intensidade da correlação entre o Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e o Domínio Aspectos Emocionais do SF-36 por categorias.....169

Tabela 5.117 - Intensidade da correlação entre o Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias.....170

Tabela 5.118 - Correlação entre o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias e o *Score* EPCD.....171

Tabela 5.119 - Intensidade da correlação entre o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias e o *Score* EPCD 171

Tabela 5.120 - Correlação entre o *Score* EPCD por categorias e os Domínios Dor e Vitalidade do SF-36 172

Tabela 5.121 - Intensidade da correlação entre o *Score* EPCD por categorias e o Domínio Dor do SF-36 172

Tabela 5.122 - Intensidade da correlação entre o *Score* EPCD por categorias e o Domínio Vitalidade do SF-36 173

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 30
2 REVISÃO DA LITERATURA 35
2.1 EPIDEMIOLOGIA 35
2.2 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA 35
2.3 SS PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA 38
2.4 ACHADOS EM ESTUDOS POPULACIONAIS 39
2.5 CLASSIFICAÇÕES E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO 41
2.6 ATIVIDADE DA DOENÇA (ESSDAI) E SINTOMAS RELATADOS (ESSPRI) 42
2.7 MANIFESTAÇÕES E SINTOMAS 44
2.7.1 Xeroftalmia 44
2.7.2 Xerostomia 45
2.7.3 Fadiga 46
2.7.4 Dor 47
2.7.4.1 Dor Crônica 47
2.7.4.2 Dor Neuropática 52
2.7.4.3 Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular 53
2. 8 QUALIDADE DE VIDA 57
2.9 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E MORTALIDADE 59
2.10 TRATAMENTO 60
2.10.1 Manifestações glandulares 60
2.10.2 Manifestações extraglandulares 62
3 PROPOSIÇÃO 67
4 CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODOS 70
4.1 CASUÍSTICA 70
4.2 MATERIAL E MÉTODOS 73
4.2.1 Prontuários 73
4.2.2 Questionário ESSDAI 74
4.2.3 Questionário ESSPRI 74
4.2.4 Questionário RDC/TMD 75
4.2.5 Questionário BPI 76
4.2.6 Questionário DN4 77

4.2.7 Questionário SF-36 78
4.2.8 Questionário EADS-21 78
4.2.9 Questionário EPCD 78
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA 79
5 RESULTADOS 82
5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 82
5.2 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO ESSDAI 85
5.3 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO ESSPRI 98
5.4 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO RDC/TMD 101
5.5 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO BPI 116
5.6 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DN4 118
5.7 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO SF-36 120
5.8 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO EADS-21 124
5.9 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO EPCD 125
5.10 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO ESSDAI 127
5.11 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO ESSPRI 130
5.12 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO RDC/TMD 147
5.13 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO BPI 155
5.14 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO SF-36 160
5.15 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO EADS-21 168
5.16 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO EPCD 172
6 DISCUSSÃO 176
6.1. PERSPECTIVAS OBJETIVAS 176
6. 2 PERSPECTIVAS SUBJETIVAS 182
7 CONCLUSÃO 190
REFERÊNCIAS 192

"Então do ventre mesmo, como um
estremecer longínquo de terra que mal
se soubesse ser sinal de terremoto, do
útero, do coração contraído veio o tremor
gigantesco duma forte dor abalada, do
corpo todo o abalo — e em sutis caretas de
rosto e de corpo afinal com a dificuldade
de um petróleo rasgando a terra — veio
afinal o grande choro seco, choro mudo
sem som algum até para ela mesma, aquele
que ela não havia adivinhado, aquele
que não quisera jamais e não previra —
sacudida como a árvore forte que é mais
profundamente abalada que a árvore frágil
— afinal rebentados canos e veias, então
sentou-se para descansar"

Clarice Lispector

"Não consigo eliminar a tristeza chorando,
parece que falta alguma coisa em mim"

Relato da paciente F. R. S.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença inflamatória de etiopatogenia autoimune lentamente progressiva e caracterizada principalmente pelo acometimento das glândulas lacrimais e salivares, levando ao quadro clínico conhecido como síndrome *sicca* (Ramos-Casals et al., 2004; Tzioufas; Voulgarelis, 2007).

A SS primária exibe uma grande variedade de sinais e sintomas que estão relacionados à natureza da doença autoimune, a qual pode ocorrer em todas as idades, mas tem maior predileção pelo sexo feminino, atingindo a faixa etária entre 40 e 60 anos (Paganotti et al., 2015). Estudos sobre a prevalência da SS mostraram resultados que variaram de 0,04% a 4,8% na população (Valim et al., 2013).

Múltiplos sistemas orgânicos também podem ser acometidos, ocasionando manifestações extraglandulares, tais como poliartrite, vasculite cutânea, neuropatia periférica, pneumonite, nefrite intersticial e glomerulonefrite (García-Carrasco et al., 2002; Ramos-Casals et al., 2004; Tzioufas; Vougarelis, 2007).

O consenso internacional mais atual sobre os critérios de classificação SS foi proposto pelo *American College of Reumatology* (ACR) em 2012. De acordo com os especialistas, o diagnóstico da SS exige a presença de ao menos 2 dos 3 critérios citados a seguir: biopsia de glândula salivar labial mostrando sialadenite linfocítica focal com escore ≥ 1 foco/4 mm^2; positividade para autoanticorpos Ro e/ou La ou Fator Reumatoide (FR) positivo e Fator Antinuclear (FAN) ≥ 1:320; coloração ocular com escore ≥3 (Shiboski et al., 2012).

O sintoma oral mais comum associado à SS é a xerostomia. Outros sintomas orofaciais associados são glossodinia, dificuldade para comer alimentos secos, sensibilidade aos alimentos ácidos e picantes, disgeusia, episódios de tosse e distúrbios da fala, aumento do risco de cáries e de candidíase (Soto-Rojas et al., 1998). Artralgia, mialgia e miopatia inflamatória são também achados frequentes (Von Korff et al., 1992; List; Helkimo, 1995).

Neuropatia periférica pode se desenvolver antes do aparecimento das manifestações comuns da SS, incluindo a neuropatia trigeminal (Mori et al., 2005; Font et al., 2003) com dormência facial uni ou bilateral, que pode ser sintomática ou não (Birnbaum, 2010). Dores

de cabeça têm sido relatadas em cerca 75% dos pacientes com SS, e quase a metade da amostra com características de migrânea (Hietaharju et al., 1993; Escudero et al., 1995).

Apesar de haver um comprometimento sistêmico importante mediante tantas alterações de sensibilidade e função, há poucos estudos na literatura que investiguem se pacientes com SS também apresentam Disfunção Temporomandibular (DTM). Alguns autores relatam que o aumento de volume da glândula salivar, em particular o aumento de volume das glândulas parótidas, está presente em 30% a 40% dos pacientes com SS (Soto-Rojas et al., 1998) e poderia gerar sensibilidade ou dor ao mastigar, simulando uma dor miogênica devido à proximidade anatômica entre o músculo masseter e glândula parótida, contribuindo para erros de interpretação de diagnóstico (Netter; Dalley, 1997; Okeson, 2005). O inchaço da parótida é geralmente bilateral, intermitente e indolor (Scully, 1989) e a dor, quando presente, é causada pela infecção da glândula (Mandel; Surattanont, 2002).

A depressão é relatada por 10-25% dos pacientes com SS e há presença de dor e fadiga em até 85% dos casos. Síndromes disfuncionais de dor crônica, tais como a fibromialgia e neuropatias dolorosas, são comuns tanto em pacientes anti-Ro ou anti-La soropositivos e soronegativos. Apesar do grande impacto causado pelas síndromes dolorosas e a associação de dor com fadiga, distúrbios do sono e sofrimento psicológico, há uma escassez de dados sobre os fatores que modulam a dor em pacientes com SS (Segal et al., 2014).

Esses fatores supracitados podem estar presentes de forma isolada ou em conjunto em pacientes com ou sem outras doenças de base. A DTM é uma comorbidade comum em colagenoses que cursam com degenerações artropáticas, como a Artrite Reumatoide (AR), o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e a psoríase, por exemplo (Klasser et al., 2007). Entretanto, as colagenopatias são um grupo complexo de doenças ainda pouco conhecidas do ponto de vista do sistema estomatognático.

Os fenômenos conhecidos como estresse, ansiedade e depressão são amplamente estudados pela psicologia da saúde e da doença, pois afetam o bem-estar psicoemocional, comprometendo físico, humor, pensamento, atenção e concentração (Morais et al., 2010).

A dor é influenciada por variáveis afetivo-emocionais e, embora a avaliação da dor tenha um componente subjetivo, tem-se procurado criar instrumentos para uniformização

no acompanhamento dos pacientes portadores de doenças ou lesões com características álgicas. Os instrumentos utilizados são constituídos por questionários e índices para quantificar a intensidade da dor, seu impacto nas atividades do cotidiano e na qualidade de vida, além de descrever suas demais características clínicas (Martinez et al., 2011).

Tendo em vista a relevância clínica na avaliação da DTM como uma possível comorbidade na SS, nosso estudo indaga: qual a prevalência da DTM e qual a relação entre as variáveis psicoemocionais, qualidade de vida e dores orofaciais em mulheres com SS?

"E exatamente então ela ouve alguma coisa. Uma coisa também seca que a deixa ainda mais seca de atenção. É um rolar de trovão seco, sem uma saliva, que rola, mas aonde? No céu nu e absolutamente azul nenhuma nuvem de amor que chore. Deve ser de muito longe o trovão [...] A urgência é ainda imóvel, mas já tem um tremor dentro. Lóri não percebe que o tremor é seu, como não percebera que aquilo que a queimava não era o fim da tarde encalorada, e sim o seu calor humano. Ela só percebe que agora alguma coisa vai mudar, que choverá ou cairá a noite. Mas não suporta a espera de uma passagem, e antes da chuva cair, o diamante dos olhos se liquefaz em duas lágrimas. E enfim o céu se abranda"

Clarice Lispector

"Eu não choro, a emoção fica inteira para dentro de mim"

Relato da paciente T. S. O.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi estruturada em tópicos visando um apanhado geral sobre a SS e os temas correlatos mais importantes.

2.1 EPIDEMIOLOGIA

A SS é uma doença inflamatória autoimune, lentamente progressiva e caracterizada principalmente pelo acometimento das glândulas lacrimais e salivares, levando ao quadro clínico de xerose ocular e oral (García-Carrasco et al., 2002; Patel; Shahane, 2014). Descrita inicialmente pelo oftalmologista sueco Henrik Sjögren em 1933 como queratoconjuntivite *sicca*, ficou conhecida pelo epônimo e também ganhou a alcunha de síndrome *sicca* (Daniels, 2012; Ghafoor, 2012).

A SS exibe uma multiplicidade de sinais e sintomas que estão relacionados à natureza da doença autoimune, sendo mais prevalente em mulheres caucasianas na faixa etária de 40 a 60 anos. A maior prevalência do sexo feminino é unânime na literatura, porém estudos divergem quanto à proporção de mulheres e homens afetados pela doença, variando a razão de 9:1 até 24:1 (Skopouli et al., 2000; García-Carrasco et al., 2002; Kassan; Moutsopoulos, 2004; Patel; Shahane, 2014).

A literatura também indica taxa de prevalência da SS entre 0,03% a 2,7% na população mundial, sendo difícil estabelecer um dado concreto devido à dificuldade inerente ao diagnóstico da doença (Patel; Shahane, 2014).

A associação entre raça ou etnia e SS foi verificada pela primeira recentemente. Um estudo realizado na área metropolitana de Paris encontrou prevalência duas vezes maior da doença entre os indivíduos multiétnicos em comparação com europeus (Maldini et al., 2014). No Brasil há apenas um estudo sobre prevalência que encontrou o índice de 0,17% de SS na população geral de Vitória (Valim et al., 2013).

2.2 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A característica histológica marcante da SS é uma infiltração linfocítica focal das

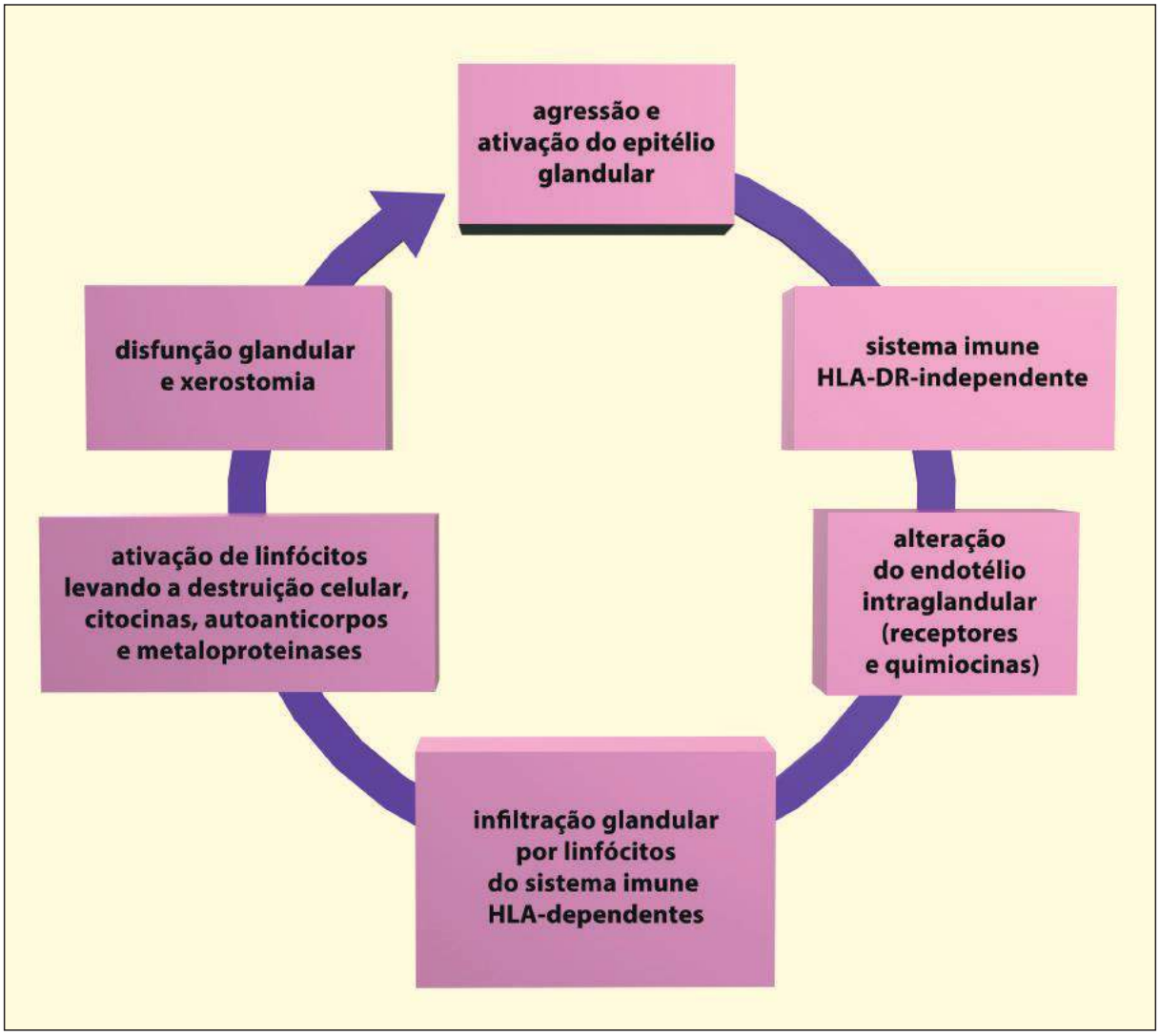
glândulas exócrinas e o espectro da doença se estende desde a exocrinopatia autoimune localizada até um processo sistêmico com diversas implicações extraglandulares. Múltiplos sistemas podem ser acometidos e manifestações como fadiga, mal-estar, poliartrite, vasculite cutânea, neuropatia periférica, pneumonite, nefrite intersticial e glomerulonefrite são frequentes (García-Carrasco et al., 2002; Tzioufas; Voulgarelis, 2007; Patel; Shahane, 2014). A SS é geralmente considerada uma doença crônica autoimune de progressão lenta e taxas de morbidade e mortalidade baixas. Todavia, estima-se que 5% dos pacientes desenvolvam neoplasias malignas, na maioria linfomas de células B da zona marginal, ocorrendo principalmente em associação com a glândula parótida (Tzioufas et al., 2012; Lisi et al., 2013).

Uma série de fatores ambientais, genéticos e epigenéticos conspiram a favor do desenvolvimento da SS de forma bastante complexa. Sabe-se que as estruturas epiteliais das glândulas são envolvidas por linfócitos, sendo a maioria de linfócitos T CD4+, com alguns linfócitos B e outros produtores de IL-17. A secreção de IL-17 pode ser um importante fator catalisador da inflamação no tecido glandular. Ademais, os linfócitos B e plasmócitos presentes no infiltrado inflamatório do parênquima glandular parecem favorecer o depósito exagerado de imunoglobulinas, especialmente IgG e IgA, o que perpetuaria os efeitos autoimunes da doença culminando com a substituição do parênquima glandular pelo tecido conjuntivo (Jonsson et al., 2011; Youinou; Pers, 2012).

Alguns autores defendem que o papel central do epitélio na patogênese da SS justificaria a mudança de nome da doença para epitelite autoimune. A associação entre a intensa inflamação da glândula salivar e a ocorrência de eventos extraglandulares sugere que respostas imunes locais estejam ligadas às manifestações sistêmicas. Células epiteliais não-neoplásicas das glândulas salivares de pacientes com SS são capazes de mediar o desenvolvimento, a manutenção e a progressão das respostas inflamatórias autoimunes locais, produzindo fatores de quimiotaxia para os linfócitos. Os motivos que levam à ativação dessas células são desconhecidos, no entanto supõe-se que fatores ambientais como infecções virais latentes desencadeiem esse processo (Tzioufas; Voulgarelis, 2007; Tzioufas et al., 2012; Lisi et al., 2013).

A Figura 2.1 esquematiza os fatores que contribuem para a patogenia da alteração funcional das glândulas salivares na SS.

Figura 2.1 - Fatores que contribuem para a patogenia da alteração funcional das glândulas salivares na Síndrome de Sjögren



Fonte: a autora

Os autoanticorpos mais comuns em pacientes com SS são dirigidos contra dois antígenos de ribonucleoproteínas, conhecidos como Ro e La. Estes autoanticorpos não são específicos para a SS e podem ser encontrados em outras doenças autoimunes, especialmente no LES. Estima-se que autoanticorpos do tipo anti-Ro e anti-La sejam detectados respectivamente em 45-70% e 20-50% dos pacientes diagnosticados com SS (Mavragani et al., 2000).

O FAN representa uma gama de anticorpos específicos para os componentes nucleares e citoplasmáticos de células humanas e são detectados em mais de 80% dos pacientes com SS. Já o fator reumatoide (FR) é um tipo de anticorpo que se liga ao fragmento cristalizável de IgG e está presente em 50% dos pacientes com SS (Ramos-Casals et al., 2005).

A positividade de anti-Ro e anti-La se correlaciona com a presença de infiltração linfocítica de glândulas salivares e com provas orais e oculares anormais realizadas para avaliar a disfunção glandular na SS. Estes autoanticorpos têm sido associados às manifestações glandulares e extraglandulares da SS e estudos sugerem que o HLA-II participe na iniciação e na perpetuação de uma resposta autoimune (Hernández-Molina et al., 2010). A predisposição genética para o desenvolvimento de SS é atestada por várias correlações clínicas e moleculares e está vinculada ao aumento de frequências dos alelos HLA-B8, HLA-DW3 e HLA-DR3 (Tzioufas et al., 2012).

Embora pessoas de todas as idades sejam afetadas, o predomínio de mulheres com o diagnóstico de SS sugere também a presença de fatores sexuais relacionados. Suspeita-se que a falta de estrógeno predisponha à doença, já que as manifestações geralmente ocorrem em mulheres no climatério (Tzioufas et al., 2012). Entretanto, o papel da reposição hormonal durante a menopausa com o objetivo de melhorar sintomas orais é controverso e existe pouca evidência científica a esse respeito (Dutt et al., 2013).

2.3 SS PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

O conceito de diferenciação entre SS primária e secundária foi relatado primeiramente por Bloch et al., (1965) em um estudo que incluiu 62 pacientes, tendo uma parcela da amostra o diagnóstico de AR associada à xerostomia e à xeroftalmia, condição chamada de "tríade de queratoconjuntivite *sicca*" à época (Daniels, 2012).

A SS pode existir isoladamente ou em associação com outras doenças do tecido conjuntivo. Aproximadamente 60% dos pacientes são diagnosticados com SS secundária à outra doença autoimune, como artrite reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES) ou esclerose sistêmica (ES) (Kassan; Moutsopoulos, 2004). A proporção de pacientes com SS secundária difere entre as doenças associadas, sendo 14-18% nos pacientes com LES (Baer et al., 2010; Yao et al., 2012), 7-17% com AR (Young et al., 2000; Carmona et al., 2003) e 12% com ES (Avouac et al., 2010).

Se faz necessário observar que, nos últimos 50 anos, o termo SS secundária tem sido utilizado em pesquisas para designar os pacientes diagnosticados SS em combinação com outra doença autoimune sistêmica, enquanto SS primária representa o diagnóstico da

doença em si (Brito-Zerón et al., 2016a).

Fernandes et al., (2010) comprovaram que os aspectos histológicos encontrados em glândulas salivares de pacientes com diagnóstico de SS (marcante infiltrado inflamatório linfocítico periductal) são diferentes dos encontrados nas amostras provenientes de pacientes com LES e queixa de xerostomia (marcante infiltrado inflamatório perivascular).

No entanto, a terminologia está em debate e não existe consenso sobre quando ou por que os termos SS primária e secundária deveriam ser empregados. Com relação ao tratamento do paciente, essa classificação não faz sentido uma vez que a conduta clínica é a mesma para ambas as populações de doentes (Shiboski et al., 2012; Brito-Zerón et al., 2016a).

2.4 ACHADOS EM ESTUDOS POPULACIONAIS

Skopouli et al. (2000) desenvolveram um estudo entre os anos de 1981 e 1995 com 261 pacientes diagnosticados com SS primária. Os achados revelaram a razão de 24 mulheres para cada homem acometido, sendo 96% mulheres e 4% homens. A média do tempo de *sicca* foi de 9,5 anos e do tempo de seguimento clínico foi de 3,6 anos. Do total de pacientes analisados, 95% apresentaram queixa de xeroftalmia e 92% de xerostomia. Dentre os marcadores sorológicos positivos foram encontrados 89% de FAN, 61% de FR, 56% de anti-Ro, e 30% de anti-La. Aumento de parótida ocorreu em 53%, linfadenopatia em 32%, artrite em 23%, cirrose biliar primária em 4% e neuropatia periférica em 2% da amostra. O estudo concluiu que as manifestações glandulares da SS primária são tipicamente presentes no momento do diagnóstico, embora haja um intervalo entre o início da síndrome *sicca* e das demais manifestações extraglandulares. O perfil sorológico geralmente permaneceu inalterado durante o tempo de acompanhamento clínico.

García-Carrasco et al. (2002) conduziram entre os anos de 1994 e 2000 um estudo com 400 pacientes diagnosticados com SS primária. Os achados revelaram a razão de 14 mulheres para cada homem acometido, sendo 93% mulheres e 7% homens. A média de idade dos pacientes foi de 58,7 ± 0,72 anos e o tempo de *sicca* foi maior que 10 anos para 24% da amostra. Do total de pacientes analisados, 98% apresentaram queixa de xerostomia, 93% de xeroftalmia, 95% tiveram resultado positivo para testes diagnósticos oculares, 77% para cintilografia de parótida e 74% para biopsia de glândula salivar menor. Dentre os

marcadores sorológicos positivos foram encontrados 74% de FAN, 40% de anti-Ro, 38% de FR e 26% de anti-La. Tireoidite autoimune ocorreu em 15%, acometimento pulmonar em 9%, neuropatia periférica em 7% e linfadenopatia em 7% da amostra. Febre, adenopatias e anti-Ro positivo foram mais frequentes em pacientes com o início da doença anterior aos 35 anos de idade. Apesar do surgimento precoce da SS se mostrar associado à maior expressão imunológica, o motivo dessa variabilidade de expressão não foi esclarecido.

Um estudo realizado por Al-Hashimi et al. (2001) avaliou manifestações clínicas de 169 pacientes com SS e de 44 pacientes sem a doença. A média de idade dos pacientes com SS foi de 59,9 ± 13,3 anos, sendo 91% de mulheres brancas. Do total de pacientes analisados, 93,5% apresentaram queixa de xerostomia, 67,5% de xeroftalmia, 25,4% tiveram dificuldades de deglutição e 16,6% tiveram dificuldades mastigatórias. Artrite esteve presente em 75,2%, problemas psicológicos em 33,7%, problemas tireoidianos em 33,1% e problemas auditivos em 14,2% da amostra. Todos os sinais e sintomas avaliados neste estudo tiveram frequência significativamente maior entre os pacientes com SS em comparação ao grupo controle.

Haugen et al. (2008) fizeram um estudo comparativo para estimar a prevalência de SS primária em duas populações, com idades entre 40-44 e 71-74 anos, e recrutaram 21938 voluntários para responderam questionários sobre sintomas de *sicca*. Os autores concluíram que a proporção de mulheres com SS primária foi cerca de sete vezes maior na população idosa do que no grupo mais jovem. Há vários fatores que podem contribuir para altas taxas de queixa de *sicca* na população idosa, como aumento do número de autoanticorpos, diminuição fisiológica na produção de saliva, administração de drogas sistêmicas, depressão, processo de envelhecimento, endocrinopatias e doenças degenerativas, causando evidências subjetivas e objetivas mais pronunciadas de xerose (Tzioufas; Vougarelis, 2007; Daniels, 2012) que podem levar a diagnósticos duvidosos.

Uma compilação de estudos relatada por Bournia e Vlachoyiannopoulos (2012) mostrou que a presença de fatores sorológicos varia bastante em pacientes com SS primária. As taxas de positividade encontradas em diferentes estudos foram de 59-85% para FAN, 36-74% para FR, 33-74% para anti-Ro e 23-52% para anti-La. Theander at al. (2015) concluíram em outro estudo que pacientes mais jovens (<40 anos de idade) com anti-Ro ou anti-La positivos apresentaram menos sintomas de secura, porém foram mais propensos a desenvolver manifestações extraglandulares quando comparados aos pacientes mais velhos (>40 anos

de idade) com os mesmos autoanticorpos. García-Carrasco et al. (2002) relataram que os testes diagnósticos para SS (incluindo biópsia de glândula salivar) têm a mesma validade em todos os grupos e faixas etárias, apesar dos pacientes jovens com SS apresentarem maior reatividade da resposta imunológica.

A diversidade do quadro clínico da SS torna o diagnóstico difícil, pois os sintomas nem sempre se apresentam simultaneamente. Em geral, os pacientes não são diagnosticados corretamente ou têm o diagnóstico estabelecido muitos anos após o início dos sintomas. O intervalo entre o início da SS e seu diagnóstico é frequentemente longo, podendo ser superior a 4 anos segundo estimativas (Al-Hashimi et al., 2001; Tzioufas; Voulgarelis, 2007). Muitos sintomas de SS são enganosamente inespecíficos e o espectro de manifestações clínicas é amplo. Devido à ocorrência da SS predominantemente em mulheres de meia-idade, os sintomas de secura oral, cutânea e vaginal por vezes são exclusivamente atribuídos ao climatério (Kassan; Moutsopoulos, 2004; Dutt et al., 2013).

2.5 CLASSIFICAÇÕES E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A SS primária apresenta um amplo espectro de expressão dependendo de características epidemiológicas, clínicas e imunológicas específicas (García-Carrasco et al., 2002). Não é à toa que doze conjuntos de critérios de diagnóstico e/ou classificações para SS foram propostos entre 1965 e 2012 em várias partes do mundo. Eles foram desenvolvidos de acordo com o conhecimento científico de cada época, permitindo o melhor entendimento dessa doença autoimune complexa e ainda desconhecida nos dias atuais (Daniels, 2012; Valim et al., 2013). Ao contrário de outras doenças autoimunes bem mais conhecidas, a SS carece de critérios de classificação universalmente aceitos. A heterogeneidade de sinais e sintomas leva ao atraso no diagnóstico da doença e a falta de critérios padronizados torna infrutífera a interpretação de estudos epidemiológicos, dificultando o conhecimento das taxas de incidência e prevalência reais na população (Patel; Shahane, 2014).

O *American-European Consensus Group* (AECG) desenvolveu em 2002 a classificação que combina provas objetivas e sintomas indicativos de SS. Seis critérios são avaliados segundo essa classificação: (I) sintomas oculares, (II) sintomas orais, (III) sinais oculares, (IV) histopatologia de glândula salivar, (V) sinais orais e (V) pesquisa de autoanticorpos. Existem duas possibilidades para o diagnóstico de SS primária: (a) a presença de quatro dos seis

critérios, desde que haja positividade para o item IV (histopatologia) ou VI (pesquisa de autoanticorpos) e (b) a presença de três dos quatro critérios objetivos, isto é, dos itens III, IV, V ou VI. Em pacientes com potenciais doenças associadas (por exemplo, uma outra doença do tecido conjuntivo bem definida), a presença do item I ou item II mais quaisquer 2 itens (III, IV ou V) pode ser considerada como indicativa de SS secundária (Vitali et al., 2002).

Em 2012 o *American College of Rheumatology* (ACR) aprovou novos critérios de classificação para SS devido ao surgimento de medicamentos imunobiológicos como possibilidade para o tratamento para a doença. Segundo os especialistas do *Sjögren's International Colaborative Clinical Alliance* (SICCA), houve necessidade de adequar os critérios para evitar situações nas quais erros de classificação pudessem representar riscos para a saúde dos pacientes, pois medicamentos imunobiológicos apresentam efeitos adversos potencialmente graves. Essa classificação, que é a mais recente, propõe que o diagnóstico de SS (não há mais distinção entre primária ou secundária) seja dado ao paciente que apresentar ao menos dois dos três critérios objetivos definidos a seguir: (I) positividade para anti-Ro e/ou anti-La ou FR positivo e FAN ≥ 1:320, (II) biópsia de glândula salivar menor com exame histopatológico exibindo um ou mais focos de infiltrado inflamatório de 50 linfócitos em 4 mm^2 de área da amostra e (III) queratoconjuntivite *sicca* com coloração ocular de *score* ≥ 3 (Shiboski et al., 2012).

Os novos critérios validados pelo ACR oferecem melhor especificidade e foco sobre a natureza autoimune da doença. Ao eleger apenas critérios objetivos para o diagnóstico da SS, pesquisas genéticas e ensaios terapêuticos ganham reconhecimento e futuro. Xerostomia e xeroftalmia são sintomas importantes que devem ser considerados no diagnóstico diferencial de um paciente, no entanto, são muito subjetivos e não-específicos para serem utilizados como critério de diagnóstico ou de classificação para SS (Daniels, 2012).

2.6 ATIVIDADE DA DOENÇA (ESSDAI) E SINTOMAS RELATADOS (ESSPRI)

Especialistas do *The European League Against Rheumatism* (EULAR) promoveram uma colaboração internacional para desenvolver consensos sobre a SS primária. Dois índices foram propostos: um questionário orientado ao paciente para avaliar os sintomas, denominado EULAR *Sjögren's Syndrome Patient Reported Index* (ESSPRI), e um índice orientado ao médico para avaliar complicações sistêmicas e determinar a atividade da doença SS, denominado

EULAR *Sjögren's Syndrome Disease Activity Index* (ESSDAI) (Seror et al., 2010).

Na ausência de um "padrão-ouro" disponível e da verdadeira compreensão da SS primária, o método mais preciso e significativo para avaliação da atividade da doença é a tentativa de balizar o julgamento dos médicos. O maior desafio na concepção de um índice sistêmico é distinguir entre o dano já estabelecido e a real atividade da doença. A abordagem mais comum para evitar erros na atribuição dos pontos é considerar uma manifestação ativa somente quando esta se mostra "nova" ou quando há "piora" do quadro. De acordo com o sistema de pontuação do ESSDAI, ao se avaliar o paciente em tempos distintos, uma manifestação persistente não será classificada no momento da reavaliação. Os médicos também são aconselhados a não avaliar características de longa duração estáveis, tais como presença de danos irreversíveis (Seror et al., 2010).

O ESSDAI é um índice de atividade da forma sistêmica da SS primária e inclui 12 domínios objetivos representantes de todas as potenciais manifestações extraglandulares da doença (domínios cutâneo, respiratório, renal, articular, muscular, sistema nervoso periférico, sistema nervoso central, hematológico, glandular, constitucional, linfadenopatia e biológico). Cada domínio é dividido em três ou quatro níveis, dependendo do seu grau de atividade. Os pesos relativos a cada domínio foram obtidos estatisticamente por meio de uma análise de regressão múltipla. Antes de avaliar cada domínio, o médico classifica apenas as manifestações atuais relacionadas à doença, evitando incluir características clínicas duradouras e/ou danos permanentes. A pontuação de cada domínio é dada de acordo com o nível de atividade multiplicado pelo peso do domínio. A pontuação final, composta pela soma das pontuações de todos os domínios, varia entre 0 e 123 pontos, em que 0 é indicativo de ausência de atividade da doença e 123 pontos é o valor máximo possível (Seror et al., 2014; Seror et al., 2015a).

O ESSPRI é um questionário autoaplicável composto por três sintomas subjetivos (domínios secura, fadiga e dor). Utiliza-se uma escala de 0 a 10 pontos com pesos iguais para cada sintoma e a pontuação final é composta pela média dos três domínios avaliados pelo paciente com SS primária (Seror et al., 2014).

Em estudos recentes, ESSDAI e ESSPRI têm mostrado boa sensibilidade para detectar mudanças na atividade da doença, como foi confirmado em ensaios clínicos com grupos de

pacientes tratados com rituximabe (Meiners et al., 2012; Moerman et al., 2014). Ambos foram recentemente validados em um estudo prospectivo internacional que incluiu 395 pacientes em 15 países (Seror et al., 2015b).

O ESSDAI é uma ferramenta muito importante para determinar a atividade da doença sistêmica em pacientes com SS e inclui a avaliação de uma série de exames laboratoriais que devem ser realizados no momento do diagnóstico de SS primária e renovados anualmente durante a primeira década (Brito-Zerón et al., 2016b).

Uma pesquisa realizada com 790 pacientes de dois grandes estudos prospectivos internacionais conseguiu definir categorias para nível de atividade da doença, nível de sintoma aceitável pelo paciente e valor de mínima melhora clinicamente importante. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação médica de acordo com o ESSDAI e preencheram o questionário ESSPRI. Após análise estatísticas de curva de eficácia, foram padronizados os *scores* de baixa atividade (ESSDAI<5), moderada atividade (5≤ESSDAI≤13) e alta atividade (ESSDAI≥14) da doença. A mínima melhora clinicamente importante detectada foi definida como uma diminuição de pelo menos três pontos no *score* ESSDAI. O nível de sintoma aceitável pelo paciente foi estabelecido em ESSPRI<5 e a mínima melhora clinicamente importante foi definida como uma diminuição de pelo menos um ponto ou 15% no *score* ESSPRI. O resultado desse estudo permitirá que ensaios clínicos futuros sejam realizados para grupos específicos de pacientes com SS primária e que a análise dos resultados obtidos seja precisa (Seror et al., 2016).

2.7 MANIFESTAÇÕES E SINTOMAS

As manifestações e os sintomas mais frequentes relacionados às formas glandulares e extraglandulares da SS serão abordados nos tópicos a seguir.

2.7.1 Xeroftalmia

Uma análise dos sintomas clássicos de *sicca* em 169 pacientes com SS e 44 indivíduos do grupo controle constatou que 93,5% dos pacientes com SS e 2,3% dos controles se queixaram de boca seca, enquanto 67,5% e 13,6% relataram olhos secos, respectivamente (Al-Hashimi et al., 2001).

O fluido secretado pelas glândulas lacrimais é uma solução complexa composta por íons e proteínas, como cloreto de sódio, IgA, lactoferrina, lipocalina e lisozima. A película lacrimal que cobre a superfície anterior do olho tem uma variedade de componentes que são essenciais para a manutenção do epitélio da córnea avascular transparente. Esta película mantém a córnea molhada, elimina detritos e protege a superfície ocular contra a invasão por bactérias e vírus (Walcott, 1998).

A queixa de olho seco pode estar presente mesmo quando a aparência dos olhos do paciente é normal. A xeroftalmia ocorre devido à produção diminuída de lágrima, causando destruição do epitélio conjuntival e bulbar da córnea, quadro conhecido como queratoconjuntivite *sicca*. Os pacientes com SS geralmente se queixam de aspereza, coceira, sensação de queimadura e/ou areia nos olhos, vermelhidão e fotossensibilidade. Os sinais físicos incluem a dilatação dos vasos conjuntivais, injeção pericorneal, irregularidade da imagem da córnea e aumento da glândula lacrimal (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

2.7.2 Xerostomia

O sistema das glândulas salivares compreende três pares de glândulas maiores (parótida, submandibular e sublingual) e cerca de 700 a 900 glândulas menores distribuídas por toda cavidade oral. Em conjunto, as glândulas salivares produzem normalmente 1 a 1,5 L de saliva por dia (Humprey; Williamson, 2001).

O fluído secretado pelas glândulas salivares é uma solução complexa composta por água, íons, glicoproteínas e enzimas, como cálcio, potássio, mucina, lactoferrina lisozima, histina e ptialina, entre outros. A saliva é essencial na lubrificação da mucosa oral, no processo de remineralização dos dentes e na digestão do bolo alimentar (Proctor, 2010).

A disfunção da glândula salivar é definida como qualquer tipo de mudança quantitativa ou qualitativa na secreção de saliva. Sendo assim, hipossalivação, sialorréia ou uma mudança na composição do fluido são tipos de disfunção. A xerostomia, definida como sensação subjetiva de boca seca, é frequentemente associada à hipossalivação. No entanto, esse sintoma também pode estar presente em pacientes com taxa de fluxo salivar normal (Villa et al., 2015).

O fluxo salivar depende de muitos fatores, tais como idade, sexo, medicação e hora do dia. A saliva é retirada da boca pelo reflexo da deglutição, eliminando restos alimentares, microrganismos e debris celulares num sistema de fluxo contínuo que mantém a boca limpa e evita infecções. Em pacientes com SS que apresentam significativa hipofunção salivar, a proporção de *Streptococcus mutans, Lactobacillus sp. e Candida sp.* é aumentada (Almstahl et al., 1999). A redução do volume salivar e subsequente perda das propriedades antibacterianas da saliva pode favorecer o surgimento de cárie dentária, doença periodontal e infecções oportunistas (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

O sintoma oral mais comum associado à SS é a xerostomia, porém alguns pacientes não apresentam essa queixa. Nos estágios iniciais da SS, a boca pode parecer úmida e com aspecto de normalidade. No entanto, há possibilidade de mudança com a progressão da doença, ficando a saliva escassa e com aspecto espumoso numa mucosa seca, pálida e com rugas finas. Outros comemorativos podem ser notados, como glossodinia, disgeusia, dificuldade para mastigar alimentos secos, incapacidade de falar de forma contínua, necessidade constante de beber água, sensibilidade aos alimentos ácidos e picantes, tosse seca, dor ou dificuldade em controlar próteses dentárias (Mandel; Surattanont, 2002; Carr et al., 2012). Em situações de xerostomia extrema, notam-se mucosa oral seca, eritematosa e pegajosa, saliva espessa e escassa, língua com superfície lobulada ou fissurada e atrofia das papilas filiformes (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

2.7.3 Fadiga

Fadiga é um sintoma bastante comum em pacientes portadores de doenças crônicas como SS, fibromialgia e hipotireoidismo.

Mota et al. (2005) relataram que o conceito de fadiga é bastante controverso na literatura e confuso entre os profissionais de saúde, mas se mostra amparado por ao menos três características: a verbalização de cansaço/canseira ou exaustão, diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e a falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação de energia.

Fadiga extrema e incapacitante ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com diagnóstico de SS primária e muitos definem que esse sintoma é mais problemático do que

a xerose. Os pacientes fatigados passam várias horas na cama tentando descansar ou dormir, mas não se sentem renovados ao despertar (Kassan; Moutsopoulos, 2004). Embora a causa da fadiga seja indeterminada, o hipotireoidismo pode contribuir para isso, uma vez que se mostra frequentemente associado à doença. A tireoidite de Hashimoto é diagnosticada em 35% dos casos de SS primária (Tzioufas; Voulgarelis, 2007).

A fibromialgia é uma comorbidade que afeta 22% dos pacientes com SS primária (Kassan; Moutsopoulos, 2004). As características da fibromialgia são presença de dor musculo-esquelética difusa, sensibilidade excessiva, rigidez, fadiga, problemas cognitivos e de memória, insônia e distúrbios psicológicos. A fibromialgia acomete sete vezes mais mulheres do que homens e sua prevalência aumenta com a idade, sendo mais observada em mulheres de 60 a 80 anos (Jin et al., 2014).

2.7.4 Dor

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada à lesão tecidual presente, potencial ou descrita como tal. Trata-se de uma experiência multidimensional complexa que implica sensações e emoções individuais e subjetivas (Merskey; Bogduk, 1994).

A dor é o sinal e o sintoma principal avaliado para diagnósticos e abordagens terapêuticas, portanto o tema merece atenção especial.

2.7.4.1 Dor Crônica

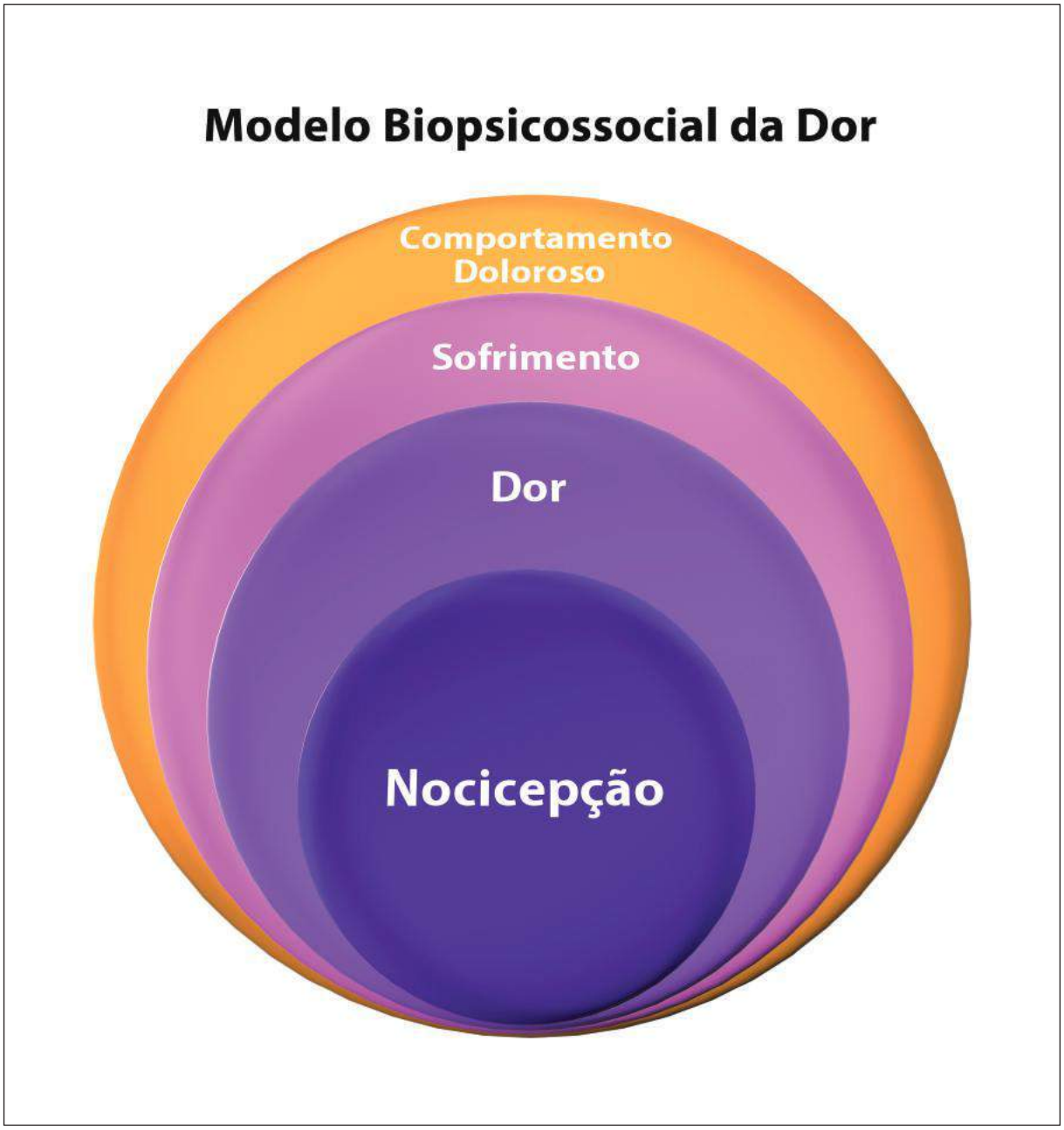
Segundo a IASP, a dor crônica é conceituada como aquela sem valor biológico aparente que persiste além do tempo esperado para cura tecidual (Merskey; Bogduk, 1994).

Além do fator tempo, considerado de três a seis meses de persistência da dor, sabe-se que comorbidades associadas à dor são preditivas para sua cronificação. Depressão, ansiedade, distúrbios do sono e dores pré-existentes podem atuar em conjunto ou isoladamente nesse processo (Siqueira; Teixeira, 2012).

O modelo biopsicossocial da dor proposto por Engel (1977) ampliou a percepção

desse fenômeno de forma multidimensional, pois permitiu que a dor fosse entendida como o resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, sociais e ambientais. Segundo esse modelo (Figura 2.2), estímulos nociceptivos são interpretados de forma diferenciada pelas pessoas. A expressão de sofrimento depende de aspectos afetivos, cognitivos, comportamentais e sociais, sendo reforçada pelo ambiente de formas distintas.

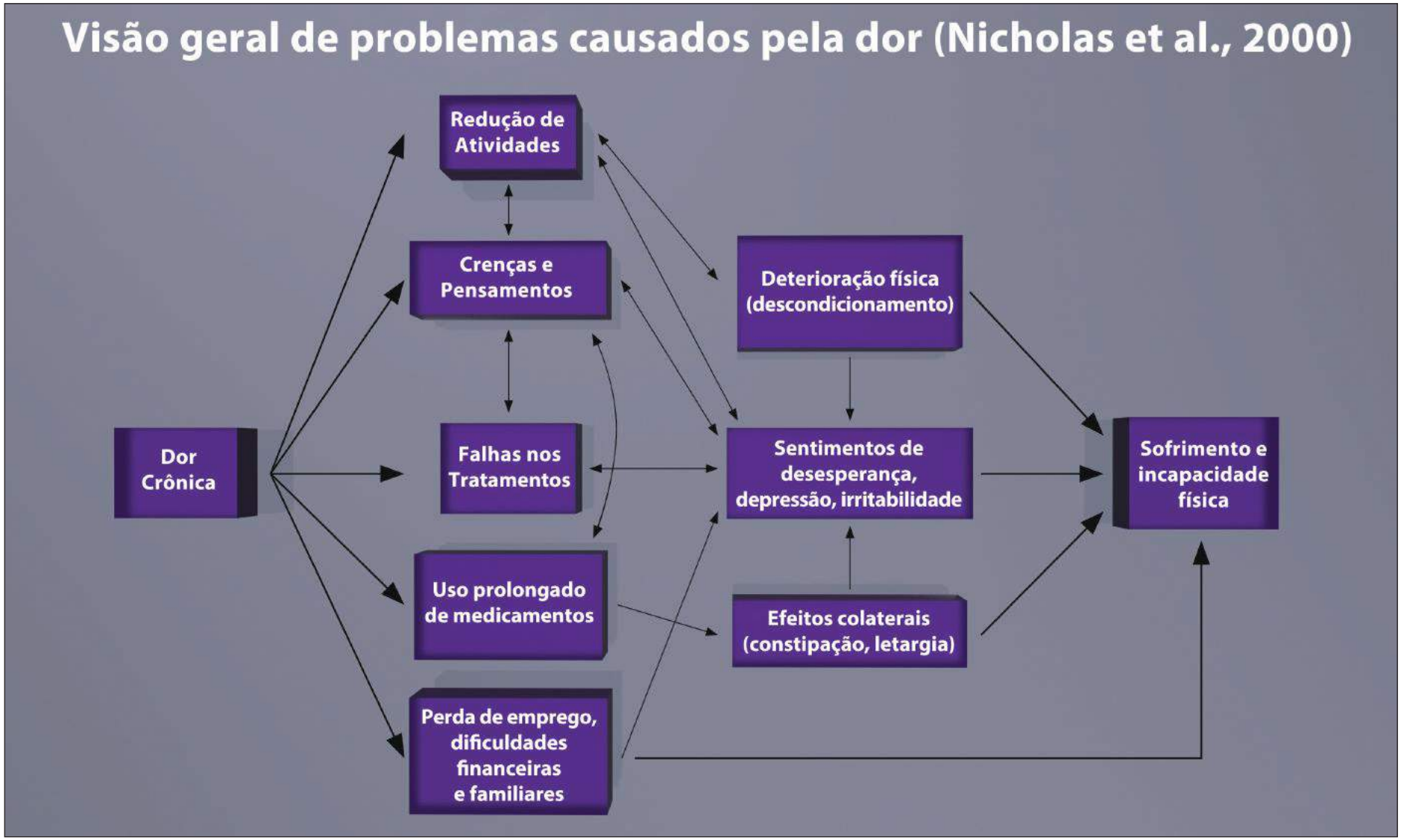
Figura 2.2 – Esquematização do modelo biopsicossocial da dor



Fonte: a autora

Outro modelo clínico (Figura 2.3) desenvolvido por Nicholas et al. (2000) evidencia a dor crônica e seus desdobramentos na vida do paciente.

Figura 2.3 – Visão geral dos problemas causados pela dor



Fonte: a autora

Os fenômenos conhecidos como estresse, ansiedade e depressão são amplamente estudados pela psicologia da saúde e da doença, pois afetam o bem-estar psicoemocional, comprometendo físico, humor, pensamento, atenção e concentração (Morais et al., 2010).

Johnson et al. (1998) avaliaram função adrenal e pituitária em oito pacientes com SS primária e oito controles saudáveis. Sete dos oito pacientes com SS primária expressaram sentimentos de ansiedade e três dos oito apresentaram indícios de depressão. Hipoatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal foi encontrada em pacientes com SS primária em comparação com controles saudáveis. Os pacientes com SS primária foram caracterizados por níveis de adrenocorticotrofina e de cortisol significativamente mais baixos, bem como por falta de resposta à corticotrofina liberada, em comparação com os controles.

Segal et al. (2014) fizeram o primeiro estudo sobre catastrofização em pacientes com SS primária e relataram que a catastrofização foi mais fortemente preditiva da gravidade da dor do que a idade, fadiga, depressão ou ansiedade em pacientes com SS primária. A depressão foi relatada por 10-25% dos pacientes e houve presença de dor e fadiga em até 85% dos casos. Síndromes disfuncionais de dor crônica, tais como a fibromialgia e neuropatia dolorosa foram comuns (Segal et al., 2014).

Nos ambientes ambulatoriais e hospitalares, preconiza-se que a dor seja vista como o 5º sinal vital, devendo ser avaliada e registrada pelos instrumentos de avaliação uni ou multidimensionais apropriados, também conhecidos como escalas de dor (Pedroso; Celich, 2006).

Embora a avaliação da dor apresente um componente subjetivo e seja influenciada por variáveis afetivo-emocionais, foram criados instrumentos para uniformização no acompanhamento de pacientes portadores de doenças ou lesões com características álgicas. Os instrumentos utilizados são constituídos por questionários e índices para quantificar a intensidade da dor, seu impacto nas atividades do cotidiano e na qualidade de vida, além de descrever suas demais características clínicas (Martinez et al., 2011).

O *Brief Pain Inventory* (BPI) é bastante conhecido em todo o mundo e deve ser utilizado em ensaios clínicos, principalmente no estudo de dor crônica (Ferreira et al., 2011). Trata-se de um instrumento multidimensional que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os

seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, nas atividades diárias do paciente, no trabalho, nas atividades sociais, no humor e no sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas (Martinez et al., 2011).

A Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD) foi desenvolvida a partir dos conceitos de esquema cognitivo e pensamentos automáticos, visando registrar as cognições apresentadas por pessoas que sofrem com dores intensas (Flor et al., 1993). Este questionário é composto por 9 itens distribuídos em uma escala numérica e associados às expressões "quase nunca" e "quase sempre" nas extremidades. O *score* total é obtido pela soma da pontuação dividida pelo número de itens respondidos, sendo que o *score* mínimo pode ser 0 e o máximo 5. Não há pontos de corte e os *scores* mais elevados indicam maior presença de pensamentos catastróficos (Sardá Jr. et al., 2008).

Soliotis et al. (2014) relataram que pacientes com SS também apresentam diversos tipos de manifestação neurológica ou psiquiátrica e que certos sintomas não-prioritários, tais como disfunção cognitiva ou distúrbios psiquiátricos sutis, podem ser ignorados pelo médico. Para evitar isso, questões relacionadas aos sintomas neurológicos e psiquiátricos devem ser perguntadas aos pacientes com SS rotineiramente durante o acompanhamento clínico da doença.

Shen et al. (2015) concluíram que pacientes com SS têm maior risco de desenvolver doenças psiquiátricas como transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade e distúrbios do sono. Outros autores demostraram evidência de que o apertamento dental é uma resposta aos estados de estresse e ansiedade, enquanto o bruxismo noturno está relacionado aos distúrbios do sono. Além disso, esses hábitos parafuncionais podem estar associados a efeitos adversos de drogas como antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou duais (Tavares et al., 2016; Guaita; Högl, 2016). Ansiedade, estresse, baixa extroversão, maior alienação, menor proximidade social, o menor bem-estar e pouca aceitação psicológica foram associados com zumbido (Durai; Searchfield, 2016).

As Escalas de Estresse, Ansiedade e Depressão (EADS-21) compõem o questionário que avalia as respectivas variáveis citadas. As três escalas são constituídas por 7 itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste em uma afirmação que remete a sintomas emocionais

negativos. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: "não se aplicou nada a mim", "aplicou-se a mim algumas vezes", "aplicou-se a mim muitas vezes", "aplicou-se a mim a maior parte das vezes". O EADS-21 é dirigido a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por domínio, em que o mínimo é "0" e o máximo "21". As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004).

2.7.4.2 Dor Neuropática

A dor neuropática é definida como aquela decorrente de lesão ou doença que leva a anormalidades no sistema nociceptivo, caracterizada por percepções sensoriais anormais (Siqueira; Teixeira, 2012).

Complicações da SS primária podem afetar tanto o Sistema Nervoso Central (SNC) quanto o Sistema Nervoso Periférico (SNP). Aproximadamente 10% dos pacientes com SS apresentam neuropatia periférica, sendo a neuropatia sensorial mais prevalente (Ramos-Casals et al., 2014). As neuropatias sensoriais são uma complicação que pode gerar dor neuropática intensa. Neuropatias de fibras finas causam dor ou ardor lancinante e podem afetar desproporcionalmente o tronco, as extremidades e/ou o rosto (Birnbaum, 2010).

No estudo de García-Carrasco et al. (2002), realizado com 400 pacientes diagnosticados com SS primária, 7% dos doentes apresentaram neuropatia periférica. Neuropatias podem preceder as manifestações de sintomas de secura e outras características em pacientes com SS primária. A base patológica da neuropatia trigeminal não é conhecida. Os déficits sensoriais isolados ao longo do território do nervo trigêmeo são característicos, mas a disfunção motora do trigêmeo não é presente (Font et al., 2003; Mori et al., 2005).

Um estudo realizado por Teixeira et al. (2013) avaliou 93 pacientes diagnosticados com SS primária. O envolvimento neurológico foi detectado em 28% da amostra e precedeu o diagnóstico de SS primária em 46% dos pacientes acometidos com neuropatias do SNC e/ou SNP, todos do sexo feminino. Os autores enfatizaram a diversidade de manifestações neurológicas presentes na SS primária e concluíram que o rastreio clínico para detectar a doença deveria ser preconizado de forma sistemática nos casos de mielopatia aguda ou

crônica, neuropatia sensitivomotora axonal ou de pares cranianos. Os anticorpos anti-Ro podem se ligar às células endoteliais cerebrais e tomar parte no processo inflamatório que intensifica o dano vascular, causando acidente vascular cerebral (Soliotis et al., 2004).

A dor neuropática pode ser detectada pelo *Douleur Neuropathique 4 Questionnaire* (DN4). O questionário DN4 foi elaborado a partir de uma lista de sinais e sintomas associados à dor neuropática e inclui uma série de quatro grupos de perguntas que consistem em 7 descritores sensitivos e 3 itens relacionados ao exame clínico do paciente. Representa um instrumento simples e objetivo, atribuindo um ponto a cada questão afirmativa. Se a pontuação for maior ou igual à quatro, considera-se a dor neuropática. Pontuações menores são indicativas de dor nociceptiva (fisiológica). O *score* simplificado é fácil de se utilizar tanto na prática clínica quanto nas pesquisas (Santos et al., 2010).

2.7.4.3 Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular

Por definição, dor orofacial é toda dor associada a tecidos moles e mineralizados da cavidade oral e da face. Os tecidos orofaciais transmitem os impulsos do toque, da posição, da temperatura e da dor para os núcleos trigeminais, que possuem conexões bidirecionais extensas através do cérebro (de Leeuw, 2010). A dor se faz presente nos pacientes com doenças do tecido conjuntivo e pode ser causada por alterações na mucosa oral e nas glândulas salivares, além de estar relacionada às neuropatias sensoriais, dores de cabeça e disfunções temporomandibulares (Klasser et al., 2007).

A DTM é um termo não específico que representa uma grande variedade de condições disfuncionais dolorosas dos maxilares, sendo identificada como a principal causa de dor não-dental na região orofacial e classificada como uma subclasse das desordens musculoesqueléticas. Existem inúmeros fatores que contribuem para as DTMs, como a condição oclusal, trauma, estresse emocional, hábitos parafuncionais (apertamento e bruxismo), hiperatividade muscular e fatores sistêmicos, dentre eles as doenças degenerativas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, reumatológicas, vasculares e endócrinas, que podem atuar em conjunto ou isoladamente (Okeson, 2000).

A dor usualmente se localiza na área pré-auricular ou músculos mastigatórios, especialmente ao mastigar, falar ou abrir a boca. O movimento de abertura e fechamento

de boca pode estar limitado, produzindo som de estalo ou crepitação e travamento da mandíbula com a boca aberta. Dores de cabeça e zumbidos também podem estar presentes (de Leeuw, 2010).

Acredita-se que que cerca de 6% a 12% da população apresenta sintomas clínicos de DTM (Lipton et al., 1993). Pacientes podem apresentar sinais e sintomas de DTM em qualquer idade, mas a faixa etária mais atingida é de 20 a 50 anos de idade (Gonçalves et al., 2010; Manfredini et al., 2011). A alta prevalência do gênero feminino nos grupos de pacientes portadores de DTM é enfatizada em diversos estudos (de Leeuw, 2010). Um estudo epidemiológico brasileiro revelou que 39,2% da população apresenta ao menos um sintoma relacionado à DTM e que 25,6% apresenta dor por DTM. Estalo, dor na ATM e dor nos músculos mastigatórios foram os sintomas mais relatados. Todos os sintomas investigados foram mais prevalentes nas mulheres do que nos homens (Gonçalves et al., 2010).

O projeto internacional denominado *Orofacial Pain: Prospective Evaluation and Risk Assessment* (OPPERA) foi criado em 2006 com o intuito de identificar fatores de risco para o desenvolvimento de DTM dolorosa. Esse projeto recrutou 3.258 pacientes inicialmente livres de dores orofaciais e concluiu que a taxa anual de sintomas de dor facial foi de 19%, sendo que 4% dos participantes desenvolveram DTM clinicamente identificável. Os preditores mais influentes para surgimento de DTM foram presença de comorbidades e de sintomas orofaciais não-dolorosos, frequência de sintomas somáticos e deterioração da qualidade do sono. Autorrelatos de parafunção da mandíbula foram preditores marcantemente mais fortes do que as avaliações dos examinadores. Trezentos genes foram investigados, implicando 6 polimorfismos de nucleotídeo único como fatores de risco para DTM crônica (Slade et al., 2016).

A DTM é uma comorbidade comum em colagenoses que cursam com degenerações artropáticas, como AR e LES, por exemplo (Klasser et al., 2007). A DTM miofascial é considerada uma síndrome de dor funcional semelhante à fibromialgia, síndrome do intestino irritável, cistite intersticial e síndrome da fadiga crônica, sendo que estas condições parecem ter fatores etiológicos comuns (Furquim et al., 2015).

Apesar de haver um comprometimento orofacial importante, há poucos estudos na literatura que investiguem se pacientes com SS também apresentam DTM. Alguns autores

relatam que o aumento de volume da glândula salivar poderia gerar sensibilidade ou dor ao mastigar, simulando uma dor miogênica devido à proximidade anatômica entre o músculo masseter e a glândula parótida, contribuindo para erros de interpretação de diagnóstico (Netter; Dalley, 1997; Okeson, 2005).

Em pacientes com SS, episódios de parotidite são intermitentes, com duração de semanas a meses, alternados com longos períodos de remissão. O edema glandular tende a ser moderadamente doloroso e é agravado pela ingestão de alimentos. Podem acontecer danos nas paredes do ducto de modo que irregularidades possibilitem a reprodução de bactérias em áreas seguras e não suscetíveis à drenagem, persistindo assim os episódios recorrentes de parotidite (Mandel; Surattanont, 2002). Sialadenite bacteriana aguda, geralmente estafilocócica ou pneumocócica, pode acometer os pacientes com SS causando dor aguda, febre, trismo e edema da glândula salivar. O aumento da parótida ocorre em 60% dos pacientes com SS primária (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

Estudos mostram que mialgia e miopatia inflamatória são exemplos de manifestações musculares relatadas em pacientes com SS primária. Sintomas de fraqueza, artralgia e dor miofascial são queixas comuns presentes em cerca de um terço das pacientes com a doença (Von Korff et al., 1992; List; Helkimo, 1995; Kanellopoulos et al., 2002). Artrite é observada em 50% dos pacientes diagnosticados com SS, mas causa menor erosão e é mais reincidente do que nos casos de AR (Tzioufas; Voulgarelis, 2007). Entretanto, as colagenopatias são um grupo complexo de doenças ainda pouco conhecidas do ponto de vista do sistema estomatognático.

Gökçay et al. (2008) relataram que 78,1% dos pacientes com SS primária foram diagnosticados com dores de cabeça de acordo com a classificação da *International Headache Society* (IHS), que é maior do que a prevalência de dores de cabeça na população em geral. Entre os diagnósticos, a enxaqueca foi o tipo mais comum (54%), seguido de cefaléia do tipo tensional (24,1%).

Um único estudo foi realizado por List et al. (1999) para verificar a prevalência de DTM em pacientes com SS primária. Três grupos de 21 pacientes (n=63) foram comparados: o primeiro grupo formado por pacientes diagnosticados com SS primária de acordo com os critérios de San Diego e Copenhagen, vigentes à época, o segundo por pacientes diagnosticados com

DTM de acordo com o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) e o terceiro por pacientes sem ambos os diagnósticos (grupo controle).

Os resultados mostraram que o grupo de pacientes com SS primária apresentou índices de dor miofascial difusa, dor intraoral e interferência nas atividades diárias significativamente maiores do que os outros grupos. A presença de estalo na ATM foi mais frequente no grupo com SS primária, porém sem significância estatística. Quanto à limitação do funcionamento mandibular, tanto os pacientes com SS primária quanto os pacientes com DTM apresentaram dificuldades parecidas para falar e mastigar. O grau de desordens psicossociais e a presença de dor na face, na mandíbula e na ATM foram significativamente maiores no grupo com DTM em comparação aos demais grupos. O relato de bruxismo foi igual para todos os grupos. A amplitude de abertura de boca dos pacientes com SS primária foi similar à encontrada no grupo controle, enquanto nos pacientes com DTM foi menor. Não houve diferença para os graus de depressão e somatização entre todos os grupos. Os autores concluíram que o impacto da SS primária na fala e na mastigação foi semelhante ao encontrado em pacientes com DTM. Ambas as doenças se mostraram associadas a desconforto físico apreciável, apesar dos mecanismos de disfunção oral para SS primária e para DTM serem bastante diferentes e essencialmente independentes. No entanto, a amostra utilizada foi pequena e não há registro de outros estudos na literatura que façam esse tipo de comparação, permanecendo o assunto pouco elucidado (List et al., 1999).

Há um relato de caso recente que associou dor de dente intensa e repentina sem causa intraoral aparente em uma mulher de 59 anos diagnosticada com SS primária à presença de DTM muscular. Sem autorrelato de hábitos parafuncionais, a paciente apresentava dor miofascial nos músculos temporal e masseter bilateralmente. Distúrbios na região de cabeça e pescoço, especialmente dor miofascial, podem causar dor referida simulando intensas dores de dente de origem não-odontogênicas (Lee; Kho, 2015).

O diagnóstico de DTM exige um exame bastante apurado e abrangente. Para a pesquisa baseada em clínica, o diagnóstico de DTM é bem definido pela aplicação do *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD), questionário universalmente aceito e validado (Dworkin; LeResche, 1992).

O sistema compreende dois eixos de classificação. O primeiro eixo (aspectos clínicos

de DTM) contempla três grupos: I - diagnóstico muscular, II - deslocamento de disco e III - artralgia, artrite e artrose. O segundo eixo, por sua vez, contempla deficiências relacionadas com a dor e a condição psicológica do paciente (Poveda Roda et al., 2007). As regras para os diagnósticos são: um indivíduo poderá receber no máximo um diagnóstico muscular (Grupo I) (ou dor miofascial ou dor miofascial com limitação de abertura, mas não ambos). Além disso, cada articulação poderá conter no máximo um diagnóstico do Grupo II e um do Grupo III. Ou seja, os diagnósticos dentro de qualquer grupo são mutuamente exclusivos. Isto significa que um indivíduo pode receber desde nenhum diagnóstico (sem condições articulares ou musculares) até cinco diagnósticos (um diagnóstico muscular + um diagnóstico do Grupo II e um diagnóstico do Grupo III para cada articulação). Na prática, os casos com mais de três diagnósticos são muito raros (Dworkin; LeResche, 1992).

2. 8 QUALIDADE DE VIDA

A saúde bucal é essencial para a saúde geral e qualidade de vida. É definida como estado livre de doenças orais e dor facial, câncer de garganta, infecção oral e feridas, doença periodontal, cárie dentária, perda de dentes e de outras doenças e desordens que limitam a capacidade de morder, mastigar, sorrir, falar e o bem-estar psicossocial do indivíduo (World Health Organization, 2012).

Qualidade de vida é definida como bem-estar geral dos indivíduos e das sociedades, e abrange uma ampla gama de conceitos, incluindo o bem-estar pessoal, o ambiente, os níveis de felicidade e liberdade pessoal. Em um estudo que relaciona dor à saúde em SS, os pacientes demonstraram qualidade de vida reduzida (Bowman et al., 2004).

Outros estudos encontraram resultados semelhantes com qualidade de vida reduzida que está ligada a distúrbios psicológicos, como ansiedade e somatização (Inal et al., 2010; Hyphantis et al., 2011). Além disso, o questionário *Short-Form Health* (SF-36) mostra uma qualidade de vida relacionada à saúde reduzida em pacientes com SS semelhante ao observado em pacientes com AR ou LES (Thomas et al., 1998; Bowman et al., 2004; Segal et al., 2009). Em geral, uma redução nas pontuações do SF-36 se mostrou mais dependente de fadiga, dor e mau humor do que da gravidade dos sintomas de secura em doentes com SS (Champey et al., 2006; Meijer et al., 2009).

A literatura mostra que os fatores que contribuem para a pior qualidade de vida em pacientes com SS primária são fadiga (Bowman et al., 2004), depressão (Segal et al., 2009; Inal et al., 2010), ansiedade (Inal et al., 2010), xerose (Enger et al., 2011) e dor músculo-esquelética (Segal et al., 2009; Meijer et al., 2009).

Segal et al. (2009) avaliaram 277 pacientes com SS primária e 606 pacientes sem a doença (grupo controle) por meio de questionários enviados pelo correio. A pesquisa revelou que o tempo de *sicca* foi em média de 7 anos, a média de idade foi de 62 anos e 90% eram mulheres. Fadiga, depressão e dor foram maiores e todos os domínios do SF-36 foram menores nos pacientes com SS primária em comparação ao grupo controle. Fadiga foi o preditor principal para piora da saúde em geral e depressão para o bem-estar emocional. Gastos com cuidados médicos, odontológicos e hospitalizações foram significativamente maiores para os pacientes com SS primária.

Meijer et al. (2009) realizaram um estudo para comparar a qualidade de vida, índices de emprego e invalidez em pacientes com SS em comparação à população holandesa. Os preditores para a reduzida qualidade de vida nos pacientes com SS foram fadiga, mialgia, envolvimento articular, uso de saliva artificial, uso de antidepressivos, comorbidade, sexo masculino para invalidez. O desemprego foi maior entre pacientes com SS.

Enger et al. (2011) avaliaram por meio de questionários o nível de estresse e o impacto na qualidade de vida causados pelas condições orais dos pacientes com SS em comparação com dados normativos pareados por idade e sexo na população norueguesa. Os pacientes com maior nível de estresse tiveram uma pontuação significativamente menor em cinco domínios do SF-36.

No estudo conduzido por Cho et al. (2013), as variáveis fadiga e depressão foram significativamente associadas aos sintomas extraglandulares em pacientes com SS primária. Quando os resultados dos Domínios do SF-36 foram comparados entre pacientes com SS e o grupo controle, as pontuações dos Domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental foram significativamente menores no grupo SS primária do que no grupo controle (não-*sicca*). O ESSPRI foi associado às variáveis mialgia, depressão e ansiedade em pacientes com SS primária. Fadiga, artralgia, depressão e ESSPRI foram correlacionados com todos os Domínios do SF-36, enquanto o ESSDAI não teve associação com nenhum domínio do SF-36.

Embora existam algumas diferenças quanto aos domínios mais afetados de qualidade de vida relacionada à saúde, os estudos mostram consistentemente a redução da qualidade de vida em pacientes com SS e a associação entre características sistêmicas da doença, tais como fadiga, dor e mau humor (Brito-Zéron et al., 2016a).

O questionário SF-36 foi traduzido e validado por (Ciconelli et al., 1999). Instrumento de aferição multidimensional, autoaplicável e de fácil compreensão, o SF-36 é formado por 36 itens que são divididos em 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás (1 item). Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) como aspectos positivos (bem-estar). Os dados são computados a partir da transformação das respostas em *scores* numa escala de 0 a 100 de cada componente, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação. Apresenta um *score* final de 0 a 100 e o resultado reflete o estado geral de saúde, sendo pior quando está próximo de 0 e melhor quando está próximo de 100 (Ware; Sherbourne, 1992).

O SF-36 é um questionário genérico, com conceitos não-específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, que permite comparações entre diferentes doenças e tratamentos, pois considera os aspectos mais representativos da saúde e a percepção do indivíduo quanto ao seu estado geral (Martinez et al., 2004).

2.9 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E MORTALIDADE

Geralmente SS primária se mostra clinicamente menos grave do que outras doenças autoimunes sistêmicas, tais como LES e AR. Para pacientes que não apresentam manifestações extraglandulares da doença, o manejo clínico deve priorizar o controle dos problemas causados pela síndrome *sicca* (García-Carrasco et al., 2002; Daniels, 2012).

O acometimento sistêmico da SS primária pode ser visto em aproximadamente 50-60% dos pacientes (Brito-Zerón et al., 2016b) e manifestações clínicas graves foram descritas em 15% a 20% das pessoas acometidas com a forma extraglandular da doença (Baldini et al., 2014). Além disso, não se deve ignorar o fato de que pacientes com SS apresentam maior risco de desenvolver linfomas (Tzioufas et al., 2012). A moderada atividade da doença

(5≤ESSDAI≤13) e, principalmente, a alta atividade da doença (ESSDAI≥14) são preditivos para o desenvolvimento de linfomas em pacientes com SS (Risselada et al., 2014).

Brito-Zerón et al. (2016b) realizaram um estudo observacional com 1045 pacientes diagnosticados com SS primária de acordo com os critérios do AECG. O estudo revelou que 11% dos pacientes analisados morreram após o tempo de seguimento médio de 117 meses. As taxas de sobrevida encontradas em 5, 10, 20 e 30 anos de acompanhamento foram 96%, 90%, 81% e 60%, respectivamente. Os principais fatores associados à mortalidade global na análise multivariada foram sexo masculino, crioglobulinas e baixos níveis de C4. Além disso, a pontuação dos domínios constitucionais, pulmonares e biológicos do ESSDAI foi associada a um maior risco de morte. Maior pontuação em pelo menos um domínio do ESSDAI, alta atividade da doença (ESSDAI≥14) e presença de mais de um marcador sorológico preditivo (linfopenia, anti-La, gamopatia monoclonal, diminuição dos níveis de C3, de C4 e/ou de crioglobulinas foram associados à mortalidade global.

2.10 TRATAMENTO

A SS é uma doença que requer diferentes especialidades tanto para a realização do diagnóstico correto quanto para o adequado tratamento do paciente a longo prazo.

2.10.1 Manifestações glandulares

Os pacientes diagnosticados com SS primária devem ser subdivididos em dois grupos distintos: aqueles com fatores de risco para complicações sistêmicas ou linfoma e aqueles com baixo risco de desenvolver complicações. Aproximadamente 25% a 30% dos pacientes com SS primária estão em alto risco para o desenvolvimento de complicações sistêmicas e devem ter acompanhamento de perto, com avaliação clínica trimestral ou semestral obrigatória (Seror et al., 2011).

Um estudo realizado com 483 pacientes internados com doenças reumatológicas constatou que apenas 17,7% daqueles que apresentaram queixa de xerostomia foram tratados. Porém, dos pacientes com xeroftalmia, 84,8% tiveram alívio do sintoma. O estudo concluiu que as modalidades de tratamento administradas para xerostomia foram inadequadas e estavam em desacordo com as recomendações atuais encontradas na

literatura médica (Guobis et al., 2008).

O tratamento da SS é principalmente sintomático e tem a intenção de limitar o dano resultante pela xerose crônica. Produtos lubrificantes podem ser eficazes para pacientes com sintomas leves ou moderados (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

Soluções que substituem as lágrimas ajudam a hidratar os olhos e formulações isentas de conservantes evitam a irritação que pode ocorrer com o uso frequente. Embora pomadas lubrificantes à base de metilcelulose sejam de longa duração, ambas são geralmente reservadas para uso noturno por causa do potencial borramento da visão (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

Para o tratamento da xeroftalmia, a terapia de substituição da lágrima que consiste em gotas de alta viscosidade e géis para os olhos, em combinação com medicamentos mucolíticos orais para dissolver o muco, como a acetilcisteína, se mostra uma boa opção. Os pacientes com queratoconjuntivite *sicca* grave ou refratária podem fazer uso de anti-inflamatórios tópicos (Ramos-Casals et al., 2012).

O manejo da xerostomia deve ser focado em umedecimento de superfícies orais, além do uso de medidas preventivas para preservar ou obter ótima saúde bucal. Higiene oral correta combinada com a aplicação frequente de fluoretos em doentes com complicações dentárias são importantes para prevenir a ocorrência de novas cáries e para retardar a progressão das pré-existentes (Zero et al., 2016).

Embora disponíveis, substitutos da saliva geralmente não agradam aos pacientes, pois apresentam curta duração e são pouco atraentes. Os substitutos da saliva devem, no entanto, ser prescritos para pacientes com grave secura e nenhuma função salivar residual (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

Para pacientes com SS que apresentam alguma função preservada nas células acinares residuais, o tratamento com agonistas muscarínicos como o cloridrato de pilocarpina e cloridrato de cevimelina tem efeitos terapêuticos para a xerostomia e queratoconjuntivite *sicca*. Ambos, pilocarpina e cevimelina são aprovados pela FDA nos Estados Unidos para o tratamento de xerose ocular e oral em pacientes com SS, mas cevimelina não está

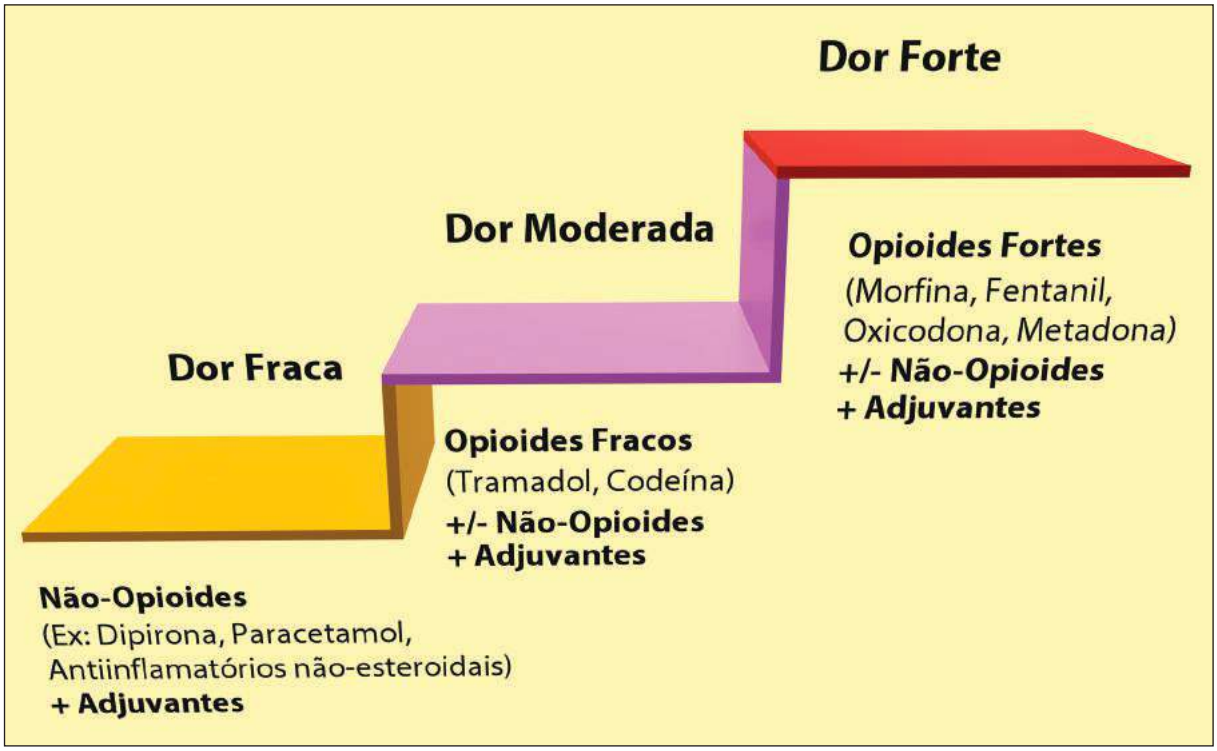
disponível em todo o mundo. Os efeitos adversos da pilocarpina, principalmente rubor, sudorese excessiva, náuseas, necessidade urgente de urinar e desconforto gastrointestinal, estão relacionados às suas propriedades de estimulação de secreção. Como um agente parasimpatomimético, pilocarpina tem potenciais efeitos cardiovasculares e pulmonares, os quais podem limitar a sua utilização em determinados pacientes (Fox et al., 1991; Kassan; Moutsopoulos, 2004; Ramos-Casals et al., 2012).

Os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES) geralmente proporcionam alívio dos sintomas músculo-esqueléticos da SS, assim como inchaço doloroso da parótida. Quando possível, os pacientes com SS devem evitar diuréticos, anti-hipertensivos, antidepressivos e anti-histamínicos, medicações que potencialmente pioram a hipofunção salivar (Kassan; Moutsopoulos, 2004).

2.10.2 Manifestações extraglandulares

A World Health Organization (1996) desenvolveu a escada analgésica de dor (Figura 2.4) como um protocolo para tratamento e alívio da dor.

Figura 2.4 – Escada analgésica da World Health Organization



Fonte: a autora

Segundo a World Health Organization (1996), o primeiro degrau da escada recomenda o uso de analgésicos simples para pacientes com dor leve, o segundo degrau sugere opioides fracos para dor moderada e o terceiro degrau indica o tratamento com opioides fortes para dores fortes e não-controladas. Os medicamentos adjuvantes como AINES, relaxantes musculares, antidepressivos, ansiolíticos e anticonvulsivantes devem ser usados nos três degraus da escada de acordo com as particularidades de cada caso.

Por vários motivos, apenas alguns ensaios clínicos investigaram o efeito de tratamentos sistêmicos para as manifestações extraglandulares de SS. Manifestações extraglandulares heterogêneas, ausência de uniformização dos critérios de inclusão e falta de validação para aferir melhora clínica são algumas explicações para esse fato (Ramos-Casals et al., 2012).

Há poucos estudos confiáveis sobre a eficácia da terapia farmacológica para dor na musculatura mastigatória. Um estudo clínico randomizado relatou que ciclobenzaprina e clonazepam foram eficazes para modular a dor na mandíbula em pacientes diagnosticados com dor miofascial, sendo a ciclobenzaprina superior ao clonazepam (Herman et al., 2002).

A utilização de prednisona para tratar SS baseia-se na sua eficácia para o tratamento de outras doenças autoimunes. Com base na experiência clínica, uma dose baixa de prednisona é utilizada no tratamento de artrite e de sintomas cutâneos. Altas doses de prednisona mostraram eficácia no tratamento de acometimento renal, pulmonar e do SNC. O uso a longo prazo de corticosteroides está associado a efeitos adversos, incluindo a osteoporose, diabetes e ganho de peso (Ramos-Casals et al., 2012).

Doses moderadas orais de corticosteroides podem ser utilizadas para a supressão inicial em casos mais graves, como vasculite necrótica e lesões ulceradas (Kassan; Moutsopoulos, 2004). Manifestações como neuropatia periférica ou central, doença intersticial pulmonar, polisinovite, acidose tubular renal e vasculite crioglobulinêmica são graves e podem exigir esteroides e imunossupressores, apesar da escassa evidência científica. Vários estudos controlados e randomizados não conseguiram comprovar a eficácia de drogas como prednisona, azatioprina e imunobiológicos (Cornec et al., 2014).

O efeito terapêutico de hidroxicloroquina baseia-se na inibição da sinalização dos receptores Toll-like, o que afeta a resposta imune inata por redução da produção de

citocinas pro-inflamatórias, tais como fator de necrose tumoral tipo I (Kruize et al., 1993). A hidroxicloroquina é utilizada como terapia de manutenção em SS, com base na redução de sintomas e melhora dos parâmetros sorológicos em pacientes com LES e AR. No entanto, estudos mostraram a ausência de benefício clínico para seu uso (Fox et al., 1996; Gottenberg et al., 2014).

Embora sob investigação, a terapia imunossupressora a longo prazo para a SS não resultou no esperado benefício. Em ensaios anteriores, nem ciclosporina oral, nem metotrexato, apesar da melhora dos sintomas subjetivos, alteram o fluxo salivar ou lacrimal de forma significativa. Esses agentes imunossupressores devem ser prescritos com precaução para pacientes com doenças crônicas, pois têm efeitos moderadamente tóxicos (Wall et al., 2002). A utilidade de medicações como ciclosporina A, azatioprina, metotrexato, leflunomida e micofenolato foi avaliada em um pequeno grupo de pacientes com SS. Benefícios limitados foram vistos para sintomas de secura, porém manifestações sistêmicas não foram avaliadas. Além disso, foram observadas altas taxas de eventos adversos (Ramos-Casals et al., 2012).

A terapia com anticorpos monoclonais (imunobiológicos) já é utilizada no tratamento de linfoma, AR e LES e demonstrou ser promissora em pacientes com SS. Alguns estudos controlados feitos com rituximabe confirmaram sua eficácia para os sintomas de fadiga e secura e indicaram melhora do fluxo salivar (Youinou; Pers, 2012; Cornec et al., 2014).

As intervenções terapêuticas não-medicamentosas muitas vezes recebem pouca atenção e recursos. Dados de uma revisão sistemática mostraram que todos os estudos terapêuticos livres de drogas em SS eram de baixa qualidade e tinha um alto risco de viés (Hackett et al., 2015).

Estudos futuros devem levar em conta a influência dos determinantes que envolvem a vida pessoal e o trabalho sobre a expressão fenotípica da SS primária, tais como avaliação dos efeitos da dieta, da prática de exercícios aeróbicos regulares e do papel do estresse, que atua não só para piorar a intensidade da xerose, mas também como um gatilho potencial deflagrador de manifestações sistêmicas. Uma abordagem holística para a gestão individual do doente tem potencial para ampliar a compreensão da doença e proporcionar melhoras sólidas na qualidade de vida e no prognóstico de pacientes com SS (Brito-Zéron et al., 2016a).

"É que, depois de anos de relativo sucesso com a máscara, de repente — ah menos que de repente, por causa de um olhar passageiro ou de uma palavra ouvida do chofer — de repente a máscara de guerra da vida crestava-se toda como lama seca, e os pedaços irregulares caíam no chão com um ruído oco. E eis rosto agora nu, maduro, sensível quando já não era mais para ser. E o rosto de máscara crestada chorava em silêncio para não morrer"

Clarice Lispector

"Doutora, eu nunca vou esquecer os desaforos que ouvi dos parentes no enterro do meu pai. Eu não chorei porque eu não tenho lágrima, mas eu estava arrasada. Teve gente que veio me dizer que eu era uma filha desnaturada, que não derrubei uma lágrima. Eu conto isso para você agora e eu estou chorando, mas você não consegue ver"

Relato da paciente I. A. V.

3 PROPOSIÇÃO

O estudo foi realizado com os seguintes objetivos:

1. Verificar a prevalência de DTM e fazer um mapeamento do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores crônicas em mulheres com SS;
2. Correlacionar a classificação de atividade da doença SS do questionário ESSDAI e a classificação dos sintomas secura, fadiga e dor do questionário ESSPRI com os dados obtidos dos demais questionários (RDC/TMD, BPI, DN4, SF-36, EADS-21 e EPCD);
3. Conhecer a realidade das pacientes com SS sob um ponto de vista médico e não-médico;
4. Aprofundar o entendimento acerca da doença SS e possibilitar perspectivas de melhora na qualidade de vida das pacientes.

"Nada, nada morria na tarde enxuta, nada apodrecia. E às seis horas da tarde fazia meio-dia. Fazia meio-dia com um barulho atento de máquina de bomba de água, bomba que trabalhava há tanto tempo sem água e que virara ferro enferrujado: há dois dias faltava água em diversas zonas da cidade. Nada jamais fora tão acordado como seu corpo sem transpiração e seus olhos-diamantes, e de vibração parada. E o Deus? Não. Nem mesmo a angústia. O peito vazio, sem contração. Não havia grito"

Clarice Lispector

"Precisei procurar outro caminho profissional, você acredita? Trabalhava em call center e eu não produzia mais, não alcançava as metas. De repente a palavra colava dentro da boca, a voz não saía, eu interrompia o atendimento para beber água. As pessoas julgam porque não entendem a minha necessidade"

Relato da paciente S. C. P.

4 CASUÍSTICA, MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CASUÍSTICA

Pacientes do sexo feminino com diagnóstico de SS atendidas no Ambulatório de Reumatologia do HCFMUSP foram acompanhadas pela pesquisadora durante o período de janeiro a dezembro de 2014.

O atendimento das pacientes sob investigação de SS e/ou já diagnosticadas com a doença é realizado rotineiramente às segundas-feiras no horário das 13:30 às 17:00 horas por médicos residentes e discutido com a equipe de médicos reumatologista assistentes responsáveis pelo funcionamento do ambulatório.

Os critérios utilizados pela equipe médica para realizar o diagnóstico de SS são os preconizados pelo *American-European Consensus Group* (AECG) (Vitali et al., 2002), como se observa no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 - Critérios de classificação para diagnóstico de SS de acordo com o AECG

Critérios de classificação para diagnóstico de SS de acordo com AECG
I. Sintomas oculares - uma resposta positiva a pelo menos uma das seguintes questões: 1. Você tem secura ocular diária com mais de 3 meses de duração? 2. Você tem uma sensação recorrente de areia ou cascalho nos olhos? 3. Você usa substitutos de lágrimas mais de 3 vezes por dia?
II. Sintomas orais - uma resposta positiva a pelo menos uma das seguintes questões: 1. Você tem a sensação diária de boca seca por mais de 3 meses de duração? 2. Você apresenta recorrentemente ou persistentemente inchaço nas glândulas salivares? 3. Você costuma beber líquidos para ajudar a engolir alimentos secos?
III. Sinais oculares - evidência objetiva de envolvimento ocular definido como resultado positivo para pelo menos um dos dois testes seguintes: 1. Teste de Schirmer, realizado sem anestesia (score ≤ 5 mm em 5 minutos); 2. Rosa bengala ou outro corante ocular (score ≥ 4 de acordo com o sistema de pontuação de van Bijsterveld).
IV. Histopatologia: 1. Presença de sialoadenite linfocítica focal nas glândulas salivares menores (obtidas através da mucosa de aparência normal), avaliada por um histopatologista especialista, com um ou mais focos de infiltrado inflamatório de 50 linfócitos em 4 mm^2 de área na amostra.

Continua

Conclusão

Critérios de classificação para diagnóstico de SS de acordo com AECG
V. Envolvimento de glândula salivar - prova objetiva do envolvimento da glândula salivar definida por um resultado positivo para pelo menos um dos seguintes testes diagnósticos: 1. Fluxo salivar não-estimulado (≤1,5 ml em 15 minutos); 2. Sialografia de parótida mostrando a presença de sialectasias difusas (padrões punctata, cavitária ou destrutiva), sem evidência de obstrução nos ductos principais; 3. Cintilografia salivar mostrando absorção retardada, concentração reduzida e/ou excreção de isótopo prolongada.
VI. Autoanticorpos: a presença sérica de um dos seguintes anticorpos: 1. Anticorpos para antígenos Ro ou La, ou ambos.

Baseado nos critérios de diagnóstico da doença, procede-se à classificação em SS em primária ou secundária. Além disso, critérios de exclusão para o diagnóstico da síndrome também são levados em consideração pelo AECG (Vitali et al., 2002), como se observa no Quadro 4.2.

Quadro 4.2 - Critérios de pontuação para diferenciar SS primária e secundária e critérios de exclusão de acordo com o AECG

Critérios de pontuação para diferenciar SS primária e secundária e critérios de exclusão de acordo com o AECG
Para a SS primária: Em pacientes sem doença potencialmente associadas, SS primária pode ser definida da seguinte forma: a. A presença de 4 dos 6 itens é indicativa de SS primária, desde que haja positividade para o item IV (histopatologia) ou VI (sorologia); b. Há presença de 3 dos 4 critérios objetivos, isto é, dos itens III, IV, V ou VI.
Para a SS secundária: Em pacientes com uma doença potencialmente associada (por exemplo, uma outra doença do tecido conjuntivo bem definida), a presença do item I ou item II mais quaisquer 2 itens (III, IV ou V) pode ser considerada como indicativa de SS secundária.
Critérios de exclusão: a. Tratamento prévio de radiação em cabeça e pescoço; b. Infecção por hepatite C c. Infecção por HIV d. Histórico de linfoma e. Sarcoidose f. Doença do enxerto versus hospedeiro

Para participar do protocolo de pesquisa foram incluídas pacientes maiores de 18 anos previamente diagnosticas e/ou sob investigação de SS primária no Ambulatório de Reumatologia do HCFMUSP. Além de adotar os critérios de exclusão já citados no Quadro 4.2, foram excluídas pacientes que se submeteram a cirurgia oral menor e outros procedimentos cirúrgicos recentes (menos de 6 meses) na região de face, cabeça e pescoço.

Durante o ano de 2014, a pesquisadora abordou 77 pacientes após a consulta com médico reumatologista para informá-las sobre a natureza da pesquisa que seria realizada a partir de janeiro de 2015. Desse total, 68 pacientes assinalaram com a intenção de participar e 9 pacientes recusaram a proposta.

Após os pareceres de aprovação do projeto emitidos pelos Comitês de Ética em Pesquisa da FOUSP (Anexo A) e do HCFMUSP (Anexo B), deu-se início ao recrutamento de pacientes no período de janeiro a julho de 2015.

O recrutamento das 68 pacientes ocorreu via contato telefônico solicitando comparecimento às segundas-feiras, no horário entre 8:00 e 11:00 horas no Ambulatório de Estomatologia da Divisão de Dermatologia do HCFMUSP para a aplicação do protocolo de pesquisa proposto.

O dia do comparecimento foi escolhido de modo a coincidir com o dia de consulta no Ambulatório de Reumatologia para que as pacientes realizassem o protocolo de pesquisa pela manhã e passassem em consulta com o médico reumatologista à tarde. Casos pontuais foram resolvidos de acordo com a disponibilidade e as necessidades de cada paciente, respeitando-se o intervalo de no máximo 15 dias antes ou depois da consulta com médico reumatologista para a realização do protocolo de pesquisa.

Das 68 pacientes, 9 foram excluídas da pesquisa pelos seguintes motivos: 6 não compareceram após duas tentativas de agendamento, 1 realizou cirurgia ortognática no período de recrutamento, 1 mudou-se para outro país e 1 tinha histórico de linfoma de parótida, ficando a amostra reduzida a 59 mulheres.

Todas as 59 pacientes aceitaram participar do protocolo de pesquisa e autorizaram a utilização dos dados nessa tese ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) (Anexo C) no dia e horário agendados. Vide Apêndice A.

Ao término do trabalho, 5 pacientes foram excluídas por apresentarem critérios compatíveis com SS secundária e 1 paciente foi excluída por sofrer uma forte crise emocional durante a aplicação dos questionários, sendo o protocolo interrompido pelo motivo exposto. Dessa forma, a pesquisa foi finalizada com o total de 53 pacientes.

4.2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisadora era uma profissional formada em odontologia, com especialização multidisciplinar em Dor, experiência na área de DTM e treinamento para a aplicação dos questionários RDC/TMD, BPI, DN4, SF-36, EADS-21 e EPCD utilizados na pesquisa. A aplicação dos questionários ESSDAI e ESSPRI foi realizada durante consulta das pacientes no Ambulatório de Reumatologia do HCFMUSP em conjunto com o médico residente em reumatologia e a equipe de médicos assistentes.

Todos os questionários utilizados foram aplicados na versão brasileira e em forma de entrevista. A pesquisadora realizou a leitura das perguntas e das respectivas alternativas oferecidas pelos questionários e as respostas escolhidas pelas pacientes foram anotadas. A entrevista das 53 pacientes só foi interrompida para a realização do exame clínico proposto pelos questionários RDC/TMD e DN4. Apenas na questão 2 do questionário BPI foi solicitado às pacientes que assinalassem no desenho apresentado as áreas nas quais elas sentiam dor.

Após o término da pesquisa, a pontuação do questionário ESSDAI para definição da atividade da doença foi realizada pela médica reumatologista responsável pelo Ambulatório de SS da Divisão de Reumatologia do HCFMUSP e docente da FMUSP. Salienta-se que a dentista pesquisadora não teve conhecimento do grupo de atividade da doença ao qual pertenciam as pacientes durante a realização da pesquisa, bem como a médica docente não teve acesso ao resultado dos demais questionários aplicados. A pontuação dos demais questionários e tabulação dos dados coletados foram realizados pela pesquisadora.

4.2.1 Prontuários

Os prontuários foram consultados para verificação de dados como idade, tempo de

sicca, tempo de seguimento clínico, presença de critérios diagnósticos para SS, manifestações frequentes da SS, comorbidades, medicações prévias e atuais.

4.2.2 Questionário ESSDAI

O questionário ESSDAI (Serrano et al., 2013) foi aplicado mediante exame clínico atual em consulta com reumatologista e revisão do prontuário médico de cada paciente (Anexo D). Categorias de classificação foram adotadas para definir a atividade da doença SS (Seror et al., 2016), como se observa no Quadro 4.3.

Quadro 4.3 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para definir a atividade da doença SS do ESSDAI

Pontuação	Classificação da atividade da doença SS do ESSDAI
0	Sem atividade
1 a 4	Baixa atividade
5 a 13	Moderada atividade
≥ 14	Alta atividade

4.2.3 Questionário ESSPRI

O questionário ESSPRI (Paganotti et al., 2015) foi aplicado com o propósito de avaliar a presença dos sintomas secura, fadiga e dor nas pacientes com SS (Anexo E). Categorias de classificação foram adotadas para melhor entendimento da pontuação (0 a 10 pontos) dos Domínios Secura, Fadiga e Dor do ESSPRI, como se observa no quadro 4.4.

Quadro 4.4 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para os Domínios Secura, Fadiga e Dor do ESSPRI

Pontuação	Domínios Secura, Fadiga e Dor do ESSPRI
0 a 3	Leve
4 a 6	Moderada
7 a 10	Intensa

O *Score* ESSPRI foi obtido pela média da pontuação dos Domínios Secura, Fadiga e Dor. Categorias de classificação foram adotadas para melhor entendimento da pontuação (0 a 10 pontos) do *Score* ESSPRI (Seror et al., 2016), como se observa no Quadro 4.5.

Quadro 4.5 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para o *Score* ESSPRI

Pontuação	***Score* ESSPRI**
0 a 2,5	Baixo
2,6 a 5,0	Moderado
5,1 a 7,5	Alto
7,6 a 10	Muito Alto

4.2.4 Questionário RDC/TMD

O questionário RDC/TMD (Dworkin; LeResche, 1992) foi aplicado com o propósito de diagnosticar DTM nas pacientes com SS. Realizou-se o exame clínico segundo as especificações recomendadas por este instrumento de avaliação (Anexo F).

Os possíveis diagnósticos do Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do RDC/TMD dizem respeito às desordens musculares, deslocamento do disco e outras condições articulares, como se observa no Quadro 4.6.

Quadro 4.6 – Diagnósticos do Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD

Diagnósticos do Eixo I do RDC/TMD	
Diagnóstico do Grupo I (desordens musculares)	Sem diagnóstico
	Dor miofascial
	Dor miofascial com limitação de abertura
Diagnóstico do Grupo II (deslocamento do disco)	Sem diagnóstico
	Deslocamento do disco com redução
	Deslocamento do disco sem redução, com limitação de abertura
	Deslocamento do disco sem redução, sem limitação de abertura
Diagnóstico do Grupo III (outras condições articulares)	Sem diagnóstico
	Artralgia
	Osteoartrite da ATM
	Osteoartrose da ATM

Os possíveis diagnósticos do Eixo II (avaliação de aspectos psicossociais e comportamentais) do RDC/TMD dizem respeito aos graus de dor crônica avaliada, de depressão, dos sintomas físicos não específicos incluindo dor e de limitações relacionadas ao funcionamento mandibular, como se observa no Quadro 4.7.

Quadro 4.7 – Diagnósticos do Eixo II (avaliação de aspectos psicossociais e comportamentais) do questionário RDC/TMD

Diagnósticos do Eixo II do RDC/TMD	
Grau de dor crônica avaliada	I
	II
	III
	IV
Grau de depressão	Normal
	Moderado
	Severo
Grau dos sintomas físicos	Normal
	Moderado
	Severo
Grau de limitação mandibular	0 a 1

Categorias de classificação foram adotadas para melhor entendimento da pontuação do grau de limitação mandibular (0 a 1) do RDC/TMD, como se observa no Quadro 4.8.

Quadro 4.8 – Categorias adotadas para classificar o grau de limitações relacionadas ao funcionamento mandibular do questionário RDC/TMD

Pontuação	Grau de limitação mandibular do RDC/TMD
0 a 0,35	Baixo
0,36 a 0,70	Moderado
0,71 a 1	Alto

4.2.5 Questionário BPI

O questionário BPI (Ferreira et al., 2011) foi aplicado com o propósito de avaliar de forma global a intensidade e localização da dor relatada pelas pacientes com SS e o quanto este sintoma interfere em suas atividades diárias (Anexo G). O BPI não oferece possibilidades de classificação e funciona como um retrato imediato da dor presente.

4.2.6 Questionário DN4

O questionário DN4 (Santos et al., 2010), foi aplicado com o propósito de distinguir dor nociceptiva e dor neuropática nas pacientes com SS (Anexo H). O diagnóstico do tipo de dor depende da pontuação obtida no DN4 (0 a 10 pontos), como se observa no Quadro 4.9.

Quadro 4.9 – Categorias adotadas para classificar o tipo de dor do questionário DN4

Pontuação	Diagnóstico de dor do DN4
0	Não se aplica
1 a 3	Dor nociceptiva
4 a 10	Dor neuropática

Para realizar o exame clínico (itens 8, 9 e 10) do questionário DN4, foram utilizadas ferramentas de detecção de dor neuropática (Mick et al., 2014), como se observa na Figura 4.1.

Figura 4.1 – Ferramentas de detecção de dor neuropática

Fonte: a autora

4.2.7 Questionário SF-36

O questionário SF-36 (Ciconelli et al., 1999) foi aplicado com o propósito de avaliar a qualidade de vida das pacientes com SS (Anexo I). Categorias de classificação foram adotadas para melhor entendimento da pontuação (0 a 100 pontos) dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental e Dor do SF-36, como se observa no Quadro 4.10.

Quadro 4.10 – Categorias adotadas para as faixas de pontuação dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental e Dor do questionário SF-36

Pontuação	Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental do SF-36	Domínio Dor do SF-36
0 a 20	Péssimo/Péssima	Muito Forte
21 a 40	Ruim	Forte
41 a 60	Regular	Moderada
61 a 80	Bom/Boa	Fraca
81 a 100	Ótimo/Ótima	Muito Fraca

4.2.8 Questionário EADS-21

O questionário EADS-21 (Pais-Ribeiro et al., 2004) foi aplicado com o propósito de avaliar a presença de estresse, ansiedade e depressão nas pacientes com SS (Anexo J). Categorias de classificação foram adotadas para melhor entendimento da pontuação (0 a 21 pontos) dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão do EADS-21, como se observa no Quadro 4.11.

Quadro 4.11 – Categorias adotadas por faixas de pontuação dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão do questionário EADS-21

Pontuação	Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão do EADS-21
0 a 7	Baixo/Baixa
8 a 14	Moderado/Moderada
15 a 21	Alto/Alta

4.2.9 Questionário EPCD

O questionário EPCD (Sardá Jr et al., 2008) foi aplicado com o propósito de avaliar a presença de pensamentos catastróficos das pacientes com SS perante crises de dor forte

(Anexo K). Categorias de classificação foram adotadas para melhor entendimento do grau de catastrofização (0 a 5 pontos), como se observa no Quadro 4.12.

Quadro 4.12 – Categorias adotadas por faixas de pontuação para o grau de catastrofização do questionário EPCD

Pontuação	**Catastrofização**
0	Ausente
0,1 a 2,5	Baixa
2,6 a 5,0	Alta

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis quantitativas foram descritas pela frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão.

Para verificação do padrão de normalidade, o teste de Shapiro-Wilk foi aplicado e comprovou que as variáveis não seguem distribuição normal, portanto testes não-paramétricos foram escolhidos para as correlações.

O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para verificar associação entre as variáveis. Nos casos de significância, os dados foram submetidos ao teste RHO de Spearman para definir a intensidade da correlação encontrada. O nível de significância adotado foi de 5%.

A intensidade ou força varia entre -1 e 1. Valores negativos indicam correlação inversamente proporcional, valores positivos indicam correlação diretamente proporcional e zero indica que não há correlação entre as variáveis. A intensidade da correlação do teste RHO de Spearman é definida por categorias numéricas em módulo (Pocinho, 2014), como se observa no Quadro 4.13.

Quadro 4.13 – Categorias de intensidade de correlação de acordo com o teste RHO de Spearman

Pontuação	**Intensidade da correlação (teste RHO de Spearman)**
< ou = a 0,19	Correlação muito fraca e sem significância
0,2 < r < ou = a 0,39	Correlação fraca
0,4 < r < ou = a 0,69	Correlação moderada
0,7 < r < ou = a 0,89	Correlação forte
0,9 < r < ou = a 1	Correlação muito forte

"Porque nela a busca do prazer, nas vezes que tentara, lhe tinha sido água ruim: colava a boca e sentia a bica enferrujada, de onde escorriam dois ou três pingos de água amornada: era a água seca. Não, havia ela pensado, antes o sofrimento legítimo que o prazer forçado"

Clarice Lispector

"Como é que eu vou pensar em namorar, doutora? Já viu beijo na boca sem saliva? Não faço mais essas coisas, não dá para ter um relacionamento assim"

Relato da paciente M. D. P. S.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos quanto à frequência de distribuição das variáveis analisadas bem como suas correlações estão descritos a seguir.

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A Tabela 5.1 apresenta a distribuição da variável idade de acordo com os prontuários médicos analisados.

Tabela 5.1 – Distribuição da variável idade na amostra

Variável	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade	53	53,94	54,00	11,463	26	80

A Tabela 5.2 apresenta a distribuição da variável idade categorizada em quartis.

Tabela 5.2 – Distribuição da variável idade por categorias na amostra

Idade	N	%
0 a 25 anos	0	0,0
26 a 50 anos	19	35,8
51 a 75 anos	32	60,4
76 a 100 anos	2	3,8
Total	53	100,0

A Tabela 5.3 apresenta a distribuição da variável cor da pele e/ou etnia por categorias de acordo com o relato das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.3 – Distribuição da variável cor da pele e/ou etnia por categorias na amostra

Cor da pele e/ou etnia	N	%
Branca	37	69,8
Parda	7	13,2
Negra	6	11,3
Indígena	1	1,9
Asiática	2	3,8
Total	53	100,0

A Tabela 5.4 apresenta a distribuição da variável grau de escolaridade por categorias de acordo com o relato das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.4 – Distribuição da variável grau de escolaridade por categorias na amostra

Grau de escolaridade	N	%
Primário	6	11,3
Ginásio	9	17,0
Ensino Médio	21	39,6
Ensino Superior	17	32,1
Total	53	100,0

A Tabela 5.5 apresenta a distribuição da variável exercício de trabalho remunerado por categorias de acordo com o relato das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.5 – Distribuição da variável exercício de trabalho remunerado por categorias na amostra

Trabalho Remunerado	N	%
Não	36	67,9
Sim	17	32,1
Total	53	100,0

A Tabela 5.6 apresenta a distribuição da variável estado civil por categorias de acordo com o relato das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.6 – Distribuição da variável estado civil por categorias na amostra

Estado civil	N	%
Casada	20	37,7
Casada em casas separadas	2	3,8
Viúva	6	11,3
Divorciada	10	18,9
Separada	1	1,9
Solteira	11	20,7
Morando junto	3	5,7
Total	53	100,0

A Tabela 5.7 apresenta a distribuição da variável renda familiar por categorias de acordo com o relato das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.7 – Distribuição da variável renda familiar por categorias na amostra

Renda Familiar	N	%
Não sabe	1	1,9
0 a R$ 2.000,00	33	62,2
R$ 2.001,00 a R$ 4.000,00	14	26,4
R$ 4.001,00 a R$ 6.000,00	3	5,7
R$ 6.001,00 a R$ 8.000,00	1	1,9
R$ 8.001,00 a R$ 10.000,00	1	1,9
Total	53	100,0

5.2 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO ESSDAI

A Tabela 5.8 apresenta a distribuição das variáveis tempo de queixa de sicca e tempo de seguimento clínico no HCFMUSP de acordo com o relato e o prontuário médico das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.8 – Distribuição das variáveis tempo de sicca e tempo de seguimento clínico (em anos) na amostra

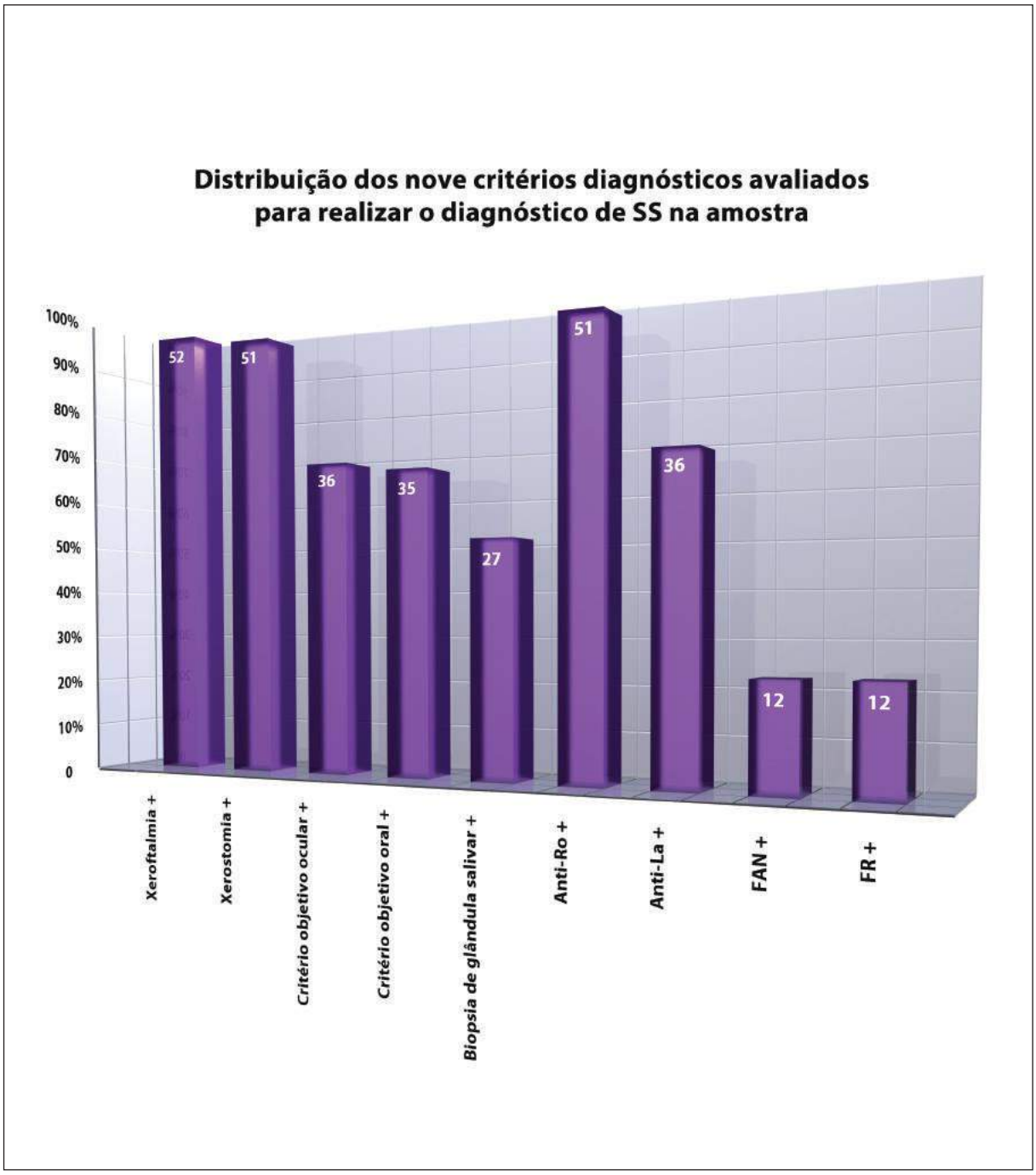
Variável	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de *sicca*	53	12,09	12,00	7,492	0	40
Tempo de seguimento clínico	53	8,65	7,80	5,239	1,2	24,3

A Tabela 5.9 e o Gráfico 5.1 apresentam a distribuição dos nove critérios diagnósticos para SS que foram avaliados pela equipe do ambulatório de Reumatologia do HCFMUSP ao longo do tempo de seguimento clínico e constam no prontuário médico das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.9 – Distribuição dos nove critérios avaliados para realizar o diagnóstico de SS na amostra

Critérios Diagnósticos para SS		N	%
Xeroftalmia +	Não	1	1,9
	Sim	52	98,1
Total		53	100,0
Xerostomia +	Não	2	3,8
	Sim	51	96,2
Total		53	100,0
Critério objetivo ocular +	Não	17	32,1
	Sim	36	67,9
Total		53	100,0
Critério objetivo oral +	Não	18	34,0
	Sim	35	66,0
Total		53	100,0
Biopsia de glândula salivar +	Não	26	49,1
	Sim	27	50,9
Total		53	100,0
Anti-Ro +	Não	2	3,8
	Sim	51	96,2
Total		53	100,0
Anti-La +	Não	17	32,1
	Sim	36	67,9
Total		53	100,0
FAN +	Não	41	77,4
	Sim	12	22,6
Total		53	100,0
FR +	Não	41	77,4
	Sim	12	22,6
Total		53	100,0

Gráfico 5.1 - Distribuição dos nove critérios diagnósticos avaliados para realizar o diagnóstico de SS na amostra



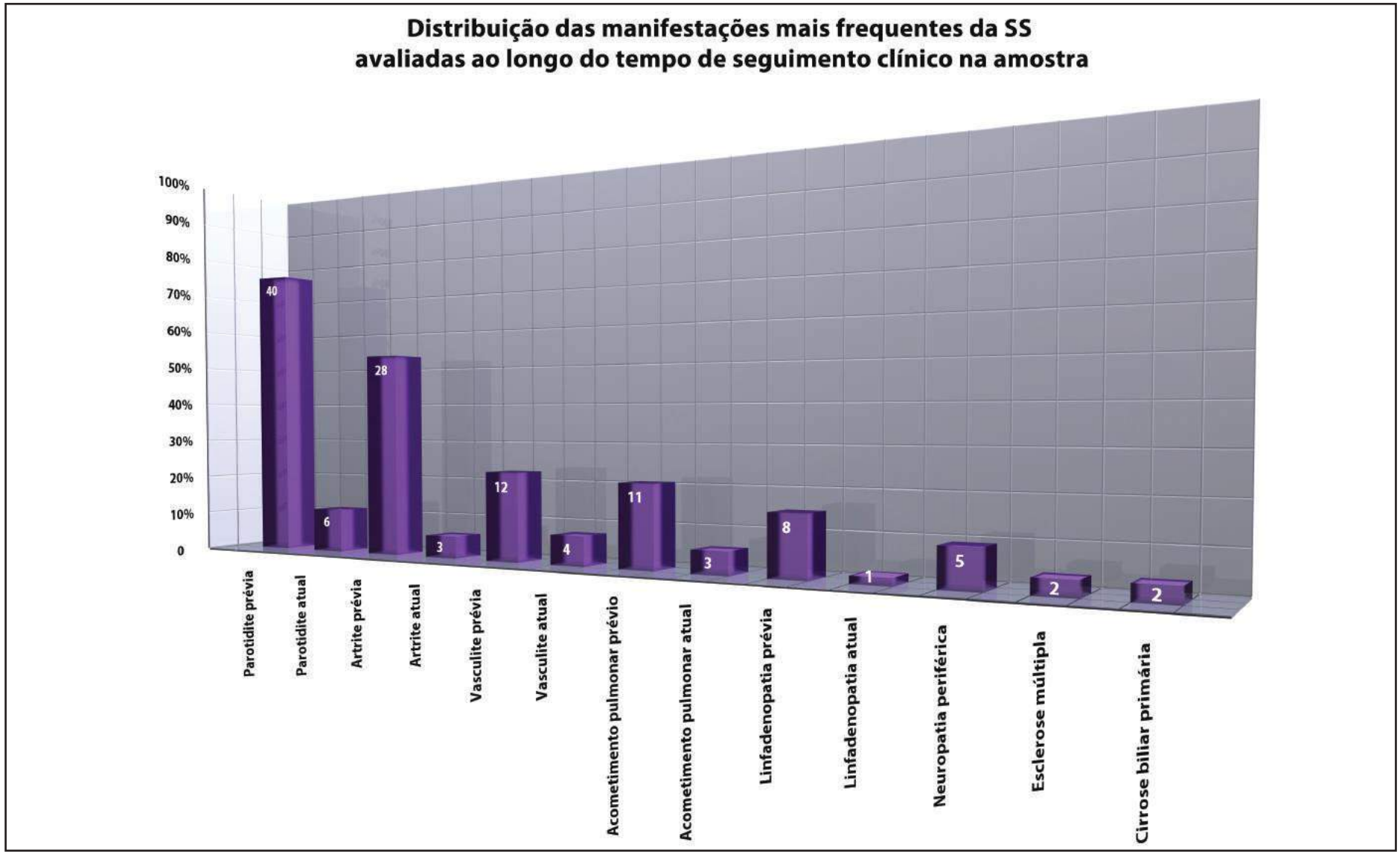
Fonte: a autora

A Tabela 5.10 e o Gráfico 5.2 apresentam a distribuição das manifestações mais frequentes da SS ao longo do tempo de seguimento clínico no HCFMUSP de acordo com o relato e o prontuário médico das pacientes entrevistadas. A situação descrita como prévio/prévia se refere a qualquer momento do seguimento clínico anterior a 3 meses da data de avaliação atual. Para as manifestações neuropatia periférica, esclerose múltipla e cirrose biliar primária levou-se em consideração a presença do registro do diagnóstico no prontuário, sem definir se prévio ou atual.

Tabela 5.10 – Distribuição das manifestações mais frequentes da SS avaliadas ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra

Manifestações mais frequentes da SS		N	%
Parotidite prévia	Não	13	24,5
	Sim	40	75,5
Total		53	100,0
Parotidite atual	Não	47	88,7
	Sim	6	11,3
Total		53	100,0
Artrite prévia	Não	25	47,2
	Sim	28	52,8
Total		53	100,0
Artrite atual	Não	50	94,3
	Sim	3	5,7
Total		53	100,0
Vasculite prévia	Não	41	77,4
	Sim	12	22,6
Total		53	100,0
Vasculite atual	Não	49	92,5
	Sim	4	7,5
Total		53	100,0
Acometimento pulmonar prévio	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Acometimento pulmonar atual	Não	50	94,3
	Sim	3	5,7
Total		53	100,0
Linfadenopatia prévia	Não	45	84,9
	Sim	8	15,1
Total		53	100,0
Linfadenopatia atual	Não	52	98,1
	Sim	1	1,9
Total		53	100,0
Neuropatia periférica	Não	48	90,6
	Sim	5	9,4
Total		53	100,0
Esclerose múltipla	Não	51	96,2
	Sim	2	3,8
Total		53	100,0
Cirrose biliar primária	Não	51	96,2
	Sim	2	3,8
Total		53	100,0

Gráfico 5.2 - Distribuição das manifestações mais frequentes da SS avaliadas ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra



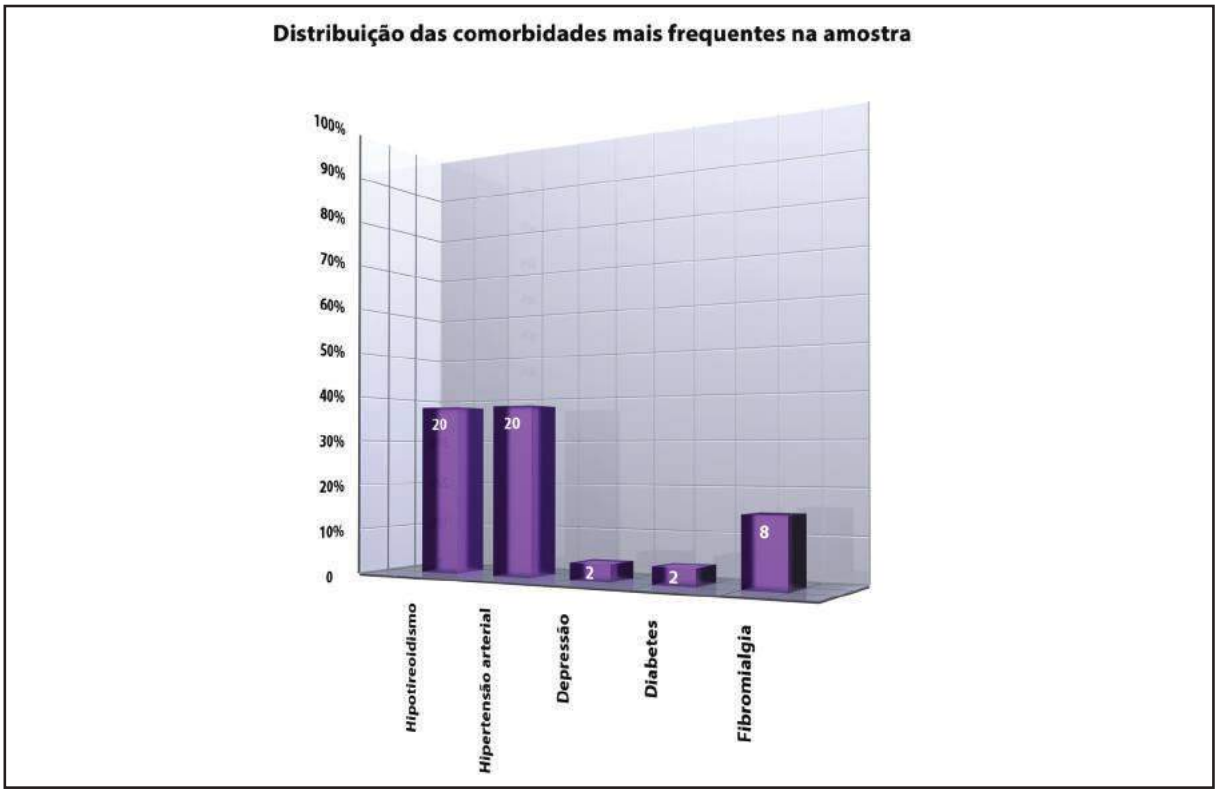
Fonte: a autora

A Tabela 5.11 e o Gráfico 5.3 apresentam a distribuição das comorbidades mais frequentes encontradas na amostra de acordo com o relato e o prontuário médico das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.11 – Distribuição das comorbidades mais frequentes na amostra

Comorbidades		N	%
Hipotireoidismo	Não	33	62,3
	Sim	20	37,7
Total		53	100,0
Hipertensão arterial	Não	33	62,3
	Sim	20	37,7
Total		53	100,0
Depressão	Não	51	96,2
	Sim	2	3,8
Total		53	100,0
Diabetes	Não	51	96,2
	Sim	2	3,8
Total		53	100,0
Fibromialgia	Não	45	84,9
	Sim	8	15,1
Total		53	100,0

Gráfico 5.3 - Distribuição das comorbidades mais frequentes na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.12 e o Gráfico 5.4 apresentam a distribuição das medicações em uso para alívio de sintomas e controle das comorbidades mais frequentes de acordo com o relato e o prontuário médico das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.12 – Distribuição das medicações em uso para alívio de sintomas e controle de comorbidades mais frequentes na amostra

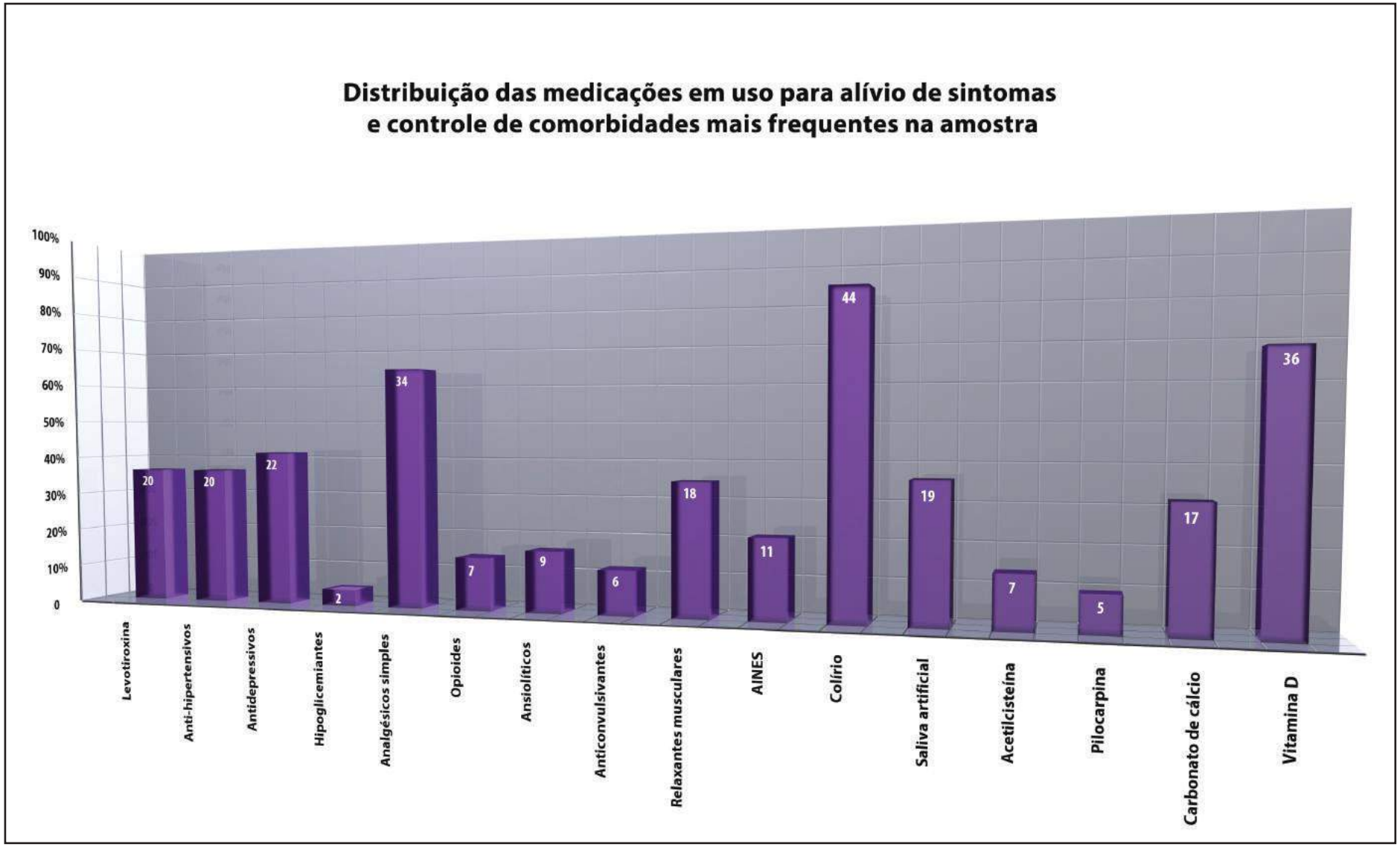
Medicações em uso		N	%
Levotiroxina	Não	33	62,3
	Sim	20	37,7
Total		53	100,0
Anti-hipertensivos	Não	33	62,3
	Sim	20	37,7
Total		53	100,0
Antidepressivos	Não	31	58,5
	Sim	22	41,5
Total		53	100,0
Hipoglicemiantes	Não	51	96,2
	Sim	2	3,8
Total		53	100,0
Analgésicos simples	Não	19	35,8
	Sim	34	64,2
Total		53	100,0
Opioides	Não	46	86,8
	Sim	7	13,2
Total		53	100,0
Ansiolíticos	Não	44	83,0
	Sim	9	17,0
Total		53	100,0

Continua

Conclusão

Medicações em uso		N	%
Anticonvulsivantes	Não	47	88,7
	Sim	6	11,3
Total		53	100,0
Relaxantes musculares	Não	35	66,0
	Sim	18	34,0
Total		53	100,0
AINES	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Colírio	Não	9	17,0
	Sim	44	83,0
Total		53	100,0
Saliva artificial	Não	34	64,2
	Sim	19	35,8
Total		53	100,0
Acetilcisteína	Não	46	86,8
	Sim	7	13,2
Total		53	100,0
Pilocarpina	Não	48	90,6
	Sim	5	9,4
Total		53	100,0
Carbonato de cálcio	Não	36	67,9
	Sim	17	32,1
Total		53	100,0
Vitamina D	Não	17	32,1
	Sim	36	67,9
Total		53	100,0

Gráfico 5.4 - Distribuição das medicações em uso para alívio de sintomas e controle de comorbidades mais frequentes na amostra



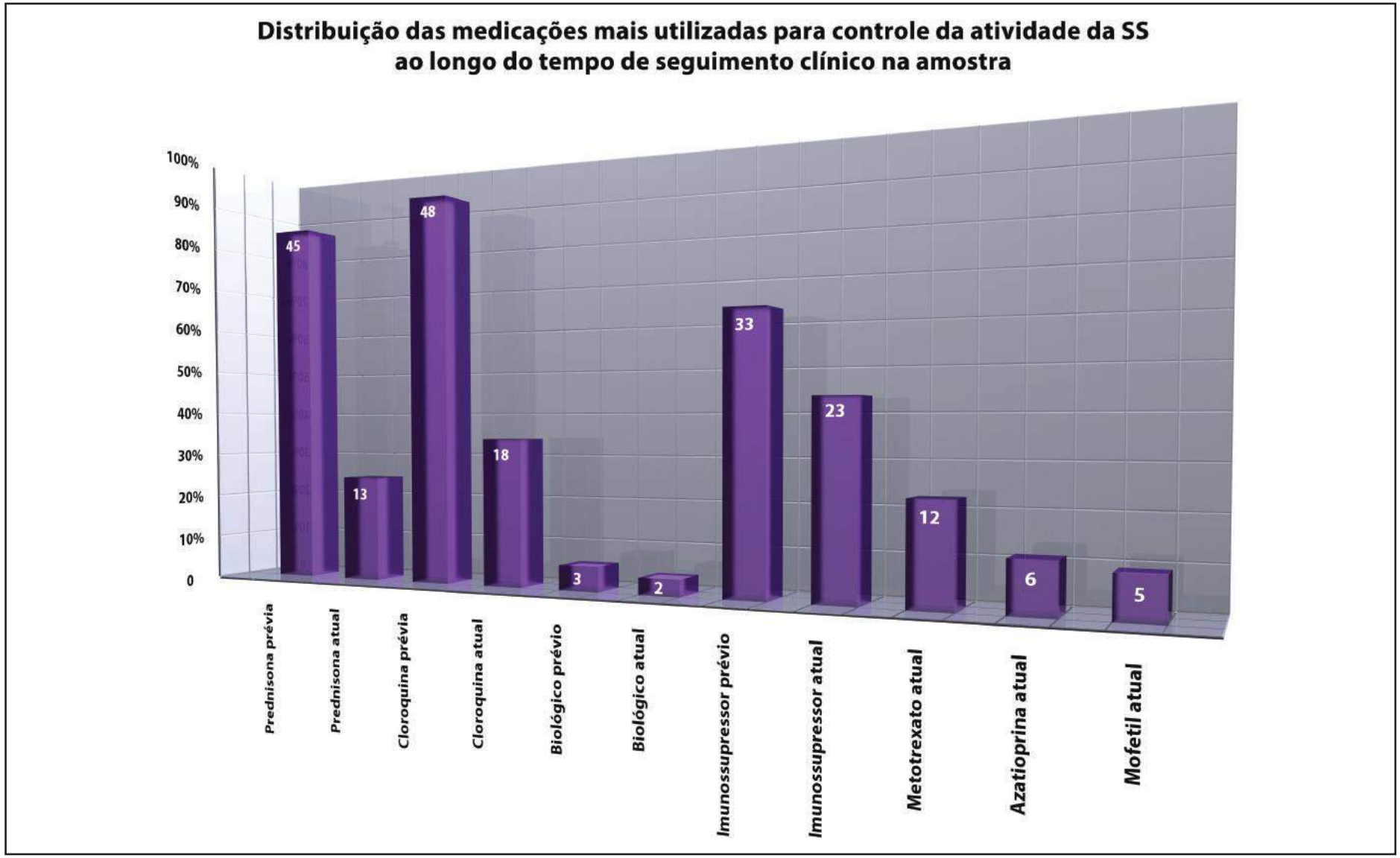
Fonte: a autora

A Tabela 5.13 e o Gráfico 5.5 apresentam a distribuição das medicações mais utilizadas para controle da atividade da SS ao longo do tempo de seguimento clínico de acordo com o relato e o prontuário médico das pacientes entrevistadas. A situação descrita como prévio/prévia se refere a qualquer momento do seguimento clínico anterior a 3 meses da data de avaliação atual. As medicações metotrexato, azatioprina e mofetil apresentam apenas os dados de uso atual.

Tabela 5.13 – Distribuição das medicações mais utilizadas para controle da atividade da SS ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra

Medicações para controle da SS		N	%
Prednisona prévia	Não	8	15,1
	Sim	45	84,9
Total		53	100,0
Prednisona atual	Não	40	75,5
	Sim	13	24,5
Total		53	100,0
Cloroquina prévia	Não	5	9,4
	Sim	48	90,6
Total		53	100,0
Cloroquina atual	Não	35	66,0
	Sim	18	34,0
Total		53	100,0
Biológico prévio	Não	50	94,3
	Sim	3	5,7
Total		53	100,0
Biológico atual	Não	51	96,2
	Sim	2	3,8
Total		53	100,0
Imunossupressor prévio	Não	20	37,7
	Sim	33	62,3
Total		53	100,0
Imunossupressor atual	Não	30	56,6
	Sim	23	43,4
Total		53	100,0
Metotrexato atual	Não	41	77,4
	Sim	12	22,6
Total		53	100,0
Azatioprina atual	Não	47	88,7
	Sim	6	11,3
Total		53	100,0
Mofetil atual	Não	48	90,6
	Sim	5	9,4
Total		53	100,0

Gráfico 5.5 - Distribuição das medicações mais utilizadas para controle da atividade da SS ao longo do tempo de seguimento clínico na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.14 apresenta a distribuição da variável tabagismo de acordo com o relato e o prontuário médico das pacientes entrevistadas. A situação descrita como prévio/prévia se refere a qualquer momento do seguimento clínico anterior a 3 meses da data de avaliação atual.

Tabela 5.14 – Distribuição das variáveis tabagismo prévio e atual na amostra

Tabagismo		N	%
Tabagismo prévio	Não	32	60,4
	Sim	21	39,6
Total		53	100,0
Tabagismo atual	Não	50	94,3
	Sim	3	5,7
Total		53	100,0

A Tabela 5.15 apresenta a distribuição dos doze Domínios isoladamente e do Score resultante da somatória do conjunto para definir a atividade da doença SS de acordo com o questionário ESSDAI, aplicado mediante exame clínico atual em consulta com reumatologista e revisão do prontuário médico de cada paciente.

Tabela 5.15 – Distribuição do Domínios Constitucional, Linfadenopatia, Glandular, Articular, Cutâneo, Respiratório, Renal, Muscular, Sistema Nervoso Periférico, Sistema Nervoso Central, Hematológico e Biológico e do *Score* resultante da somatória do conjunto de acordo com o questionário ESSDAI na amostra

ESSDAI	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Constitucional	53	0,00	0,00	0,000	0	0
Domínio Linfadenopatia	53	0,06	0,00	0,549	0	4
Domínio Glandular	53	0,23	0,00	0,640	0	2
Domínio Articular	53	0,26	0,00	1,112	0	6
Domínio Cutâneo	53	0,51	0,00	1,836	0	9
Domínio Respiratório	53	0,28	0,00	1,166	0	5
Domínio Renal	53	0,28	0,00	1,166	0	5
Domínio Muscular	53	0,00	0,00	0,000	0	0
Domínio Sistema Nervoso Periférico	53	0,19	0,00	1,374	0	10

Continua

Conclusão

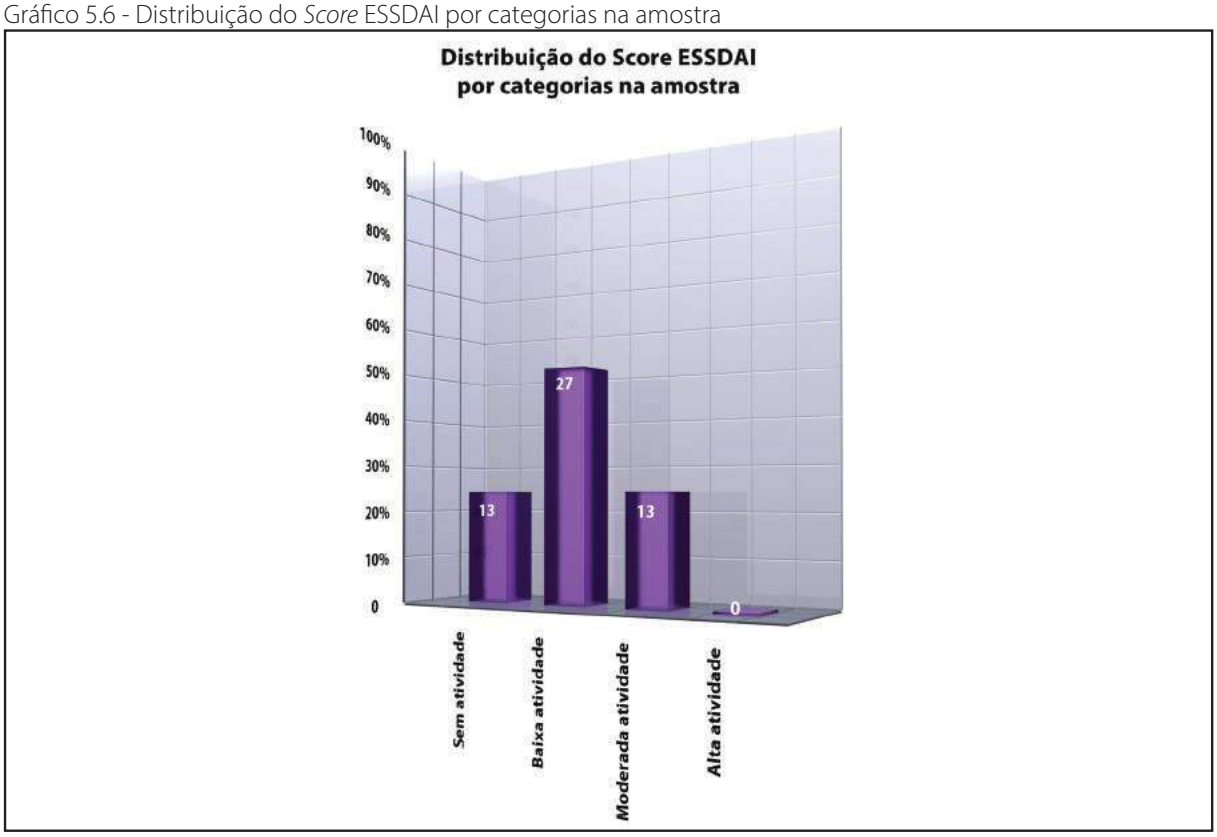
ESSDAI	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Sistema Nervoso Central	53	0,00	0,00	0,000	0	0
Domínio Hematológico	53	0,11	0,00	0,610	0	4
Domínio Biológico	53	0,81	1,00	0,709	0	2
***Score* ESSDAI**	53	2,74	1,00	3,277	0	11

A Tabela 5.16 e o Gráfico 5.6 apresentam a distribuição do *Score* ESSDAI dividido por categorias de atividade da doença SS das pacientes entrevistadas.

Tabela 5.16 – Distribuição do *Score* ESSDAI por categorias na amostra

Score ESSDAI	N	%
Sem atividade	13	24,5
Baixa atividade	27	51,0
Moderada atividade	13	24,5
Alta atividade	0	0,0
Total	53	100,0

Gráfico 5.6 - Distribuição do *Score* ESSDAI por categorias na amostra



Fonte: a autora

5.3 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO ESSPRI

A Tabela 5.17 apresenta a distribuição dos três Domínios isoladamente e do *Score* resultante da média do conjunto para definir a percepção dos sintomas secura, fadiga e dor das pacientes entrevistadas de acordo com o questionário ESSPRI.

Tabela 5.17 – Distribuição dos Domínios Secura, Fadiga e Dor e do *Score* resultante composto pela média do conjunto de acordo com o questionário ESSPRI na amostra

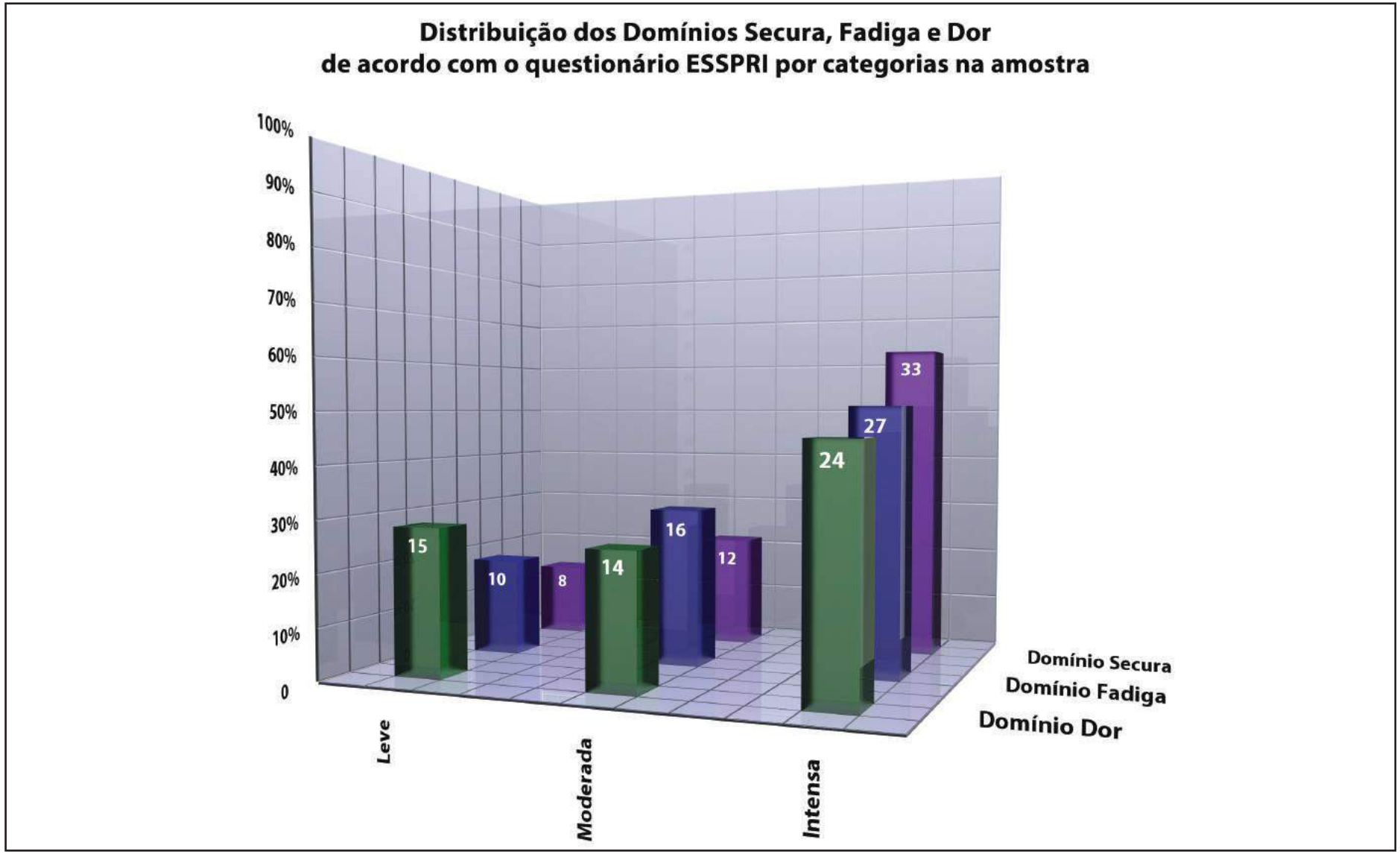
ESSPRI	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Secura	53	6,57	7,00	2,892	0	10
Domínio Fadiga	53	5,94	7,00	2,685	0	10
Domínio Dor	53	5,60	6,00	3,009	0	10
***Score* ESSPRI**	53	6,04	6,30	2,137	0	9,3

A Tabela 5.18 e o Gráfico 5.7 apresentam a distribuição dos Domínios Secura, Fadiga e Dor de acordo com o questionário ESSPRI divididos por categorias de intensidade do sintoma relatado durante entrevista das pacientes.

Tabela 5.18 – Distribuição dos Domínios Secura, Fadiga e Dor de acordo com o questionário ESSPRI por categorias na amostra

ESSPRI		N	%
Domínio Secura	Leve	8	15,1
	Moderada	12	22,6
	Intensa	33	62,3
Total		53	100,0
Domínio Fadiga	Leve	10	18,9
	Moderada	16	30,2
	Intensa	27	50,9
Total		53	100,0
Domínio Dor	Leve	15	28,3
	Moderada	14	26,4
	Intensa	24	45,3
Total		53	100,0

Gráfico 5.7 - Distribuição dos Domínios Secura, Fadiga e Dor de acordo com o questionário ESSPRI por categorias na amostra



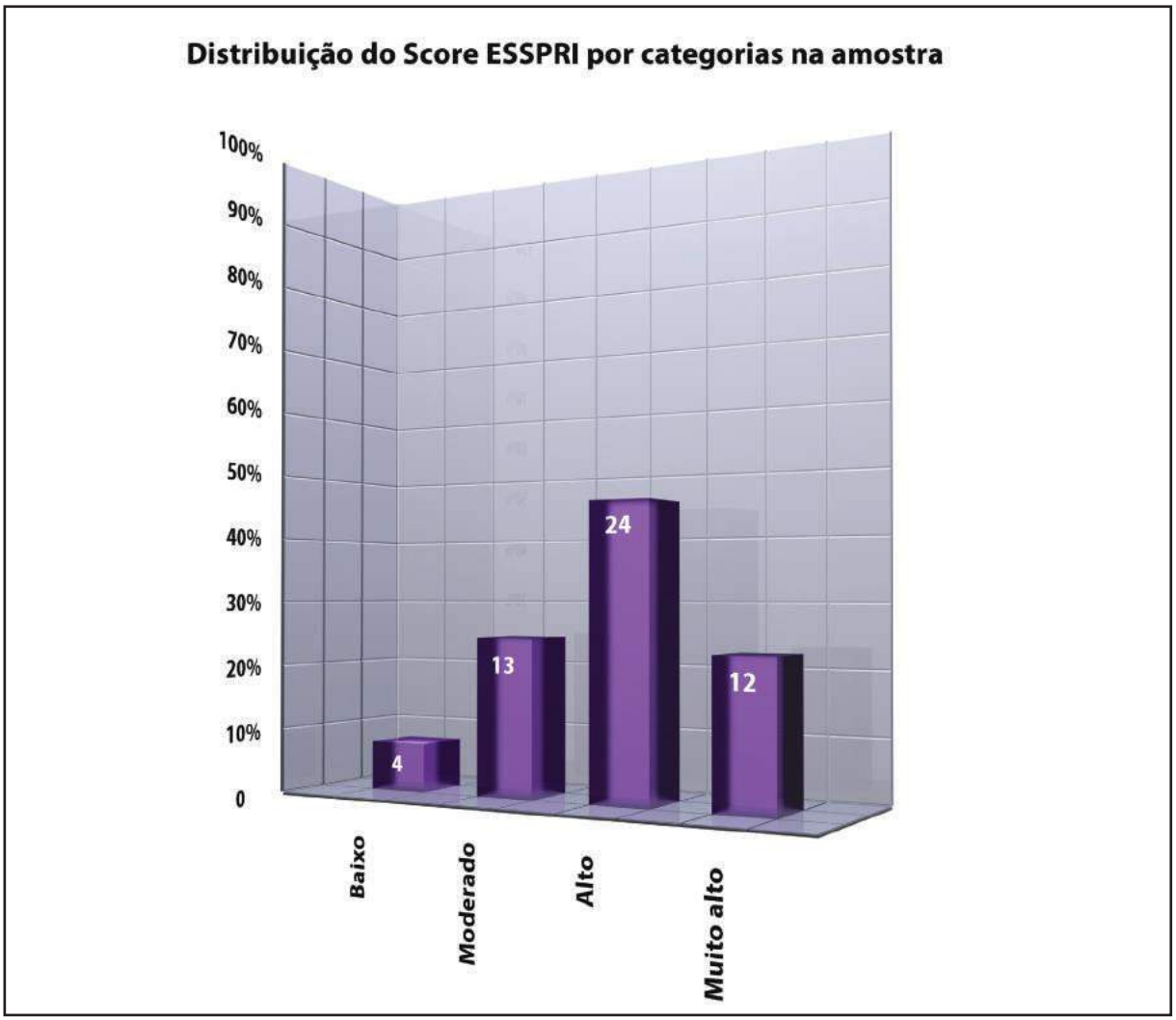
Fonte: a autora

A Tabela 5.19 e o Gráfico 5.8 apresentam a distribuição do *Score* ESSPRI categorizado em quartis.

Tabela 5.19 – Distribuição do *Score* ESSPRI por categorias na amostra

***Score* ESSPRI**	**N**	**%**
Baixo	4	7,6
Moderado	13	24,5
Alto	24	45,3
Muito alto	12	22,6
Total	53	100,0

Gráfico 5.8 - Distribuição do *Score* ESSPRI por categorias na amostra



Fonte: a autora

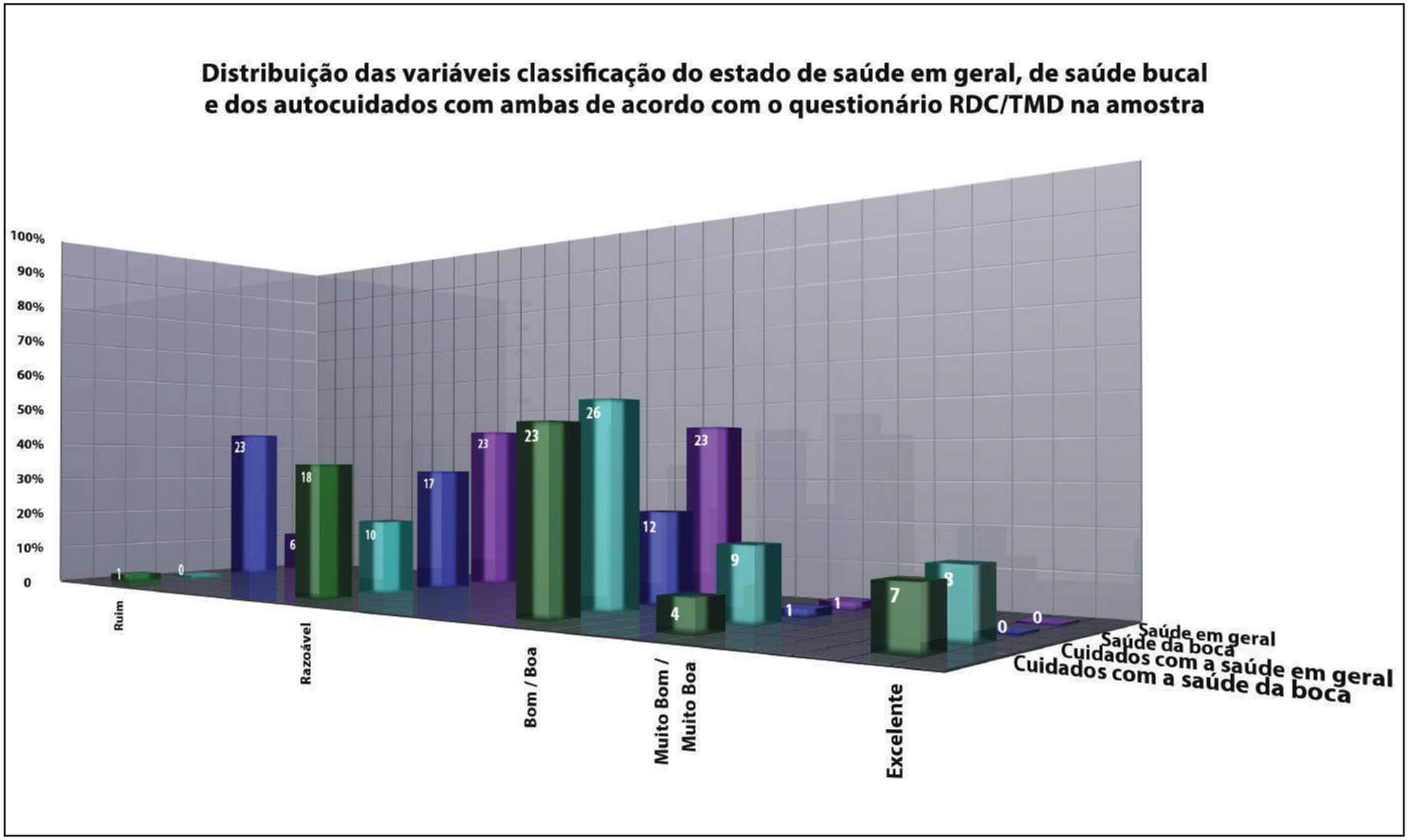
5.4 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO RDC/TMD

A Tabela 5.20 e o Gráfico 5.9 apresentam a distribuição das variáveis classificação do estado de saúde em geral, de saúde bucal e dos cuidados relatados pelas pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.20 – Distribuição das variáveis classificação do estado de saúde em geral, de saúde bucal e dos autocuidados com ambas de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

Saúde em geral e saúde bucal		**N**	**%**
Classificação da saúde em geral	Excelente	0	0,0
	Muito boa	1	1,9
	Boa	23	43,4
	Razoável	23	43,4
	Ruim	6	11,3
Total		53	100,0
Classificação da saúde bucal	Excelente	0	0,0
	Muito boa	1	1,9
	Boa	12	22,6
	Razoável	17	32,1
	Ruim	23	43,4
Total		53	100,0
Cuidados com a saúde em geral	Excelente	8	15,1
	Muito bom	9	17,0
	Bom	26	49,0
	Razoável	10	18,9
	Ruim	0	0,0
Total		53	100,0
Cuidados com a saúde bucal	Excelente	7	13,2
	Muito bom	4	7,5
	Bom	23	43,4
	Razoável	18	34,0
	Ruim	1	1,9
Total		53	100,0

Gráfico 5.9 - Distribuição das variáveis classificação do estado de saúde em geral, de saúde bucal e dos autocuidados com ambas de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.21 apresenta a distribuição das variáveis uso e tipo de prótese dental relatados pelas pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.21 – Distribuição das variáveis uso e tipo de prótese dental de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

Prótese dental		N	%
Faz uso de prótese dental	Não	18	34,0
	Sim	35	66,0
Total		53	100,0
Prótese na arcada superior	Não se aplica	21	39,6
	PPF	4	7,5
	PPR	6	11,3
	PT	21	39,6
	PSI	1	1,9
Total		53	100,0
Prótese na arcada inferior	Não se aplica	25	47,1
	PPF	3	5,7
	PPR	10	18,9
	PT	13	24,5
	PSI	2	3,8
Total		53	100,0

A Tabela 5.22 apresenta a distribuição das variáveis dor na face e dores de cabeça relatadas pelas pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.22 – Distribuição das variáveis dor na face e dores de cabeça de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

Dores na face e na cabeça		N	%
Dor na face nas últimas 4 semanas	Não	26	49,1
	Sim	27	50,9
Total		53	100,0
Dores de cabeça ou enxaqueca nos últimos 6 meses	Não	22	41,5
	Sim	31	58,5
Total		53	100,0

A Tabela 5.23 apresenta a distribuição da variável dor na face relatada e sua interferência nas atividades cotidianas das pacientes de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.23 – Distribuição da variável numérica (0 a 10) de dor na face relatada e sua interferência em tempos e situações diversos de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

Dor na face e interferência cotidiana	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Dor na face durante entrevista	27	2,56	1,00	2,926	0	8
Pior dor na face em 6 meses	27	6,63	8,00	2,356	2	10
Média de dor na face em 6 meses	27	4,63	5,00	1,757	2	10
Dias afastada devido às dores na face	27	0,37	0,00	1,149	0	5
Interferência da dor na face nas atividades diárias	27	3,85	4,00	3,359	0	10
Interferência da dor na face no lazer e no convívio social	27	3,22	2,00	3,479	0	8
Interferência da dor na face no trabalho	27	2,48	0,00	3,191	0	9

A Tabela 5.24 apresenta a distribuição das variáveis limitação de abertura bucal devido a episódio de travamento da mandíbula e presença de situação incapacitante relatadas pelas pacientes de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.24 – Distribuição das variáveis episódio de travamento da mandíbula e incapacidade da função mastigatória de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

Travamento da mandíbula		N	%
Episódio de travamento da mandíbula que impediu a abertura completa da boca	Não	39	73,6
	Sim	14	26,4
Total		53	100
Episódio de travamento da mandíbula que interferiu na capacidade de mastigar	Não se aplica	39	73,6
	Não	6	11,3
	Sim	8	15,1
Total		53	100,0

A Tabela 5.25 apresenta a distribuição das variáveis movimentos mandibulares das pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.25 – Distribuição das variáveis extensão de movimentos verticais e excursivos da mandíbula (em milímetros) de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

Movimento mandibular	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Abertura sem auxílio e sem dor	53	44,36	44,00	9,197	16	62
Abertura máxima sem auxílio	53	48,96	49,00	8,220	30	67
Abertura máxima com auxílio	53	52,09	52,00	8,411	32	67
Lateralidade direita	53	10,23	10,00	3,630	2	8
Lateralidade esquerda	53	9,02	9,00	3,744	0	18
Protrusão	53	5,75	5,00	2,681	0	13

A Tabela 5.26 e o Gráfico 5.10 apresentam a distribuição da variável atividades prejudicadas devido à dor e/ou à limitação de movimentos mandibulares relatadas pelas pacientes de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.26 – Distribuição da variável atividades prejudicadas pela dor na face e/ou problema mandibular de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

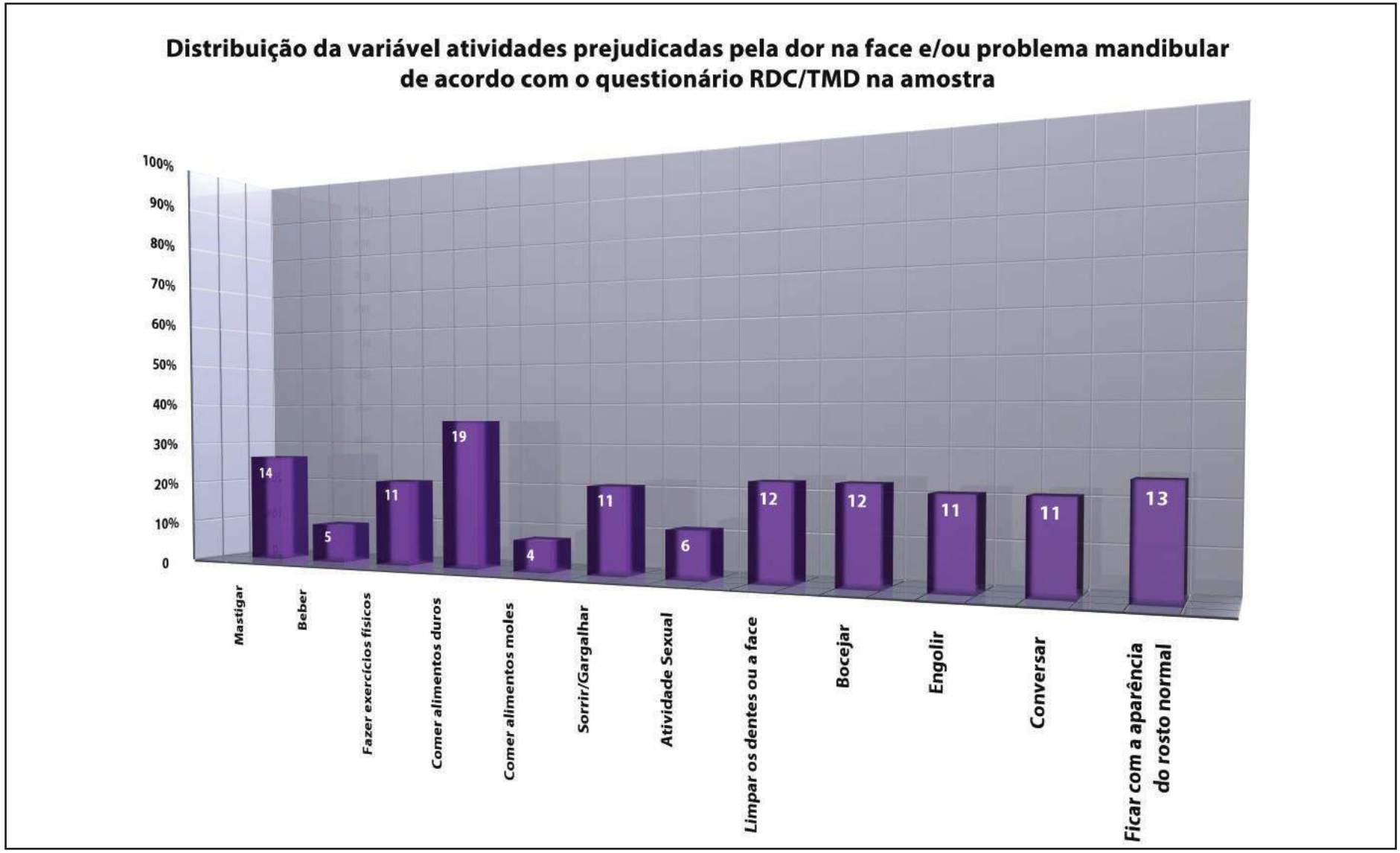
Atividades prejudicadas por dor facial e/ou problema mandibular		N	%
Mastigar	Não	39	73,6
	Sim	14	26,4
Total		53	100,0
Beber	Não	48	90,6
	Sim	5	9,4
Total		53	100,0

Continua

Conclusão

Atividades prejudicadas por dor facial e/ou problema mandibular		N	%
Fazer exercícios físicos	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Comer alimentos duros	Não	34	64,2
	Sim	19	35,8
Total		53	100,0
Comer alimentos moles	Não	49	92,5
	Sim	4	7,5
Total		53	100,0
Sorrir/Gargalhar	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Atividade Sexual	Não	47	88,7
	Sim	6	11,3
Total		53	100,0
Limpar os dentes ou a face	Não	41	77,4
	Sim	12	22,6
Total		53	100,0
Bocejar	Não	41	77,4
	Sim	12	22,6
Total		53	100,0
Engolir	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Conversar	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Ficar com a aparência do rosto normal	Não	40	75,5
	Sim	13	24,5
Total		53	100,0

Gráfico 5.10 - Distribuição da variável atividades prejudicadas pela dor na face e/ou problema mandibular de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.27 e o Gráfico 5.11 apresentam a distribuição de dor à palpação muscular e articular durante o exame clínico das pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.27 – Distribuição da variável presença de dor à palpação dos músculos temporal e masseter e da ATM bilateralmente de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

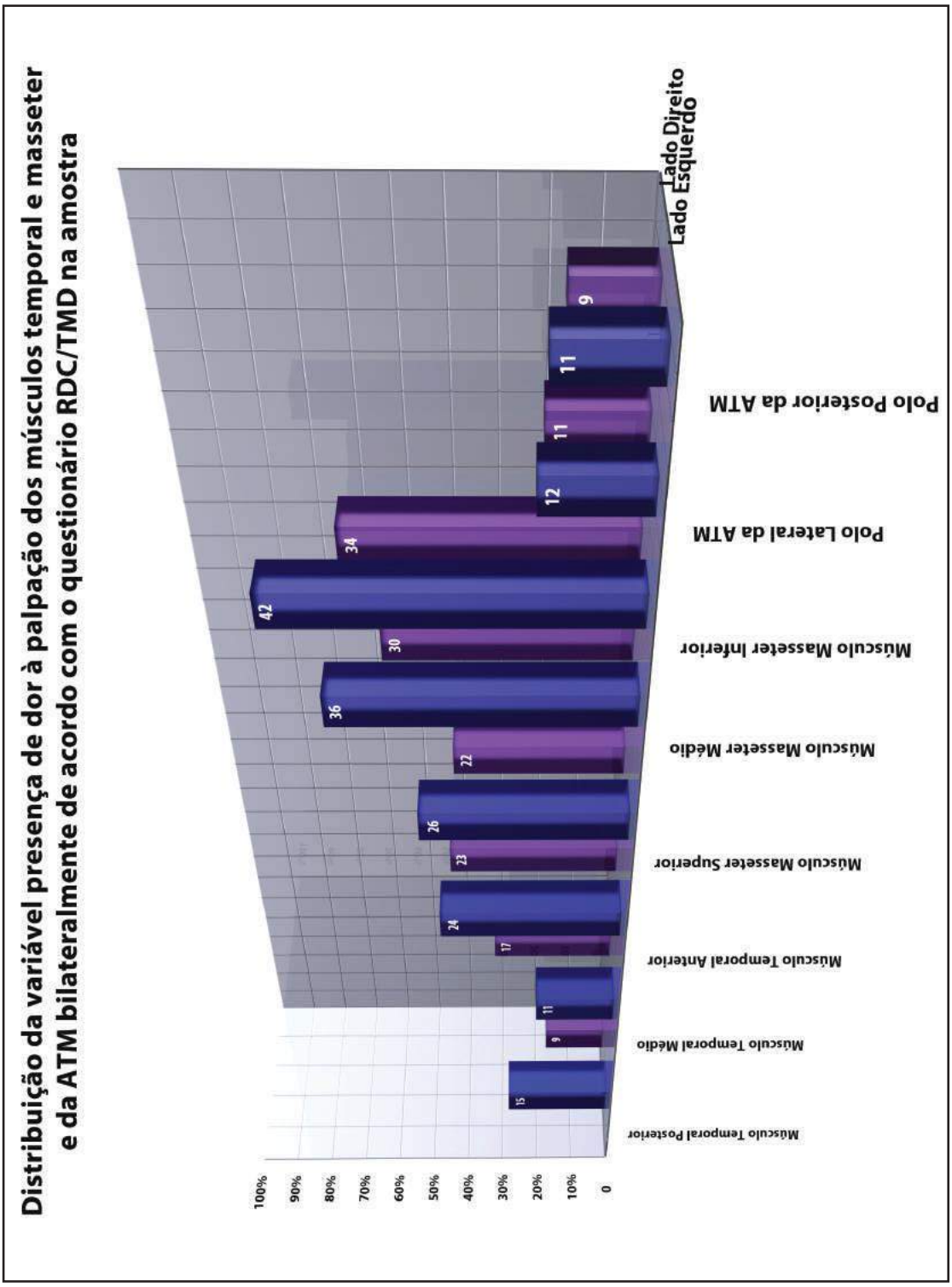
Presença de dor à palpação		N	%
Músculo Temporal Posterior Direito	Não	44	83,0
	Sim	9	17,0
Total		53	100,0
Músculo Temporal Médio Direito	Não	36	67,9
	Sim	17	32,1
Total		53	100,0
Músculo Temporal Anterior Direito	Não	30	56,6
	Sim	23	43,4
Total		53	100,0
Músculo Temporal Posterior Esquerdo	Não	38	71,7
	Sim	15	28,3
Total		53	100,0
Músculo Temporal Médio Esquerdo	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Músculo Temporal Anterior Esquerdo	Não	29	54,7
	Sim	24	45,3
Total		53	100,0
Músculo Masseter Superior Direito	Não	31	58,5
	Sim	22	41,5
Total		53	100,0
Músculo Masseter Médio Direito	Não	23	43,4
	Sim	30	56,6
Total		53	100,0
Músculo Masseter Inferior Direito	Não	19	35,8
	Sim	34	64,2
Total		53	100,0
Músculo Masseter Superior Esquerdo	Não	27	50,9
	Sim	26	49,1
Total		53	100,0
Músculo Masseter Médio Esquerdo	Não	17	32,1
	Sim	36	67,9
Total		53	100,0
Músculo Masseter Inferior Esquerdo	Não	11	20,8
	Sim	42	79,2
Total		53	100,0
Polo Lateral da ATM Direita	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0
Polo Posterior da ATM Direita	Não	44	83,0
	Sim	9	17,0
Total		53	100,0

Continua

Conclusão

Presença de dor à palpação		N	%
Polo Lateral da ATM Esquerda	Não	41	77,4
	Sim	12	22,6
Total		53	100,0
Polo Posterior da ATM Esquerda	Não	42	79,2
	Sim	11	20,8
Total		53	100,0

Gráfico 5.11 - Distribuição da variável presença de dor à palpação dos músculos temporal e masseter e da ATM bilateralmente de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.28 apresenta a distribuição da somatória de pontos de dor muscular e articular durante o exame clínico de palpação das pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.28 – Distribuição da somatória de pontos obtida das respostas de todas as pacientes (de 0 a 159 pontos possíveis) para as perguntas relacionadas à intensidade de dor (0, 1, 2 ou 3 pontos) durante a palpação dos músculos temporal e masseter e da ATM bilateralmente de acordo com o questionário RDC/TMD

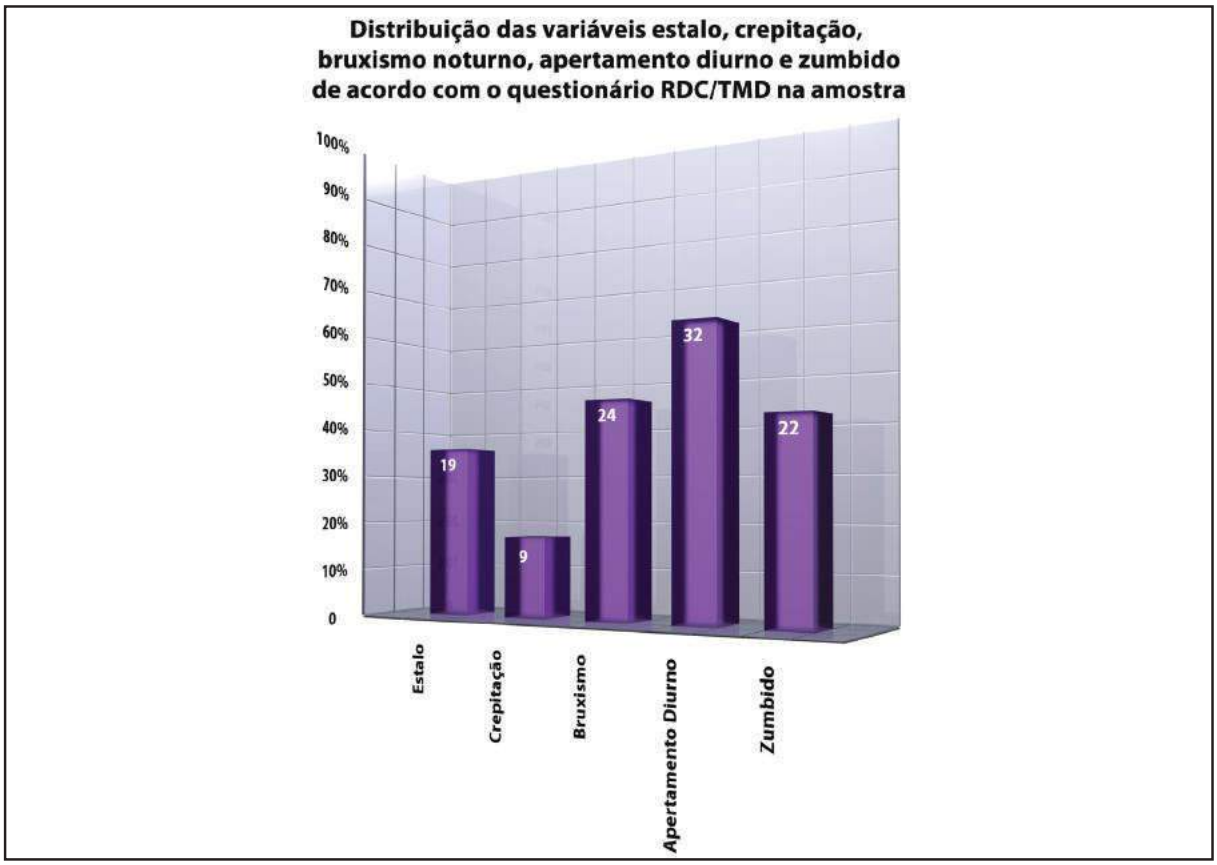
Intensidade de dor à palpação	Pontuação	%
Músculo Masseter Inferior Esquerdo	70	44,0
Músculo Masseter Médio Esquerdo	58	36,5
Músculo Masseter Inferior Direito	56	35,2
Músculo Masseter Médio Direito	49	30,8
Músculo Masseter Superior Esquerdo	41	25,8
Músculo Temporal Anterior Esquerdo	40	25,2
Músculo Temporal Anterior Direito	37	23,3
Músculo Masseter Superior Direito	33	20,8
Músculo Temporal Médio Direito	26	16,4
Músculo Temporal Posterior Esquerdo	20	12,6
Polo Posterior da ATM Esquerda	20	12,6
Polo Lateral da ATM Esquerda	19	11,9
Músculo Temporal Médio Esquerdo	18	11,3
Polo Lateral da ATM Direita	18	11,3
Polo Posterior da ATM Direita	16	10,1
Músculo Temporal Posterior Direito	15	9,4

A Tabela 5.29 e o Gráfico 5.12 apresentam a distribuição das variáveis relato de hábitos parafuncionais e outros sinais e sintomas diferentes de dor de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.29 – Distribuição das variáveis estalo, crepitação, bruxismo noturno, apertamento diurno e zumbido de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra

Hábitos parafuncionais e outros sinais e sintomas		N	%
Estalo	Ausente	34	64,2
	Presente	19	35,8
Total		53	100,0
Crepitação	Ausente	44	83,0
	Presente	9	17,0
Total		53	100,0
Bruxismo noturno	Ausente	29	54,7
	Presente	24	45,3
Total		53	100,0
Apertamento diurno	Ausente	21	39,6
	Presente	32	60,4
Total		53	100,0
Zumbido	Ausente	31	58,5
	Presente	22	41,5
Total		53	100,0

Gráfico 5.12 - Distribuição das variáveis estalo, crepitação, bruxismo noturno, apertamento diurno e zumbido de acordo com o questionário RDC/TMD na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.30 apresenta a distribuição da somatória de pontos das perguntas relacionadas ao perfil das pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.30 – Distribuição da somatória de pontos obtida das respostas de todas as pacientes (de 0 a 212 pontos possíveis) para as perguntas relacionadas à intensidade de angústia ou preocupação (0, 1, 2, 3 ou 4 pontos) nas últimas quatro semanas perante diversas situações de acordo com o questionário RDC/TMD

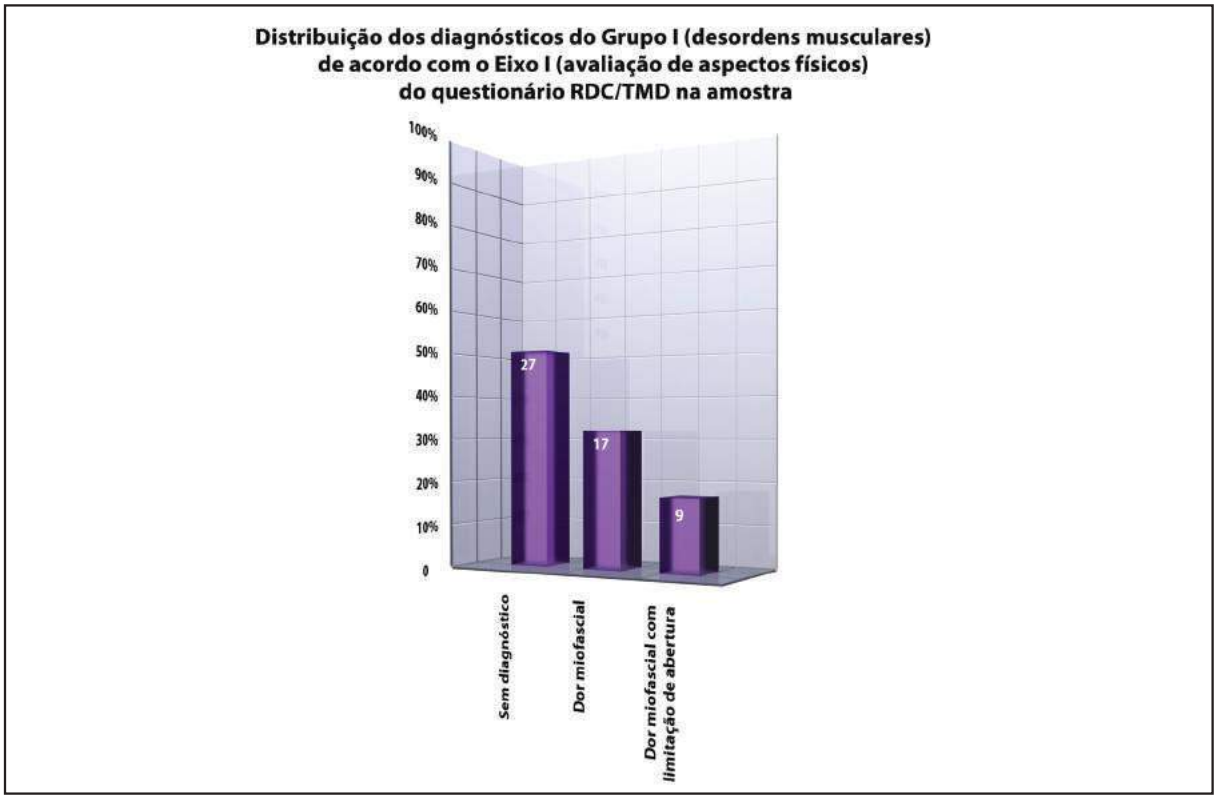
Situação ocorrida nas últimas 4 semanas	Pontuação	%
Por se preocupar muito com as coisas	97	45,8
Pela sensação de falta de energia ou lentidão	91	42,9
Por ter músculos doloridos	86	40,6
Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	80	37,7
Por se sentir desanimado sobre o futuro	75	35,4
Pela sensação de peso nos braços ou pernas	70	33,0
Por se sentir fraco em partes do corpo	67	31,6
Por se sentir inútil	66	31,1
Por se sentir triste	64	30,2
Por ter fraqueza ou tontura	63	29,7
Por ter dificuldade em adormecer	63	29,7
Por sentir um "nó na garganta"	59	27,8
Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	58	27,4
Por sentir de vez em quando calor ou frio	56	26,4
Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	53	25,0
Pela sensação de ser enganado ou iludido	51	24,1
Por ter pensamentos sobre morte	49	23,1
Por sentir dores na parte inferior das costas	47	22,2
Por ter sono agitado ou perturbado	46	21,7
Por ter sentimentos de culpa	44	20,8
Por se sentir só	43	20,3
Por ter enjoo ou problemas no estômago	40	18,9
Por ter dificuldade em respirar	40	18,9
Por chorar facilmente	39	18,4
Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	35	16,5
Por não sentir interesse pelas coisas	34	16,0
Por sentir dores de cabeça	33	15,6
Pela perda de interesse ou prazer sexual	33	15,6
Por acordar de madrugada	31	14,6
Por comer demais	28	13,2
Por ter falta de apetite	24	11,3
Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	9	4,2

A Tabela 5.31 e os Gráficos 5.13, 5.14 e 5.15 apresentam a distribuição dos diagnósticos clínicos das desordens musculares e articulares das pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.31 – Distribuição dos diagnósticos do Grupo I (desordens musculares), do Grupo II (deslocamento do disco das ATMs direita e esquerda) e do Grupo III (outras condições articulares das ATMs direita e esquerda) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra

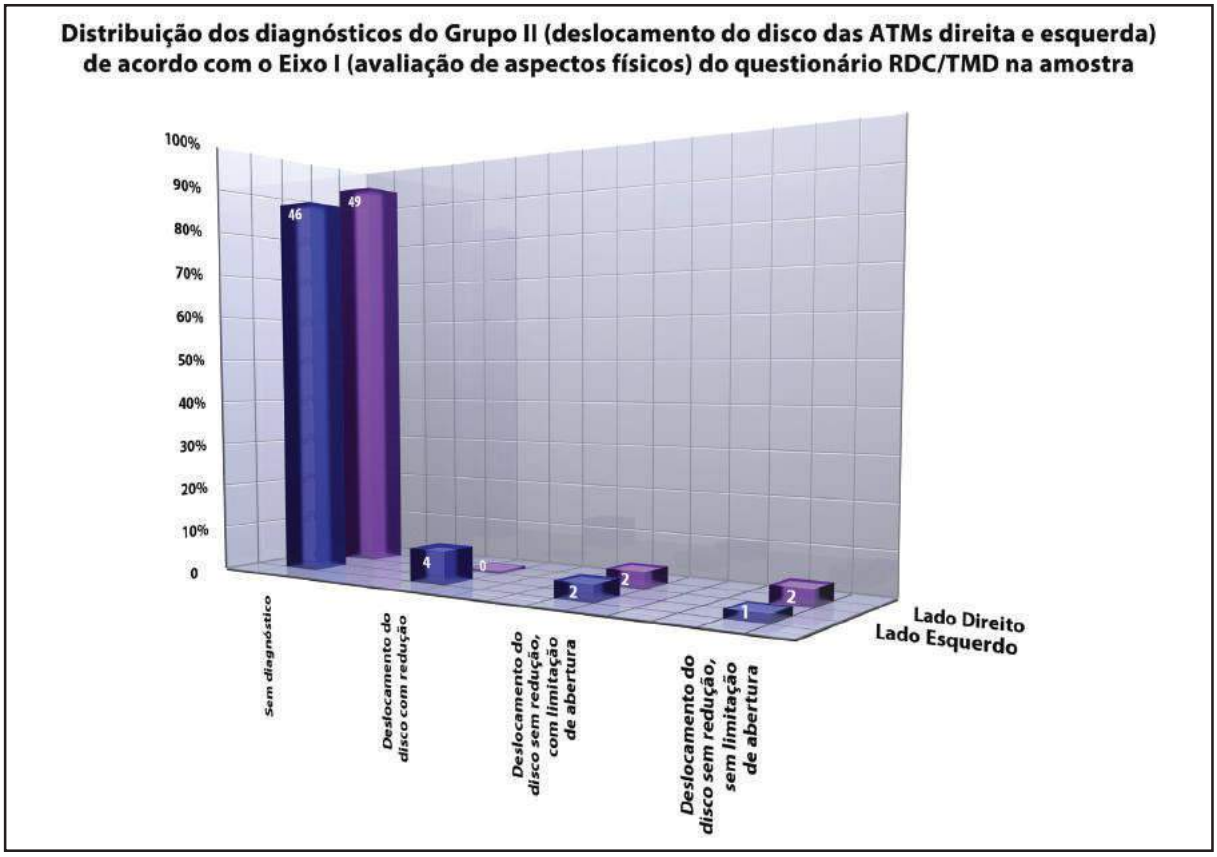
Diagnósticos do Eixo I do RDC/TMD		N	%
Diagnóstico do Grupo I (desordens musculares)	Sem diagnóstico	27	50,9
	Dor miofascial	17	32,1
	Dor miofascial com limitação de abertura	9	17,0
Total		53	100,0
Diagnóstico do Grupo II (deslocamento do disco) da ATM Direita	Sem diagnóstico	49	92,4
	Deslocamento do disco com redução	0	0
	Deslocamento do disco sem redução, com limitação de abertura	2	3,8
	Deslocamento do disco sem redução, sem limitação de abertura	2	3,8
Total		53	100,0
Diagnóstico do Grupo II (deslocamento do disco) da ATM esquerda	Sem diagnóstico	46	86,8
	Deslocamento do disco com redução	4	7,5
	Deslocamento do disco sem redução, com limitação de abertura	2	3,8
	Deslocamento do disco sem redução, sem limitação de abertura	1	1,9
Total		53	100,0
Diagnóstico do Grupo III (outras condições articulares) da ATM direita	Sem diagnóstico	44	83,0
	Artralgia	6	11,3
	Osteoartrite da ATM	2	3,8
	Osteoartrose da ATM	1	1,9
Total		53	100,0
Diagnóstico do Grupo III (outras condições articulares) da ATM esquerda	Sem diagnóstico	43	81,1
	Artralgia	8	15,1
	Osteoartrite da ATM	1	1,9
	Osteoartrose da ATM	1	1,9
Total		53	100,0

Gráfico 5.13 - Distribuição dos diagnósticos do Grupo I (desordens musculares) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra



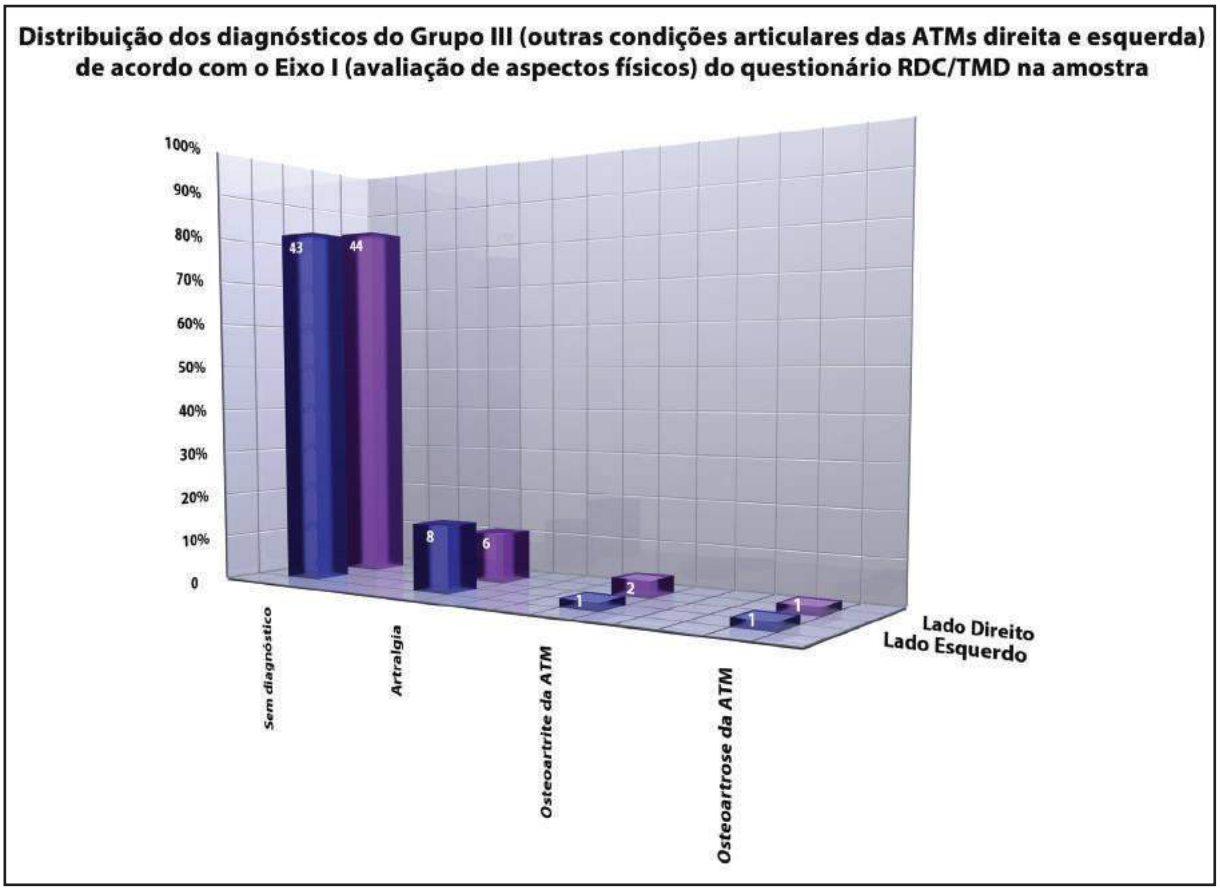
Fonte: a autora

Gráfico 5.14 - Distribuição dos diagnósticos do Grupo II (deslocamento do disco das ATMs direita e esquerda) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra



Fonte: a autora

Gráfico 5.15 - Distribuição dos diagnósticos do Grupo III (outras condições articulares das ATMs direita e esquerda) de acordo com o Eixo I (avaliação de aspectos físicos) do questionário RDC/TMD na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.32 apresenta as variáveis distribuição dos graus de dor crônica, de depressão, dos sintomas físicos gerais e de limitação mandibular diagnosticados nas pacientes entrevistadas de acordo com o questionário RDC/TMD.

Tabela 5.32 – Distribuição dos diagnósticos grau de dor crônica avaliada, grau de depressão, grau dos sintomas físicos não específicos incluindo dor e grau de limitações relacionadas ao funcionamento mandibular de acordo com Eixo II (avaliação de aspectos psicossociais e comportamentais) do questionário RDC/TMD na amostra

Diagnósticos do Eixo II do RDC/TMD		N	%
Grau de dor crônica avaliada	I	26	49,0
	II	15	28,3
	III	10	18,9
	IV	2	3,8
Total		53	100,0

Continua

Conclusão

Diagnósticos do Eixo II do RDC/TMD		N	%
Grau de depressão	Normal	16	30,2
	Moderado	18	34,0
	Severo	19	35,8
Total		53	100,0
Grau dos sintomas físicos	Normal	13	24,5
	Moderado	17	32,1
	Severo	23	43,4
Total		53	100,0
Grau de limitação mandibular	Baixo	39	73,6
	Moderado	6	11,3
	Alto	8	15,1
Total		53	100,0

5.5 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO BPI

A Tabela 5.33 apresenta o relato de dor geral das pacientes de acordo com o questionário BPI.

Tabela 5.33 – Distribuição da variável relato de dor no momento da entrevista de acordo com o questionário BPI na amostra

Relato de dor	N	%
Ausente	29	54,7
Presente	24	45,3
Total	53	100,0

A Tabela 5.34 apresenta a distribuição da variável dor geral relatada e sua interferência nas atividades cotidianas das pacientes de acordo com o questionário BPI.

Tabela 5.34 – Distribuição da variável numérica (0 a 10) da dor geral relatada e sua interferência em tempos e situações diversos de acordo com o questionário BPI na amostra

Dor geral e interferência cotidiana	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Pior dor em 24 horas	53	4,38	5,00	3,454	0	10
Dor mais fraca em 24 horas	53	2,00	2,00	1,990	0	6
Média da dor	53	3,75	5,00	2,868	0	9
Dor durante entrevista	53	2,42	0,00	2,938	0	9
Interferência da dor na atividade geral em 24 horas	53	2,09	0,00	2,655	0	8
Interferência da dor no humor em 24 horas	53	2,02	0,00	3,041	0	10
Interferência da dor ao caminhar em 24 horas	53	3,04	0,00	3,503	0	10
Interferência da dor no trabalho em 24 horas	53	2,45	0,00	3,320	0	10
Interferência da dor no relacionamento interpessoal em 24 horas	53	1,57	0,00	2,952	0	10
Interferência da dor no sono em 24 horas	53	2,92	0,00	3,663	0	10
Interferência da dor na habilidade para apreciar a vida em 24 horas	53	2,28	0,00	3,307	0	10

A Tabela 5.35 apresenta a distribuição da variável porcentagem da melhora da dor devido ao tratamento medicamentoso realizado pelas pacientes de acordo com o questionário BPI.

Tabela 5.35 – Distribuição da variável intensidade da melhora da dor (0 a 100%) proporcionada pelos tratamentos e/ou medicações em uso de acordo com o questionário BPI na amostra

Melhora da dor	N	Média (%)	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Intensidade da melhora da dor em 24 horas com medicações em uso	53	74,53	80,00	20,245	0	100

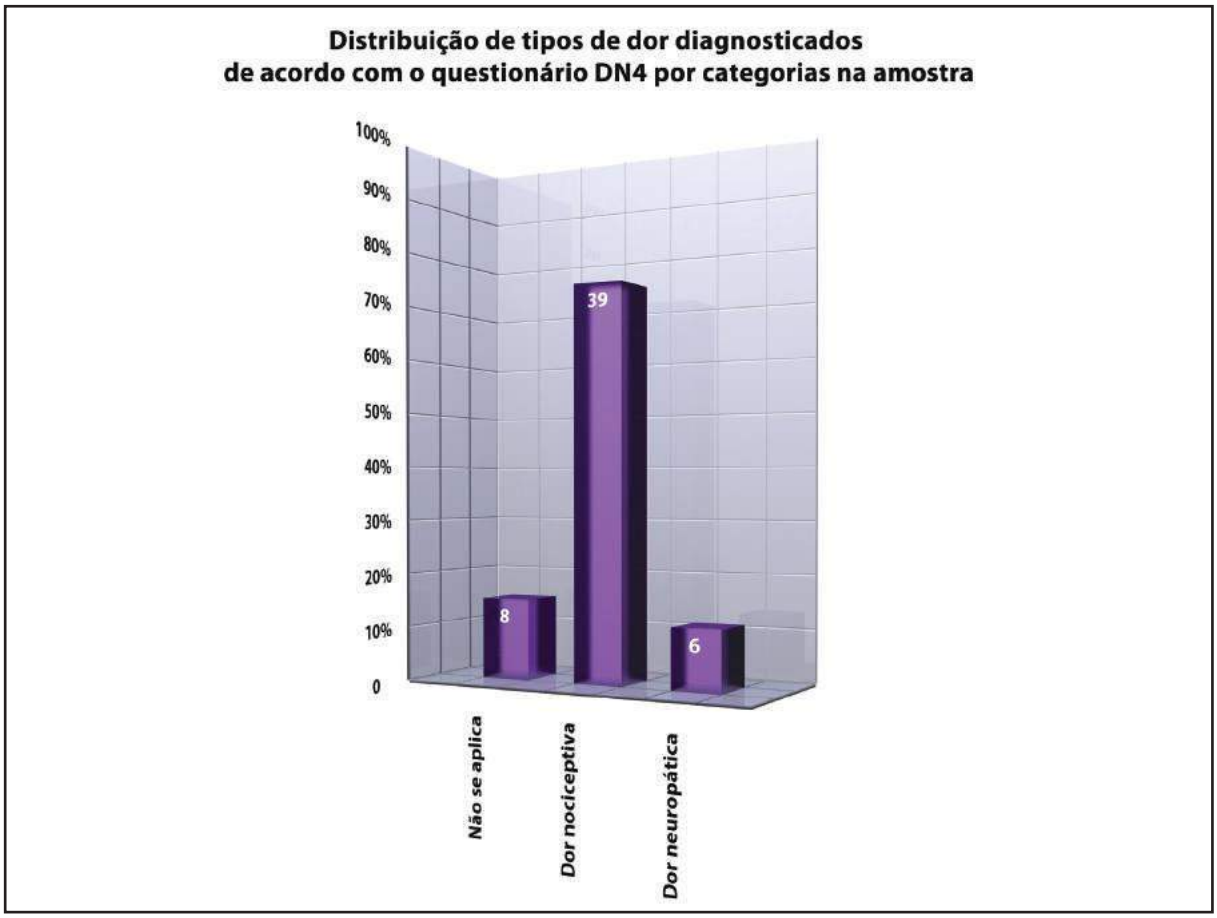
5.6 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO DN4

A Tabela 5.36 e o Gráfico 5.16 apresentam a distribuição da classificação dos tipos de dor diagnosticados nas pacientes de acordo com o questionário DN4.

Tabela 5.36 – Distribuição de tipos de dor diagnosticados de acordo com o questionário DN4 por categorias na amostra

Tipos de dor diagnosticados	N	%
Não se aplica	8	15,1
Dor nociceptiva	39	73,6
Dor neuropática	6	11,3
Total	53	100,0

Gráfico 5.16 - Distribuição de tipos de dor diagnosticados de acordo com o questionário DN4 por categorias na amostra



Fonte: a autora

A Tabela 5.37 apresenta a distribuição de dor neuropática por regiões do corpo das pacientes diagnosticadas de acordo com o questionário DN4.

Tabela 5.37 – Distribuição das regiões do corpo com presença de dor neuropática de acordo com o questionário DN4 na amostra

Dor neuropática por regiões	N	%
Não se aplica	47	88,7
Pernas e pés	2	3,7
Hemicorpo esquerdo	1	1,9
Orofacial	1	1,9
Mãos	1	1,9
Ombro esquerdo	1	1,9
Total	6	100,0

5.7 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO SF-36

A Tabela 5.38 apresenta a distribuição dos oito Domínios que avaliam a qualidade de vida de acordo com o questionário SF-36.

Tabela 5.38 – Distribuição dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental que compõem o questionário SF-36 na amostra

SF-36	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Capacidade Funcional	53	52,45	60,00	26,432	0	100
Domínio Aspectos Físicos	53	41,04	25,00	41,630	0	100
Domínio Dor	53	49,09	51,00	19,913	0	100
Domínio Estado Geral de Saúde	53	46,62	45,00	14,905	15	87
Domínio Vitalidade	53	43,77	40,00	22,890	5	95
Domínio Aspectos Sociais	53	60,57	50,00	28,911	13	100
Domínio Aspectos Emocionais	53	41,49	33,00	45,734	0	100
Domínio Saúde Mental	53	65,96	68,00	22,224	16	100

A Tabela 5.39 e os Gráficos 5.17 e 5.18 apresentam a distribuição dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental divididos por categorias que avaliam a qualidade de vida de acordo com o questionário SF-36.

Tabela 5.39 – Distribuição dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental de acordo com o questionário SF-36 por categorias na amostra

SF-36		N	%
Domínio Capacidade Funcional	Péssima	8	15,1
	Ruim	11	20,7
	Regular	11	20,7
	Boa	18	34,0
	Ótima	5	9,5
Total		53	100,0
Domínio Aspectos Físicos	Péssimo	21	39,6
	Ruim	8	15,1
	Regular	7	13,2
	Bom	3	5,7
	Ótimo	14	26,4
Total		53	100,0
Domínio Dor	Muito Forte	6	11,3
	Forte	8	15,1
	Moderada	22	41,5
	Fraca	14	26,4
	Muito Fraca	3	5,7
Total		53	100,0
Domínio Estado Geral de Saúde	Péssimo	2	3,8
	Ruim	16	30,2
	Regular	27	50,9
	Bom	7	13,2
	Ótimo	1	1,9
Total		53	100,0
Domínio Vitalidade	Péssima	12	22,6
	Ruim	16	30,2
	Regular	13	24,5
	Boa	9	17,0
	Ótima	3	5,7
Total		53	100,0
Domínio Aspectos Sociais	Péssimo	2	3,8
	Ruim	17	32,0
	Regular	8	15,1
	Bom	10	18,9
	Ótimo	16	30,2
Total		53	100,0

Continua

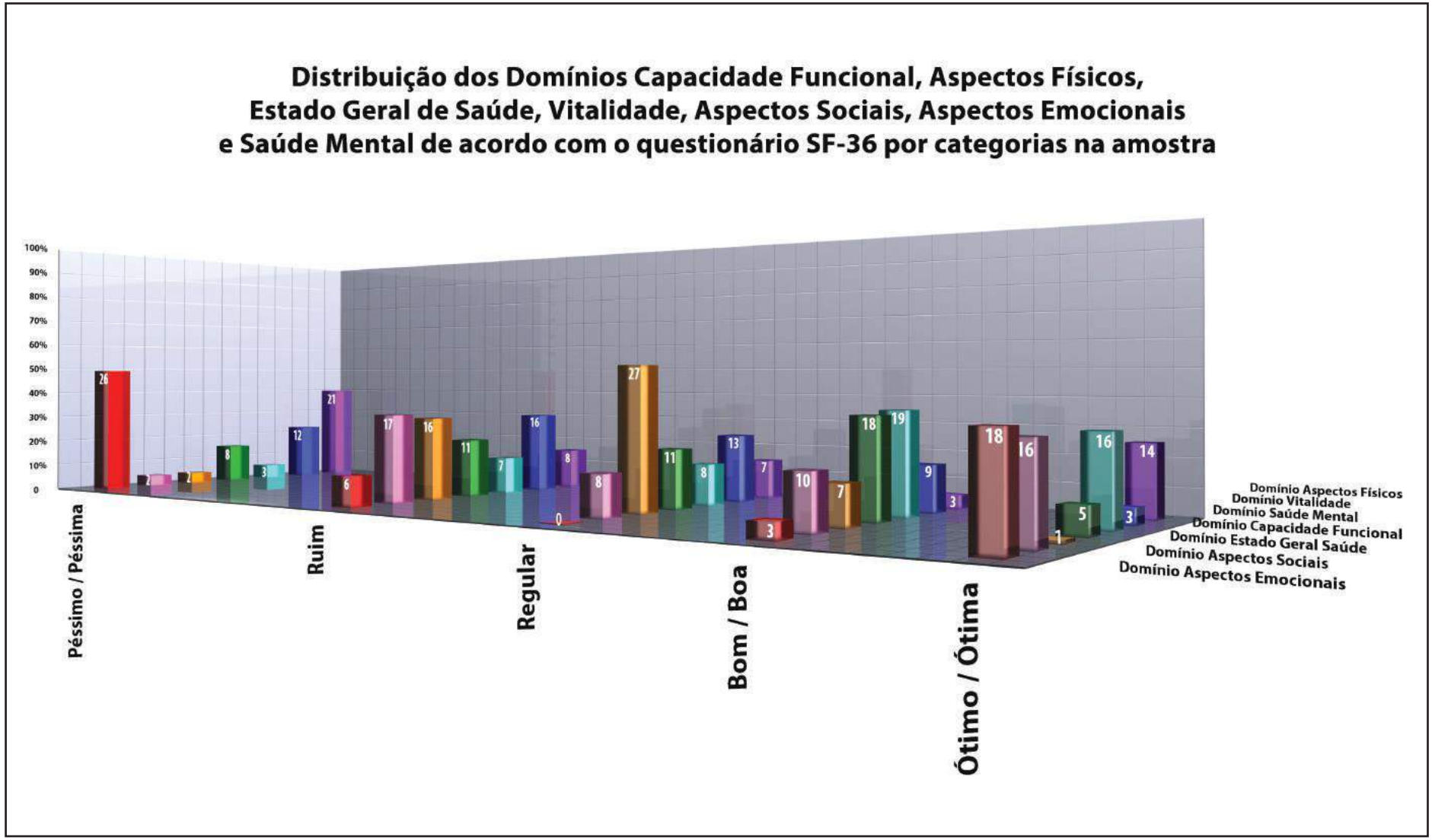
Conclusão

SF-36		N	%
Domínio Aspectos Emocionais	Péssimo	26	49,0
	Ruim	6	11,3
	Regular	0	0,0
	Bom	3	5,7
	Ótimo	18	34,0
Total		53	100,0
Domínio Saúde Mental	Péssima	3	5,7
	Ruim	7	13,2
	Regular	8	15,1
	Boa	19	35,8
	Ótima	16	30,2
Total		53	100,0

Gráfico 5.17 - Distribuição do Domínio Dor de acordo com o questionário SF-36 por categorias na amostra

Fonte: a autora

Gráfico 5.18 - Distribuição dos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental de acordo com o questionário SF-36 por categorias na amostra



Fonte: a autora

5.8 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO EADS-21

A Tabela 5.40 apresenta a distribuição dos três Domínios que avaliam comparativamente os níveis de estresse, ansiedade e depressão das pacientes entrevistadas de acordo com o questionário EADS-21.

Tabela 5.40 – Distribuição dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão que compõem o questionário EADS-21 na amostra

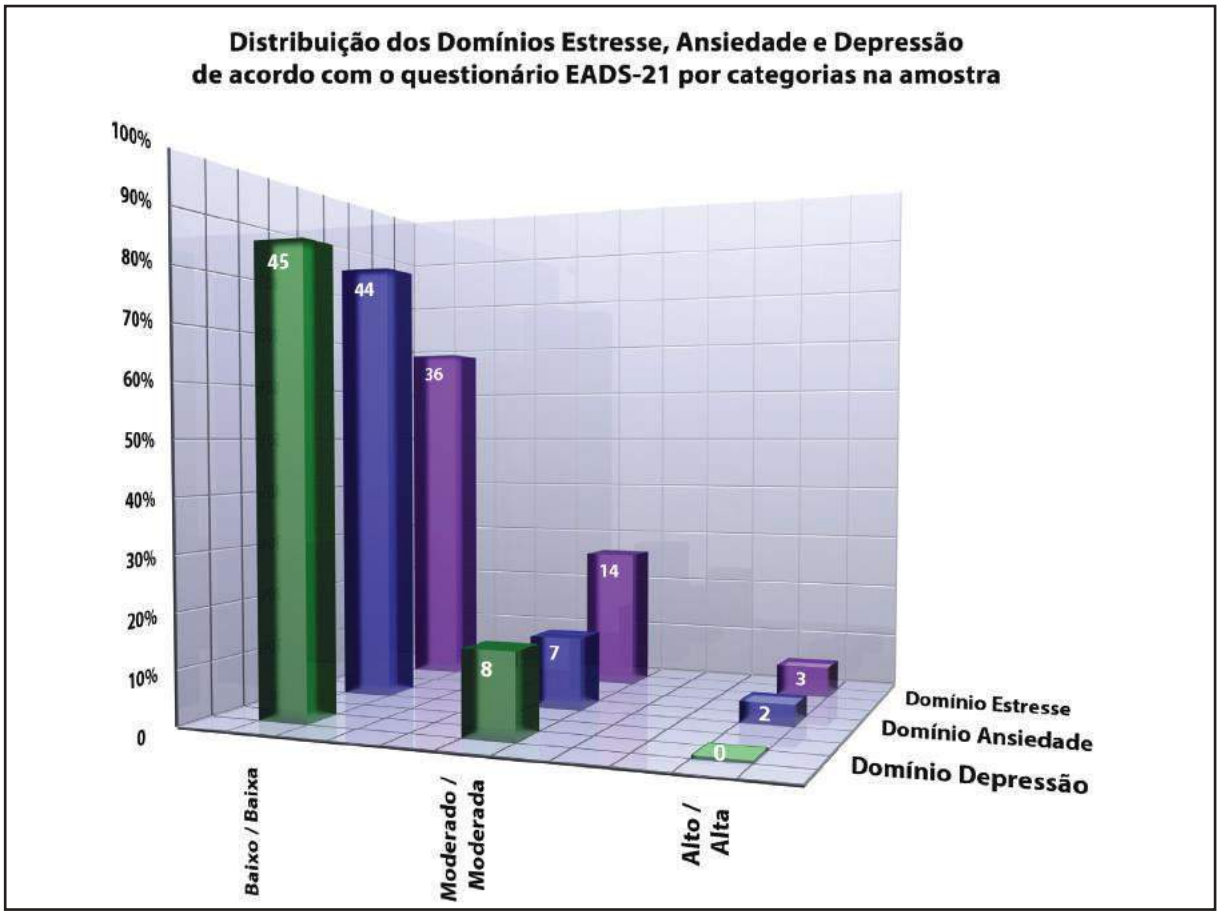
EADS-21	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Domínio Estresse	53	6,02	5,00	4,660	0	19
Domínio Ansiedade	53	4,51	3,00	3,389	0	16
Domínio Depressão	53	3,53	2,00	3,609	0	14

A Tabela 5.41 e o Gráfico 5.19 apresentam a distribuição dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão de acordo com o questionário EADS-21 divididos por categorias de intensidade dos sintomas relatados durante a entrevista das pacientes.

Tabela 5.41 – Distribuição dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão de acordo com o questionário EADS-21 por categorias na amostra

EADS-21		N	%
Domínio Estresse	Baixo	36	67,9
	Moderado	14	26,4
	Alto	3	5,7
Total		53	
Domínio Ansiedade	Baixa	44	83,0
	Moderada	7	13,2
	Alta	2	3,8
Total		53	100,0
Domínio Depressão	Baixa	45	84,9
	Moderada	8	15,1
	Alta	0	0,0
Total		53	100,0

Gráfico 5.19 - Distribuição dos Domínios Estresse, Ansiedade e Depressão de acordo com o questionário EADS-21 por categorias na amostra



Fonte: a autora

5.9 DADOS REFERENTES AO QUESTIONÁRIO EPCD

A Tabela 5.42 apresenta a distribuição do grau de catastrofização avaliado nas pacientes entrevistas de acordo com o questionário EPCD.

Tabela 5.42 – Distribuição da variável *Score* EPCD que avalia o grau de catastrofização na amostra

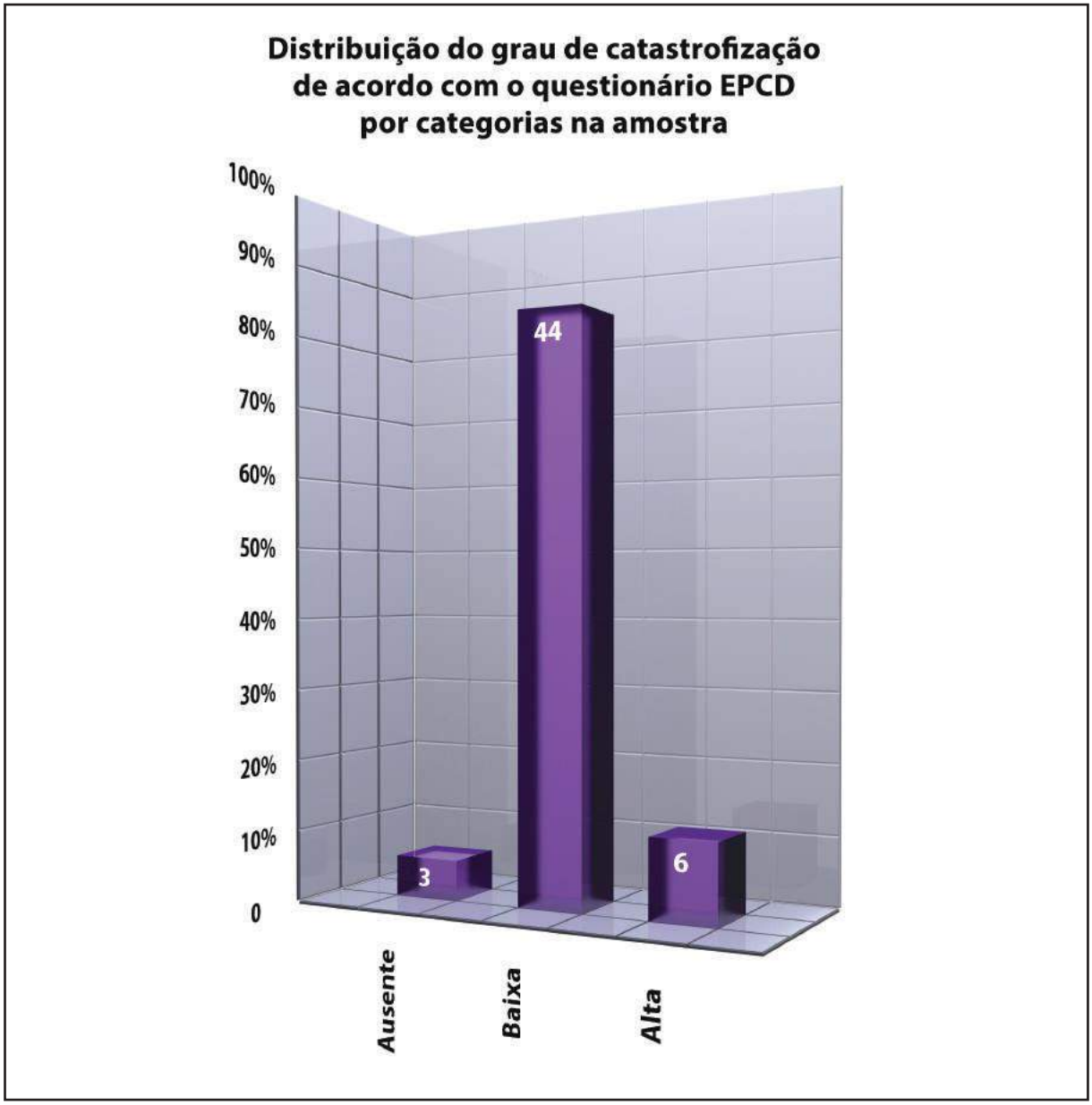
Catastrofização	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
***Score* EPCD**	53	1,26	1,00	1,029	0	4,3

A Tabela 5.43 e o Gráfico 5.20 apresentam a distribuição do grau de catastrofização dividido por categorias de acordo com o questionário EPCD.

Tabela 5.43 – Distribuição do grau de catastrofização de acordo com o questionário EPCD por categorias na amostra

***Score* EPCD**	**N**	**%**
Ausente	3	5,7
Baixa catastrofização	44	83,0
Alta catastrofização	6	11,3
Total	53	100,0

Gráfico 5.20 - Distribuição do grau de catastrofização de acordo com o questionário EPCD por categorias na amostra



Fonte: a autora

5.10 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO ESSDAI

Devido ao grande número de dados coletados, apenas as correlações significantes encontradas entre o *Score* ESSDAI e as variáveis dos demais questionários estão descritas a seguir.

A Tabela 5.44 evidencia a correlação encontrada entre o *Score* ESSDAI por categorias e o pensamento número nove "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD.

Tabela 5.44 – Correlação entre o *Score* ESSDAI por categorias e o pensamento número nove "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD

	***Score* ESSDAI (categorias)**	**N**	**Média**	**p-valor**
Essa dor está me deixando maluco	Sem atividade	13	20,19	0,025
	Baixa atividade	27	26,61	
	Moderada atividade	13	34,62	
	Alta atividade	0	0,00	
Total		53		

*Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis *Score* ESSDAI por categorias e pensamento número nove "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD é demonstrada na Tabela 5.45.

Tabela 5.45 – Intensidade da correlação entre o *Score* ESSDAI por categorias e o pensamento número nove "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD

		Essa dor está me deixando maluco	***Score* ESSDAI (categorias)**
Essa dor está me deixando maluco	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,375
	p-valor	.	0,006
	N	53	53
***Score* ESSDAI (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	0,375	1,000
	p-valor	0,006	.
	N	53	53

*Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A

pontuação atribuída ao pensamento "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD foi maior conforme o aumento das categorias do *Score* ESSDAI. De fato, numa escala de 0 a 5 pontos, as médias deste pensamento específico nas categorias sem atividade, com baixa atividade e com moderada atividade da doença SS foram de 0,54, 1,48 e 2,42 pontos respectivamente.

A Tabela 5.46 evidencia a correlação encontrada entre o uso de colírio e o *Score* ESSDAI por categorias.

Tabela 5.46 – Correlação entre o uso de colírio e o *Score* ESSDAI por categorias

	Colírio	**N**	**Média**	**p-valor**
***Score* ESSDAI (categorias)**	Não	9	35,89	0,038
	Sim	44	25,18	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de colírio e *Score* ESSDAI por categorias é demonstrada na Tabela 5.47.

Tabela 5.47 – Intensidade da correlação entre o uso de colírio e o *Score* ESSDAI por categorias

		Colírio	***Score* ESSDAI (categorias)**
Colírio	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,287
	p-valor	.	0,37
	N	53	53
***Score* ESSDAI (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	-0,287	1,000
	p-valor	0,37	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de colírio se mostrou menos frequente conforme o aumento das categorias do *Score* ESSDAI. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com colírio nas categorias sem atividade, com baixa atividade e com moderada atividade da doença SS foram de 92,3%, 88,9% e 61,5% respectivamente.

A Tabela 5.48 evidencia a correlação encontrada entre o uso de saliva artificial e o *Score* ESSDAI por categorias.

Tabela 5.48 – Correlação entre o uso de saliva artificial e o *Score* ESSDAI por categorias

	Saliva artificial	N	Média	p-valor
***Score* ESSDAI (categorias)**	Não	34	29,94	0,043
	Sim	19	21,74	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de saliva artificial e *Score* ESSDAI por categorias é demonstrada na Tabela 5.49.

Tabela 5.49 – Intensidade da correlação entre o uso de saliva artificial e o *Score* ESSDAI por categorias

		***Score* ESSDAI (categorias)**	**Saliva artificial**
***Score* ESSDAI (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,281
	p-valor	.	0,42
	N	53	53
Saliva artificial	**Coeficiente de correlação**	-0,281	1,000
	p-valor	0,42	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de saliva artificial se mostrou menos frequente conforme o aumento das categorias do *Score* ESSDAI, exceto para a comparação entre os grupos baixa atividade versus sem atividade. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com saliva artificial nas categorias sem atividade, com baixa atividade e com moderada atividade da doença SS foram de 38,5%, 51,9% e 0% respectivamente.

A Tabela 5.50 evidencia a correlação encontrada entre o uso de prednisona e o *Score* ESSDAI por categorias.

Tabela 5.50 – Correlação entre o uso de prednisona e o *Score* ESSDAI por categorias

	Prednisona	N	Média	p-valor
***Score* ESSDAI (categorias)**	Não	40	24,50	0,024
	Sim	13	34,69	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de prednisona e *Score* ESSDAI por categorias é demonstrada na Tabela 5.51.

Tabela 5.51 – Intensidade da correlação entre o uso de prednisona e o *Score* ESSDAI por categorias

		***Score* ESSDAI (categorias)**	**Prednisona**
***Score* ESSDAI (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,313
	p-valor	.	
	N	53	53
Prednisona	**Coeficiente de correlação**	0,313	1,000
	p-valor	0,022	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de prednisona se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do *Score* ESSDAI, exceto para a comparação entre os grupos baixa atividade versus sem atividade. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com prednisona nas categorias sem atividade, com baixa atividade e com moderada atividade da doença SS foram de 15,4%, 14,8% e 53,8% respectivamente.

5.11 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO ESSPRI

Devido ao grande número de dados coletados, apenas as correlações significantes encontradas entre o questionário ESSPRI e as variáveis dos demais questionários estão descritas a seguir.

A Tabela 5.52 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e os Domínios Dor do SF-36 por categorias e Ansiedade do EADS-21.

Tabela 5.52 – Correlação entre o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e os Domínios Dor do SF-36 por categorias e Ansiedade do EADS-21

	Domínio Secura ESSPRI (categorias)	N	Média	p-valor
Domínio Dor SF-36 (categorias)	Leve	8	38,88	0,008
	Moderada	12	31,75	
	Intensa	33	22,39	
Total		53		
Domínio Ansiedade EADS-21	Leve	8	17,25	0,031
	Moderada	12	22,13	
	Intensa	33	31,14	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Secura do ESSPRI por categorias e Domínio Dor do SF-36 por categorias é demonstrada na Tabela 5.53.

Tabela 5.53 – Intensidade da correlação entre o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e o Domínio Dor do SF-36 por categorias

		Domínio Secura ESSPRI (categorias)	Domínio Dor SF-36 (categorias)
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,429
	p-valor	.	0,001
	N	53	53
Domínio Dor SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	-0,429	1,000
	p-valor	0,001	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Dor do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 10 pontos, as médias de secura nas categorias de dor muito forte, forte, moderada, fraca e muito fraca foram de 8,8, 8,0, 6,5, 5,6 e 3,3 pontos respectivamente. A análise inversa também é verdadeira, pois numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de dor nas categorias de secura leve, moderada e intensa foram de 67,4, 53,9 e 42,9 pontos respectivamente. A maior média de dor (67,4 pontos) ocorreu na menor categoria de secura (leve) e a menor média de dor (42,9 pontos)

ocorreu na maior categoria de secura (intensa). A maior média de secura (8,8 pontos) ocorreu na menor categoria de dor (muito forte) e a menor média de secura (3,3 pontos) ocorreu na maior categoria de dor (muito fraca). Quanto maior a categoria do Domínio Secura do ESSPRI, menor a categoria do Domínio Dor do SF-36, o que significa maior intensidade da dor.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Secura do ESSPRI por categorias e Domínio Ansiedade do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.54.

Tabela 5.54 – Intensidade da correlação entre o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21

		Domínio Secura ESSPRI (categorias)	**Domínio Ansiedade EADS-21**
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,365
	p-valor	.	0,007
	N	53	53
Domínio Ansiedade EADS-21	**Coeficiente de correlação**	0,365	1,000
	p-valor	0,007	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Ansiedade do EADS-21 foi maior conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de ansiedade nas categorias de secura leve, moderada e intensa foram de 2,8, 3,3 e 5,4 pontos respectivamente.

A Tabela 5.55 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e os Domínios Capacidade Funcional do SF-36, Aspectos Físicos do SF-36, Vitalidade do SF-36, o pensamento número três "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD e o *Score* EPCD por categorias.

Tabela 5.55 – Correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e os Domínios Capacidade Funcional do SF-36, Aspectos Físicos do SF-36, Vitalidade do SF-36, o pensamento número três "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD e o *Score* EPCD por categorias

	Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	N	Média	p-valor
Domínio Capacidade Funcional SF-36	Leve	10	37,50	0,033
	Moderada	16	27,78	
	Intensa	27	22,65	
Total		53		
Domínio Aspectos Físicos SF-36	Leve	10	39,40	0,004
	Moderada	16	28,53	
	Intensa	27	21,50	
Total		53		
Domínio Vitalidade SF-36	Leve	10	40,50	0,000
	Moderada	16	31,22	
	Intensa	27	19,50	
Total		53		
Preciso tomar remédios para dor	Leve	10	18,25	0,027
	Moderada	16	25,75	
	Intensa	27	30,98	
Total		53		
Score EPCD (categorias)	Leve	10	20,95	0,038
	Moderada	16	25,50	
	Intensa	27	30,13	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e Domínio Capacidade Funcional do SF-36 é demonstrada na Tabela 5.56.

Tabela 5.56 – Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o Domínio Capacidade Funcional do SF-36

		Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	Domínio Capacidade Funcional SF-36
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,344
	p-valor	.	0,012
	N	53	53
Domínio Capacidade Funcional SF-36	**Coeficiente de correlação**	-0,344	1,000
	p-valor	0,012	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Capacidade Funcional do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de capacidade funcional nas categorias de fadiga leve, moderada e intensa foram de 69,0, 54,7 e 45,0 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e Domínio Aspectos Físicos do SF-36 é demonstrada na Tabela 5.57.

Tabela 5.57 – Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o Domínio Aspectos Físicos do SF-36

		Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Domínio Aspectos Físicos SF-36**
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,444
	p-valor	.	0,001
	N	53	53
Domínio Aspectos Físicos SF-36	**Coeficiente de correlação**	-0,444	1,000
	p-valor	0,001	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Aspectos Físicos do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de aspectos físicos nas categorias de fadiga leve, moderada e intensa foram de 80,0, 42,2 e 25,9 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e Domínio Vitalidade do SF-36 é demonstrada na Tabela 5.58.

Tabela 5.58 – Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o Domínio Vitalidade do SF-36

		Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	Domínio Vitalidade SF-36
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,541
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Vitalidade SF-36	**Coeficiente de correlação**	-0,541	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Vitalidade do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de vitalidade nas categorias de fadiga leve, moderada e intensa foram de 65,5, 49,7 e 32,2 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e pensamento número três "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD é demonstrada na Tabela 5.59.

Tabela 5.59 – Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o pensamento número três "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD

		Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	Preciso tomar remédios para dor
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,363
	p-valor	.	0,008
	N	53	53
Preciso tomar remédios para dor	**Coeficiente de correlação**	0,363	1,000
	p-valor	0,008	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao pensamento "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD foi maior conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 5 pontos, as médias deste pensamento específico nas categorias de fadiga leve, moderada e intensa foram de 2,1, 3,5 e 4,4 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e *Score* EPCD por categorias é demonstrada na Tabela 5.60.

Tabela 5.60 – Intensidade da correlação entre o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias e o *Score* EPCD por categorias

		Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	***Score* EPCD (categorias)**
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,352
	p-valor	.	0,010
	N	53	53
***Score* EPCD (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	0,352	1,000
	p-valor	0,010	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao *Score* EPCD foi maior conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 5 pontos, as médias de catastrofização nas categorias de fadiga leve, moderada e intensa foram de 0,5, 1,1 e 1,6 pontos respectivamente. A análise inversa também é verdadeira, pois numa escala de 0 a 10 pontos, as médias de fadiga nas categorias ausente, baixa catastrofização e alta catastrofização foram de 1,0, 6,1 e 7,5 pontos respectivamente. A maior média de catastrofização (1,6 pontos) ocorreu na maior categoria de fadiga (intensa) e a menor média de catastrofização (0,5 pontos) ocorreu na menor categoria de fadiga (leve). A maior média de fadiga (7,5 pontos) ocorreu na maior categoria de catastrofização (alta) e a menor média de fadiga (1,0 pontos) ocorreu na menor categoria de catastrofização (ausente). Quanto maior a categoria do Domínio Fadiga do ESSPRI, maior a categoria do *Score* ESSPRI.

A Tabela 5.61 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Dor do ESSPRI por categorias e o Domínio Aspectos Físicos do SF-36.

Tabela 5.61 – Correlação entre o Domínio Dor do ESSPRI por categorias e o Domínio Aspectos Físicos do SF-36

	Domínio Dor ESSPRI (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Aspectos Físicos SF-36	Leve	15	35,53	0,005
	Moderada	14	29,50	
	Intensa	24	20,21	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Dor do ESSPRI por categorias e Domínio Aspectos Físicos do SF-36 é demonstrada na Tabela 5.62.

Tabela 5.62 – Intensidade da correlação entre o Domínio Dor do ESSPRI por categorias e o Domínio Aspectos Físicos do SF-36

		Domínio Dor ESSPRI (categorias)	**Domínio Aspectos Físicos SF-36**
Domínio Dor ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,449
	p-valor	.	0,001
	N	53	53
Domínio Aspectos Físicos SF-36	**Coeficiente de correlação**	-0,449	1,000
	p-valor	0,001	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Aspectos Físicos do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Dor do ESSPRI. De fato, numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de aspectos físicos nas categorias de dor leve, moderada e intensa foram de 65,0, 46,4 e 22,9 pontos respectivamente.

A Tabela 5.63 evidencia a correlação encontrada entre o *Score* ESSPRI por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21.

Tabela 5.63 – Correlação entre o *Score* ESSPRI por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21

	***Score* ESSPRI (categorias)**	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Ansiedade EADS-21	Baixo	4	23,00	0,017
	Moderado	13	16,85	
	Alto	24	28,88	
	Muito alto	12	35,58	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis *Score* ESSPRI por categorias e Domínio Ansiedade do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.64.

Tabela 5.64 – Intensidade da correlação entre o *Score* ESSPRI por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21

		***Score* ESSPRI (categorias)**	**Domínio Ansiedade EADS-21**
***Score* ESSPRI (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,412
	p-valor	.	0,002
	N	53	53
Domínio Ansiedade EADS-21	**Coeficiente de correlação**	0,412	1,000
	p-valor	0,002	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Ansiedade do EADS-21 foi maior conforme o aumento das categorias do *Score* ESSPRI, exceto para a comparação entre os grupos moderado versus baixo. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de ansiedade nas categorias *Score* ESSPRI baixo, moderado, alto e muito alto foram de 4,0, 2,4, 4,9 e 6,3 pontos respectivamente.

A Tabela 5.65 evidencia a correlação encontrada entre o uso de relaxantes musculares e os Domínios Secura do ESSPRI por categorias, Fadiga do ESSPRI por categorias, Dor do ESSPRI por categorias e o *Score* ESSPRI por categorias.

Tabela 5.65 – Correlação entre o uso de relaxantes musculares e os Domínios Secura, Fadiga e Dor do ESSPRI por categorias e o *Score* ESSPRI por categorias

	Relaxantes musculares	N	Média	p-valor
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	Não	35	24,07	0,026
	Sim	18	32,69	
Total		53		
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	Não	35	21,91	0,000
	Sim	18	36,89	
Total		53		
Domínio Dor ESSPRI (categorias)	Não	35	22,67	0,002
	Sim	18	35,42	
Total		53		
***Score* ESSPRI (categorias)**	Não	35	21,86	0,000
	Sim	18	37,00	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de relaxantes musculares e Domínio Secura do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.66.

Tabela 5.66 – Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias

		Domínio Secura ESSPRI (categorias)	Relaxantes musculares
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,310
	p-valor	.	0,024
	N	53	53
Relaxantes musculares	**Coeficiente de correlação**	0,310	1,000
	p-valor	0,024	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de relaxantes musculares se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com relaxantes musculares nas categorias de secura leve, moderada e intensa foram de 12,5%, 16,7% e 45,5% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de relaxantes musculares e Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.67.

Tabela 5.67 – Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias

		Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	Relaxantes musculares
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,508
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Relaxantes musculares	**Coeficiente de correlação**	0,508	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de relaxantes musculares se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI, exceto para a comparação entre os grupos moderada versus leve. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com relaxantes musculares nas categorias de fadiga leve, moderada e intensa foram de 10,0%, 6,3% e 59,3% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de relaxantes musculares e Domínio Dor do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.68.

Tabela 5.68 – Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias

		Domínio Dor ESSPRI (categorias)	Relaxantes musculares
Domínio Dor ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,424
	p-valor	.	0,002
	N	53	53
Relaxantes musculares	**Coeficiente de correlação**	0,424	1,000
	p-valor	0,002	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de relaxantes musculares se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Dor do ESSPRI. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com relaxantes musculares nas categorias de dor leve, moderada e intensa foram de 6,7%, 28,6% e 54,2% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de relaxantes musculares e *Score* ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.69.

Tabela 5.69 – Intensidade da correlação entre o uso de relaxantes musculares e o *Score* ESSPRI por categorias

		Relaxantes musculares	***Score* ESSPRI (categorias)**
Relaxantes musculares	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,500
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
***Score* ESSPRI (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	0,500	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de relaxantes musculares se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do *Score* ESSPRI, exceto para a comparação entre os grupos moderado versus baixo. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com relaxantes musculares nas categorias *Score* ESSPRI baixo, moderado, alto e muito alto foram de 25,0%, 0,0%, 33,3% e 75,0% respectivamente.

A Tabela 5.70 evidencia a correlação encontrada entre o uso de AINES e os Domínios Fadiga do ESSPRI por categorias e Dor do ESSPRI por categorias.

Tabela 5.70 – Correlação entre o uso de AINES e os Domínios Fadiga e Dor do ESSPRI por categorias

	AINES	N	Média	p-valor
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	Não	42	24,93	0,037
	Sim	11	34,91	
Total		53		
Domínio Dor ESSPRI (categorias)	Não	42	24,56	0,016
	Sim	11	36,32	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de AINES e Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.71.

Tabela 5.71 – Intensidade da correlação entre o uso de AINES e o Domínio Fadiga do ESSPRI por categorias

		AINES	Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)
AINES	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,290
	p-valor	.	0,035
	N	53	53
Domínio Fadiga ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	0,290	1,000
	p-valor	0,035	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de AINES se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI, exceto para a comparação entre os grupos moderada versus leve. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com AINES nas categorias de fadiga leve, moderada e intensa foram de 10,0%, 6,3% e 33,3% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de AINES e Domínio Dor do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.72.

Tabela 5.72 – Intensidade da correlação entre o uso de AINES e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias

		AINES	Domínio Dor ESSPRI (categorias)
AINES	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,335
	p-valor	.	0,014
	N	53	53
Domínio Dor ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	0,335	1,000
	p-valor	0,014	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de AINES se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Dor do ESSPRI. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com AINES nas categorias de dor leve, moderada e intensa foram de 0,0%, 21,4% e 33,3% respectivamente.

A Tabela 5.73 evidencia a correlação encontrada entre o uso de antidepressivos e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e o *Score* ESSPRI por categorias.

Tabela 5.73 – Correlação entre o uso de antidepressivos e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias e o *Score* ESSPRI por categorias

	Antidepressivos	N	Média	p-valor
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	Não	31	23,13	0,012
	Sim	22	32,45	
Total		53		
***Score* ESSPRI (categorias)**	Não	31	22,05	0,003
	Sim	22	33,98	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de antidepressivos e Domínio Secura do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.74.

Tabela 5.74 – Intensidade da correlação entre o uso de antidepressivos e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias

		Antidepressivos	Domínio Secura ESSPRI (categorias)
Antidepressivos	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,348
	p-valor	.	0,011
	N	53	53
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	0,348	1,000
	p-valor	0,011	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de antidepressivos se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com antidepressivos nas categorias de secura leve, moderada e intensa foram de 12,5%, 25,0% e 54,5% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de antidepressivos e *Score* ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.75.

Tabela 5.75 – Intensidade da correlação entre o uso de antidepressivos e o *Score* ESSPRI por categorias

		Antidepressivos	*Score* ESSPRI (categorias)
Antidepressivos	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,409
	p-valor	.	0,002
	N	53	53
***Score* ESSPRI (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	0,409	1,000
	p-valor	0,002	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de antidepressivos se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do *Score* ESSPRI, exceto para a comparação entre os grupos moderado versus baixo. De fato, as porcentagens de pacientes que medicadas com antidepressivos nas categorias *Score* ESSPRI baixo, moderado, alto e muito alto foram de 25,0%, 7,7%, 50,0% e 66,7% respectivamente.

A Tabela 5.76 evidencia a correlação encontrada entre o uso de saliva artificial e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias.

Tabela 5.76 – Correlação entre o uso de saliva artificial e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias

	Saliva artificial	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	Não	34	23,40	0,008
	Sim	19	33,45	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de saliva artificial e Domínio Secura do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.77.

Tabela 5.77 – Intensidade da correlação entre o uso de saliva artificial e o Domínio Secura do ESSPRI por categorias

		Saliva artificial	**Domínio Secura ESSPRI (categorias)**
Saliva artificial	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,365
	p-valor	.	0,007
	N	53	53
Domínio Secura ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	0,365	1,000
	p-valor	0,007	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de saliva artificial se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com saliva artificial nas categorias de secura leve, moderada e intensa foram de 0,0%, 25,0% e 48,5% respectivamente.

A Tabela 5.78 evidencia a correlação encontrada entre o uso de analgésicos simples e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias.

Tabela 5.78 – Correlação entre o uso de analgésicos simples e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias

	Analgésicos simples	N	Média	p-valor
Domínio Dor ESSPRI (categorias)	Não	19	20,97	0,033
	Sim	34	30,37	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de analgésicos simples e Domínio Dor do ESSPRI por categorias é demonstrada na Tabela 5.79.

Tabela 5.79 – Intensidade da correlação entre o uso de analgésicos simples e o Domínio Dor do ESSPRI por categorias

		Analgésicos simples	Domínio Dor ESSPRI (categorias)
Analgésicos simples	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,296
	p-valor	.	0,031
	N	53	53
Domínio Dor ESSPRI (categorias)	**Coeficiente de correlação**	0,296	1,000
	p-valor	0,031	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de analgésicos simples se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI, exceto para a comparação entre os grupos intensa versus moderada. De fato, as porcentagens de pacientes medicadas com analgésicos simples nas categorias de dor leve, moderada e intensa foram de 40,0%, 78,6% e 70,8% respectivamente.

5.12 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO RDC/TMD

Devido ao grande número de dados coletados, apenas as correlações significantes encontradas entre o questionário RDC/TMD e as variáveis dos demais questionários estão descritas a seguir.

A Tabela 5.80 evidencia a correlação encontrada entre o histórico de parotidite prévia e a presença de dor à palpação dos músculos masseter superior, médio e inferior dos lados direito e esquerdo.

Tabela 5.80 – Correlação entre o histórico de parotidite prévia e a presença de dor à palpação dos músculos masseter superior, médio e inferior dos lados direito e esquerdo

	Parotidite prévia	N	Média	p-valor
Músculo Masseter Superior Direito	Não	13	25,77	0,708
	Sim	40	27,40	
Total		53		
Músculo Masseter Médio Direito	Não	13	23,31	0,296
	Sim	40	28,20	
Total		53		
Músculo Masseter Inferior Direito	Não	13	18,73	0,018
	Sim	40	29,69	
Total		53		
Músculo Masseter Superior Esquerdo	Não	13	24,77	0,512
	Sim	40	27,73	
Total		53		
Músculo Masseter Médio Esquerdo	Não	13	24,08	0,402
	Sim	40	27,95	
Total		53		
Músculo Masseter Inferior Direito	Não	13	19,31	0,025
	Sim	40	29,50	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre histórico de parotidite prévia e presença de dor à palpação do músculo masseter inferior direito é demonstrada na Tabela 5.81.

Tabela 5.81 – Intensidade da correlação entre o histórico de parotidite prévia e a presença de dor à palpação do músculo masseter inferior direito

		Parotidite prévia	Músculo Masseter Inferior Direito
Parotidite prévia	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,327
	p-valor	.	0,017
	N	53	53
Músculo Masseter Inferior Direito	**Coeficiente de correlação**	0,327	1,000
	p-valor	0,017	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída à dor durante a palpação do músculo masseter inferior direito se mostrou maior nas pacientes com histórico de parotidite prévia. De fato, numa escala de 0 a 3 pontos, a média de intensidade de dor à palpação neste músculo nas pacientes com histórico de parotidite prévia foi de 1,2 pontos, enquanto as pacientes que nunca tiveram parotidite alcançaram média de 0,5 pontos. O histórico de parotidite prévia esteve presente em 52,6% das pacientes que não apresentaram dor à palpação, em 92,3% das que pontuaram dor leve, em 85,0% das que pontuaram dor moderada e 100% das que pontuaram dor severa, de acordo com o questionário RDC/TMD.

A intensidade da correlação entre as variáveis histórico de parotidite prévia e presença de dor à palpação do músculo masseter inferior esquerdo é demonstrada na Tabela 5.82.

Tabela 5.82 – Intensidade da correlação entre o histórico de parotidite prévia e a presença de dor à palpação do músculo masseter inferior esquerdo

		Parotidite prévia	Músculo Masseter Inferior Esquerdo
Parotidite prévia	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,311
	p-valor	.	0,023
	N	53	53
Músculo Masseter Inferior Esquerdo	**Coeficiente de correlação**	0,311	1,000
	p-valor	0,023	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída à dor durante a palpação do músculo masseter inferior esquerdo se mostrou maior nas pacientes com histórico de parotidite prévia. De fato, numa escala de 0 a 3 pontos, a média de intensidade de dor à palpação neste músculo nas pacientes com histórico de parotidite prévia foi de 1,5 pontos, enquanto as pacientes que nunca tiveram parotidite alcançaram média de 0,8 pontos. O histórico de parotidite prévia esteve presente em 45,5% das pacientes que não apresentaram dor à palpação, em 80,0% das que pontuaram dor leve, em 84,6% das que pontuaram dor moderada e 100% das que pontuaram dor severa, de acordo com o questionário RDC/TMD.

A Tabela 5.83 evidencia a correlação encontrada entre o relato de bruxismo noturno e o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias.

Tabela 5.83 – Correlação entre o relato de bruxismo noturno e o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias

	Bruxismo noturno	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Estresse EADS-21 (categorias)	Ausente	29	23,67	0,035
	Presente	24	31,02	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis relato de bruxismo noturno e Domínio Estresse do EADS-21 por categorias é demonstrada na Tabela 5.84.

Tabela 5.84 – Intensidade da correlação entre o relato de bruxismo noturno e o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias

		Bruxismo noturno	**Domínio Estresse EADS-21 (categorias)**
Bruxismo noturno	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,293
	p-valor	.	0,034
	N	53	53
Domínio Estresse EADS-21 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	0,293	1,000
	p-valor	0,034	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O relato de bruxismo noturno se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Estresse do EADS-21. De fato, as porcentagens de pacientes que referiram bruxismo noturno nas categorias de estresse baixo, moderado e alto foram de 36,1%, 57,1% e 100% respectivamente.

A Tabela 5.85 evidencia a correlação encontrada entre o relato de apertamento diurno e as afirmações número dois "Senti minha boca seca", número onze "Dei por mim agitado" e número dezenove "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21, o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e o uso de antidepressivos.

Tabela 5.85 – Correlação entre o relato de apertamento diurno e as afirmações número dois "Senti minha boca seca", número onze "Dei por mim agitado" e número dezenove "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21, o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e o uso de antidepressivos

	Apertamento diurno	**N**	**Média**	**p-valor**
Senti minha boca seca	Ausente	21	20,60	0,004
	Presente	32	31,20	
Total		53		
Dei por mim agitado	Ausente	21	21,33	0,022
	Presente	32	30,72	
Total		53		
Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos	Ausente	21	20,86	0,006
	Presente	32	31,03	
Total		53		
Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	Ausente	21	33,02	0,017
	Presente	32	23,05	
Total		53		
Antidepressivos	Ausente	21	22,31	0,036
	Presente	32	30,08	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis relato de apertamento diurno e afirmação número dois "Senti minha boca seca" do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.86.

Tabela 5.86 – Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e a afirmação número dois "Senti minha boca seca" do EADS-21

		Apertamento diurno	Senti minha boca seca
Apertamento diurno	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,397
	p-valor	.	0,003
	N	53	53
Senti minha boca seca	**Coeficiente de correlação**	0,397	1,000
	p-valor	0,003	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O relato de apertamento diurno se mostrou mais frequente conforme o aumento da pontuação atribuída à afirmação "Senti minha boca seca" do EADS-21. De fato, numa escala de 0 a 3 pontos, as porcentagens de pacientes que referiram apertamento diurno e responderam à afirmação com 0, 1, 2 e 3 pontos foram de 16,7%, 37,5%, 60,0% e 73,5% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis relato de apertamento diurno e afirmação número onze "Dei por mim agitado" do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.87.

Tabela 5.87 – Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e a afirmação número onze "Dei por mim agitado" do EADS-21

		Apertamento diurno	Dei por mim agitado
Apertamento diurno	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,317
	p-valor	.	0,021
	N	53	53
Dei por mim agitado	**Coeficiente de correlação**	0,317	1,000
	p-valor	0,021	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O relato de apertamento diurno se mostrou mais frequente conforme o aumento da pontuação atribuída à afirmação "Dei por mim agitado" do EADS-21, exceto para a comparação entre as respostas 1 e 0. De fato, numa escala de 0 a 3 pontos, as porcentagens de pacientes que referiram apertamento diurno e responderam à afirmação com 0, 1, 2 e 3 pontos foram de 50%, 47,6%, 87,5% e 100% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis relato de apertamento diurno e afirmação número dezenove "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.88.

Tabela 5.88 – Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e a afirmação número dezenove "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21

		Apertamento diurno	**Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos**
Apertamento diurno	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,383
	p-valor	.	0,005
	N	53	53
Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos	**Coeficiente de correlação**	0,383	1,000
	p-valor	0,005	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O relato de apertamento diurno se mostrou mais frequente conforme o aumento da pontuação atribuída à afirmação "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21. De fato, numa escala de 0 a 3 pontos, as porcentagens de pacientes que referiram apertamento diurno e responderam à afirmação com 0, 1, 2 e 3 pontos foram de 47,1%, 76,9%, 100% e 100% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis relato de apertamento diurno e Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias é demonstrada na Tabela 5.89.

Tabela 5.89 – Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias

		Apertamento diurno	Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)
Apertamento diurno	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,332
	p-valor	.	0,015
	N	53	53
Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	-0,332	1,000
	p-valor	0,015	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. O relato de apertamento diurno se mostrou menos frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Saúde Mental do SF-36, exceto para a comparação entre os grupos regular versus ruim. De fato, as porcentagens de pacientes que referiram apertamento diurno nas categorias de saúde mental péssima, ruim, regular, boa e ótima foram de 100%, 85,7%, 87,5%, 42,1% e 50% respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis relato de apertamento diurno e uso de antidepressivos é demonstrada na Tabela 5.90.

Tabela 5.90 – Intensidade da correlação entre o relato de apertamento diurno e o uso de antidepressivos

		Apertamento diurno	Antidepressivos
Apertamento diurno	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,291
	p-valor	.	0,035
	N	53	53
Antidepressivos	**Coeficiente de correlação**	0,291	1,000
	p-valor	0,035	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O relato de apertamento diurno se mostrou mais frequente quando associado ao uso de antidepressivos. De fato, a porcentagem de apertamento diurno referido pelas pacientes que não faziam uso de antidepressivos foi de 48,5%, enquanto no grupo de pacientes medicadas com antidepressivos o relato de apertamento diurno foi de 77,3%.

A Tabela 5.91 evidencia a correlação encontrada entre as questões número vinte e um "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral" e número vinte e dois "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde da boca" do RDC.

Tabela 5.91 – Correlação entre as questões número vinte e um "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral" e número vinte e dois "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde da boca" do RDC/TMD

	Cuidados com a saúde da boca	**N**	**Média**	**p-valor**
Cuidados com a saúde em geral	Excelente	7	8,21	0,000
	Muito bom	4	10,88	
	Bom	23	28,24	
	Razoável	18	35,11	
	Ruim	1	48,50	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis questão número vinte e um "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral" e número vinte e dois "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde da boca" do RDC é demonstrada na Tabela 5.92.

Tabela 5.92 – Intensidade da correlação entre as questões número vinte e um "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral" e número vinte e dois "Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde da boca" do RDC/TMD

		Cuidados com a saúde em geral	Cuidados com a saúde da boca
Cuidados com a saúde em geral	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,648
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Cuidados com a saúde da boca	**Coeficiente de correlação**	0,648	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. Quanto melhores os cuidados com a saúde em geral, melhores os cuidados com a saúde bucal. De fato, numa escala de 1 a 5 pontos, as médias da pontuação atribuída aos cuidados com a saúde da boca dentre os pacientes que consideram seus cuidados com a saúde em geral alocados nas categorias excelente (1 ponto), muito bom (2 pontos), bom (3 pontos) e razoável (4 pontos) foram de 1,5, 2,9, 3,2 e 4,0 pontos respectivamente, não havendo paciente que tenha optado pela categoria ruim (5 pontos). A análise inversa também mostra resultado semelhante, pois as médias da pontuação atribuída aos cuidados com a saúde em geral dentre os pacientes que consideram seus cuidados com a saúde da boca alocados nas categorias excelente (1 ponto), muito bom (2 pontos), bom (3 pontos), razoável (4 pontos) e ruim (5 pontos) foram de 1,3, 1,8, 2,9, 3,2 e 4,0 pontos respectivamente.

5.13 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO BPI

Devido ao grande número de dados coletados, apenas as correlações significantes encontradas entre o questionário BPI e as variáveis dos demais questionários estão descritas a seguir.

A Tabela 5.93 evidencia a correlação encontrada entre o uso de opioides e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI.

Tabela 5.93 – Correlação entre o uso de opioides e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI

	Opioides	N	Média	p-valor
% de alívio obtido	Não	46	29,03	0,013
	Sim	7	13,64	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de opioides e questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI é demonstrada na Tabela 5.94.

Tabela 5.94 – Intensidade da correlação entre o uso de opioides e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI

		% de alívio obtido	Opioides
% de alívio obtido	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,346
	p-valor	.	0,011
	N	53	53
Opioides	**Coeficiente de correlação**	-0,346	1,000
	p-valor	0,011	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. O

uso de opioides se relacionou à menor média de porcentagem de alívio. De fato, a média de porcentagem de alívio referido pelas pacientes que não faziam uso de opioides foi de 78,0%, enquanto no grupo de pacientes medicadas com opioides o relato de alívio obteve média de 53,0%.

A Tabela 5.95 evidencia a correlação encontrada entre o uso de colírio e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI.

Tabela 5.95 – Correlação entre o uso de colírio e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI

	Colírio	N	Média	p-valor
% de alívio obtido	Não	9	36,22	0,046
	Sim	44	25,11	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de colírio e questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI é demonstrada na Tabela 5.96.

Tabela 5.96 – Intensidade da correlação entre o uso de colírio e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI

		% de alívio obtido	Colírio
% de alívio obtido	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,277
	p-valor	.	0,045
	N	53	53
Colírio	**Coeficiente de correlação**	-0,277	1,000
	p-valor	0,045	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de colírio se relacionou à menor média de porcentagem de alívio. De fato, a média de porcentagem de alívio referido pelas pacientes que não faziam uso de colírio foi de 81,0%, enquanto no grupo de pacientes medicadas com colírio o relato de alívio obteve média de 73,0%.

A Tabela 5.97 evidencia a correlação encontrada entre o uso de saliva artificial e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI por categorias.

Tabela 5.97 – Correlação entre o uso de saliva artificial e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI por categorias

	Saliva artificial	N	Média	p-valor
% de alívio obtido (categorias)	Não	34	30,01	0,035
	Sim	19	21,61	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de saliva artificial e questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI por categorias é demonstrada na Tabela 5.98.

Tabela 5.98 – Intensidade da correlação o uso de saliva artificial e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI por categorias

		% de alívio obtido (categorias)	Saliva artificial
% de alívio obtido (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,292
	p-valor	.	0,034
	N	53	53
Saliva artificial	**Coeficiente de correlação**	-0,292	1,000
	p-valor	0,034	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de saliva artificial se relacionou à menor média de porcentagem de alívio. De fato, a média de porcentagem de alívio referido pelas pacientes que não faziam uso de saliva artificial foi de 78,0%, enquanto no grupo de pacientes medicadas com saliva artificial o relato de alívio obteve média de 68,0%. Ao dividir a porcentagem de alívio por categorias (50%, 60%, 70%, 80%, 90% e 100% de alívio) no grupo das pacientes que utilizaram saliva artificial, nota-se que o montante das pacientes foi distribuído de forma decrescente dentre as categorias citadas nas porcentagens de 26,3%, 21,1%, 21,1%, 15,8%, 10,5% e 5,2% respectivamente.

A Tabela 5.99 evidencia a correlação encontrada entre o uso de cloroquina atual e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI.

Tabela 5.99 – Correlação entre o uso de cloroquina atual e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI

	Cloroquina atual	N	Média	p-valor
% de alívio obtido	Não	35	23,13	0,010
	Sim	18	34,53	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis uso de cloroquina atual e questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI é demonstrada na Tabela 5.100.

Tabela 5.100 - Intensidade da correlação entre o uso de cloroquina atual e a questão número oito "Nas últimas 24 horas, qual a porcentagem do alívio obtido devido aos tratamentos ou medicações que você está usando" do BPI

		% de alívio obtido	Cloroquina atual
% de alívio obtido	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,359
	p-valor	.	0,008
	N	53	53
Cloroquina atual	**Coeficiente de correlação**	0,359	1,000
	p-valor	0,008	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. O uso de cloroquina atual se relacionou à maior média de porcentagem de alívio. De fato, a média de porcentagem de alívio referido pelas pacientes que não faziam uso de cloroquina atual foi de 69,0%, enquanto no grupo de pacientes medicadas com cloroquina atual o relato de alívio obteve média de 84,0%.

5.14 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO SF-36

Devido ao grande número de dados coletados, apenas as correlações significantes encontradas entre o questionário SF-36 e as variáveis dos demais questionários estão descritas a seguir.

A Tabela 5.101 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Dor do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI e o Domínio Ansiedade do EADS-21.

Tabela 5.101 – Correlação entre o Domínio Dor do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI e o Domínio Ansiedade do EADS-21

	Domínio Dor SF-36 (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
	Muito Forte	6	44,33	
	Forte	8	35,50	
***Score* ESSPRI**	Moderada	22	26,98	0,001
	Fraca	14	17,93	
	Muito Fraca	3	12,17	
Total		53		
	Muito forte	6	42,50	
	Forte	8	39,56	
Domínio Ansiedade EADS-21	Moderada	22	26,64	0,000
	Fraca	14	18,64	
	Muito fraca	3	4,17	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Dor do SF-36 por categorias e *Score* ESSPRI é demonstrada na Tabela 5.102.

Tabela 5.102 – Intensidade da correlação entre o Domínio Dor do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI

		***Score* ESSPRI**	**Domínio Dor SF-36 (categorias)**
***Score* ESSPRI**	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,576
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Dor SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	-0,576	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação do *Score* ESSPRI foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Dor do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 10 pontos, as médias do *Score* ESSPRI nas categorias de dor muito forte, forte, moderada, fraca e muito fraca foram de 8,1, 7,2, 6,2, 4,9 e 3,6 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Dor do SF-36 por categorias e Domínio Ansiedade do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.103.

Tabela 5.103 – Intensidade da correlação entre o Domínio Dor do SF-36 por categorias e o Domínio Ansiedade do EADS-21

		Domínio Dor SF-36 (categorias)	**Domínio Ansiedade EADS-21**
Domínio Dor SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,642
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Ansiedade EADS-21	**Coeficiente de correlação**	-0,642	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Ansiedade do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Dor do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de ansiedade nas categorias de dor muito forte, forte, moderada, fraca e muito fraca foram de 7,8, 7,4, 4,3, 2,7 e 0,3 pontos respectivamente.

A Tabela 5.104 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Vitalidade do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI.

Tabela 5.104 – Correlação entre o Domínio Vitalidade do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI

	Domínio Vitalidade SF-36 (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
***Score* ESSPRI**	Péssima	12	34,79	0,004
	Ruim	16	31,16	
	Regular	13	27,88	
	Boa	9	14,56	
	Ótima	3	7,17	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Vitalidade do SF-36 por categorias e *Score* ESSPRI é demonstrada na Tabela 5.105.

Tabela 5.105 – Intensidade da correlação entre o Domínio Vitalidade do SF-36 por categorias e o *Score* ESSPRI

		***Score* ESSPRI**	**Domínio Vitalidade SF-36 (categorias)**
***Score* ESSPRI**	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,489
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Vitalidade SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	-0,489	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação do *Score* ESSPRI foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Vitalidade do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 10 pontos, as médias do *Score* ESSPRI nas categorias de vitalidade péssima, ruim, regular, boa e ótima foram de 6,9, 6,6, 6,5, 4,2 e 3,3 pontos respectivamente.

A Tabela 5.106 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Capacidade Funcional do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21.

Tabela 5.106 – Correlação entre o Domínio Capacidade Funcional do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21

	Domínio Capacidade Funcional SF-36 (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Depressão EADS-21	Péssima	8	40,88	0,013
	Ruim	11	32,77	
	Regular	11	23,45	
	Boa	18	22,17	
	Ótima	5	17,30	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Capacidade Funcional do SF-36 por categorias e Domínio Depressão do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.107.

Tabela 5.107 – Intensidade da correlação entre o Domínio Capacidade Funcional do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21

		Domínio Capacidade Funcional SF-36 (categorias)	**Domínio Depressão EADS-21**
Domínio Capacidade Funcional SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,463
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Depressão EADS-21	**Coeficiente de correlação**	-0,463	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Depressão do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Capacidade Funcional do SF-36, exceto para a comparação entre os grupos boa versus regular. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de depressão nas categorias de capacidade funcional péssima, ruim, regular, boa e ótima foram de 7,3, 4,1, 2,2, 3,1 e 1,0 pontos respectivamente.

A Tabela 5.108 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e os Domínios Estresse do EADS-21 e Depressão do EADS-21.

Tabela 5.108 – Correlação entre o Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e os Domínios Estresse e Depressão do EADS-21

	Domínio Aspectos Sociais SF-36 (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Estresse EADS-21	Péssimo	2	50,25	0,010
	Ruim	17	32,15	
	Regular	8	33,06	
	Bom	10	20,85	
	Ótimo	16	19,44	
Total		53		
Domínio Depressão EADS-21	Péssimo	2	49,50	0,002
	Ruim	17	35,62	
	Regular	8	28,38	
	Bom	10	19,75	
	Ótimo	16	18,88	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e Domínio Estresse do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.109.

Tabela 5.109 – Intensidade da correlação entre o Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e o Domínio Estresse do EADS-21

		Domínio Aspectos Sociais SF-36 (categorias)	Domínio Estresse EADS-21
Domínio Aspectos Sociais SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,448
	p-valor	.	0,001
	N	53	53
Domínio Estresse EADS-21	**Coeficiente de correlação**	-0,448	1,000
	p-valor	0,001	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Estresse do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Aspectos Sociais do SF-36, exceto para a comparação entre os grupos regular versus ruim. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de estresse nas categorias de aspectos sociais péssimo, ruim, regular, bom e ótimo foram de 15,5, 7,1, 7,5, 4,2 e 4,1 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e Domínio Depressão do EADS-21é demonstrada na Tabela 5.110.

Tabela 5.110 – Intensidade da correlação entre o Domínio Aspectos Sociais do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21

		Domínio Aspectos Sociais SF-36 (categorias)	Domínio Depressão EADS-21
Domínio Aspectos Sociais SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,536
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Depressão EADS-21	**Coeficiente de correlação**	-0,536	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Depressão do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Aspectos Sociais do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de depressão nas categorias de aspectos sociais péssimo, ruim, regular, bom e ótimo foram de 10,5, 5,5, 3,4, 1,9 e 1,6 pontos respectivamente.

A Tabela 5.111 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e os Domínios Estresse do EADS-21, Depressão do EADS-21 e o *Score* EPCD.

Tabela 5.111 – Correlação entre o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e os Domínios Estresse e Depressão do EADS-21 e o *Score* EPCD

	Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Estresse EADS-21	Péssima	3	51,33	0,002
	Ruim	7	35,07	
	Regular	8	32,50	
	Boa	19	26,21	
	Ótima	16	17,09	
Total		53		
Domínio Depressão EADS-21	Péssima	3	49,33	0,000
	Ruim	7	40,36	
	Regular	8	33,31	
	Boa	19	24,68	
	Ótima	16	16,56	
Total		53		
***Score* EPCD**	Péssima	3	42,83	
	Ruim	7	37,86	
	Regular	8	30,38	
	Boa	19	26,24	
	Ótima	16	18,50	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e Domínio Estresse do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.112.

Tabela 5.112 – Intensidade da correlação entre o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e o Domínio Estresse do EADS-21

		Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	Domínio Estresse EADS-21
Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,544
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Estresse EADS-21	**Coeficiente de correlação**	-0,544	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Estresse do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Saúde Mental do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de estresse nas categorias de saúde mental péssima, ruim, regular, boa e ótima foram de 16,0, 7,9, 7,6, 5,4 e 3,3 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e Domínio Depressão do EADS-21 é demonstrada na Tabela 5.113.

Tabela 5.113 – Intensidade da correlação entre o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias e o Domínio Depressão do EADS-21

		Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	Domínio Depressão EADS-21
Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,621
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Depressão EADS-21	**Coeficiente de correlação**	-0,621	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Depressão do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Saúde Mental do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de depressão nas categorias de saúde mental péssima, ruim, regular, boa e ótima foram de 11,3, 6,1, 5,0, 2,7 e 1,2 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis *Score* EPCD e Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias é demonstrada na Tabela 5.114.

Tabela 5.114 – Intensidade da correlação entre o *Score* EPCD e o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias

		***Score* EPCD**	**Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)**
***Score* EPCD**	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,470
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	-0,470	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao *Score* EPCD foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Saúde Mental do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 5 pontos, as médias de catastrofização nas categorias de saúde mental péssima, ruim, regular, boa e ótima foram de 2,9, 1,7, 1,4, 1,2 e 0,8 pontos respectivamente.

5.15 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO EADS-21

Devido ao grande número de dados coletados, apenas as correlações significantes encontradas entre o questionário EADS-21 e as variáveis dos demais questionários estão descritas a seguir.

A Tabela 5.115 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e os Domínios Aspectos Emocionais do SF-36 por categorias e Saúde Mental do SF-36 por categorias.

Tabela 5.115 – Correlação entre as variáveis Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e os Domínios Aspectos Emocionais e Saúde Mental do SF-36 por categorias

	Domínio Ansiedade EADS-21 (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Aspectos Emocionais SF-36 (categorias)	Baixa	44	29,40	0,019
	Moderada	7	13,50	
	Alta	2	21,50	
Total		53		
Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	Baixa	44	30,50	0,001
	Moderada	7	10,36	
	Alta	2	8,25	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e Domínio Aspectos Emocionais do SF-36 por categorias é demonstrada na Tabela 5.116.

Tabela 5.116 – Intensidade da correlação entre o Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e o Domínio Aspectos Emocionais do SF-36 por categorias

		Domínio Aspectos Emocionais SF-36 (categorias)	**Domínio Ansiedade EADS-21 (categorias)**
Domínio Aspectos Emocionais SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,369
	p-valor	.	0,007
	N	53	53
Domínio Ansiedade EADS-21 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	-0,369	1,000
	p-valor	0,007	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. Quanto ao Domínio Ansiedade do EADS-21, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de ansiedade nas categorias de aspectos emocionais péssimo, ruim, bom e ótimo foram de 5,3, 5,5, 5,0 e 2,9 pontos respectivamente, não havendo pacientes na categoria regular. Quanto ao Domínio Aspectos Emocionas do SF-36, numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de aspectos emocionais nas categorias de ansiedade baixa, moderada e alta foram de 49,2, 0,0 e 16,7 pontos respectivamente. A menor média de ansiedade (2,9 pontos) ocorreu na maior categoria de aspectos emocionais (ótimo). A análise inversa também é verdadeira, pois a maior média de aspectos emocionais (49,2 pontos) ocorreu na menor categoria de ansiedade (baixa).

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias é demonstrada na Tabela 5.117.

Tabela 5.117 – Intensidade da correlação entre o Domínio Ansiedade do EADS-21 por categorias e o Domínio Saúde Mental do SF-36 por categorias

		Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	**Domínio Ansiedade EADS-21 (categorias)**
Domínio Saúde Mental SF-36 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,528
	p-valor	.	0,000
	N	53	53
Domínio Ansiedade EADS-21 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	-0,528	1,000
	p-valor	0,000	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação moderada e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Ansiedade do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Saúde Mental do SF-36. De fato, numa escala de 0 a 21 pontos, as médias de ansiedade nas categorias de saúde mental péssima, ruim, regular, boa e ótima foram de 9,0, 6,9, 5,5, 3,9 e 2,8 pontos respectivamente. A análise inversa também é verdadeira, pois numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de saúde mental nas categorias de ansiedade baixa, moderada e alta foram de 71,2, 41,7 e 36,0 pontos respectivamente. A menor média de ansiedade (2,8 pontos) ocorreu na maior categoria de saúde mental (ótima) e a maior média de ansiedade (9,0 pontos) ocorreu na menor categoria de saúde mental

(péssima). A menor média de saúde mental (36,0 pontos) ocorreu na maior categoria de ansiedade (alta) e a maior média de saúde mental (71,2 pontos) ocorreu na menor categoria de ansiedade (baixa).

A Tabela 5.118 evidencia a correlação encontrada entre o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias e o *Score* EPCD.

Tabela 5.118 – Correlação entre o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias e o *Score* EPCD

	Domínio Estresse EADS-21 (categorias)	**N**	**Média**	**p-valor**
	Baixo	36	23,22	
***Score* EPCD**	Moderado	14	31,96	0,007
	Alto	3	49,17	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis Domínio Estresse do EADS-21 por categorias e *Score* EPCD é demonstrada na Tabela 5.119.

Tabela 5.119 – Intensidade da correlação entre o Domínio Estresse do EADS-21 por categorias e o *Score* EPCD

		Domínio Estresse EADS-21 (categorias)	***Score* EPCD**
Domínio Estresse EADS-21 (categorias)	**Coeficiente de correlação**	1,000	0,392
	p-valor	.	0,004
	N	53	53
***Score* EPCD**	**Coeficiente de correlação**	0,392	1,000
	p-valor	0,004	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e diretamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao *Score* EPCD foi maior conforme o aumento das categorias do Domínio Estresse do EADS-21. De fato, numa escala de 0 a 5 pontos, as médias de catastrofização nas categorias de estresse baixo, moderado e alto foram de 1,0, 1,4 e 3,4 pontos respectivamente.

5.16 CORRELAÇÕES A RESPEITO DO QUESTIONÁRIO EPCD

Devido ao grande número de dados coletados, apenas as correlações significantes encontradas entre o questionário EPCD e as variáveis dos demais questionários estão descritas a seguir.

A Tabela 5.120 evidencia a correlação encontrada entre o *Score* EPCD por categorias e os Domínios Dor do SF-36 e Vitalidade do SF-36.

Tabela 5.120 – Correlação entre o *Score* EPCD por categorias e os Domínios Dor e Vitalidade do SF-36

	***Score* EPCD (categorias)**	**N**	**Média**	**p-valor**
Domínio Dor SF-36	Ausente	3	49,50	0,025
	Baixa catastrofização	44	26,23	
	Alta catastrofização	6	21,42	
Total		53		
Domínio Vitalidade SF-36	Ausente	3	46,33	0,013
	Baixa catastrofização	44	27,36	
	Alta catastrofização	6	14,67	
Total		53		

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

A intensidade da correlação entre as variáveis *Score* EPCD por categorias e Domínio Dor do SF-36 é demonstrada na Tabela 5.121.

Tabela 5.121 – Intensidade da correlação entre o *Score* EPCD por categorias e o Domínio Dor do SF-36

		Domínio Dor SF-36	***Score* EPCD (categorias)**
Domínio Dor SF-36	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,302
	p-valor	.	0,028
	N	53	53
***Score* EPCD (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	-0,302	1,000
	p-valor	0,028	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Dor do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do *Score* EPCD. De fato, numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de dor nas categorias ausente, baixa catastrofização e alta catastrofização foram de 81,3, 48,0 e 41,2 pontos respectivamente.

A intensidade da correlação entre as variáveis *Score* EPCD por categorias e Domínio Vitalidade do SF-36 é demonstrada na Tabela 5.122.

Tabela 5.122 – Intensidade da correlação entre o *Score* EPCD por categorias e o Domínio Vitalidade do SF-36

		Domínio Vitalidade SF-36	***Score* EPCD (categorias)**
Domínio Vitalidade SF-36	**Coeficiente de correlação**	1,000	-0,398
	p-valor	.	0,003
	N	53	53
***Score* EPCD (categorias)**	**Coeficiente de correlação**	-0,398	1,000
	p-valor	0,003	.
	N	53	53

* Análise realizada pelo teste não-paramétrico de Spearman

Houve correlação fraca e inversamente proporcional entre as variáveis analisadas. A pontuação atribuída ao Domínio Vitalidade do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do *Score* EPCD. De fato, numa escala de 0 a 100 pontos, as médias de vitalidade nas categorias ausente, baixa catastrofização e alta catastrofização foram de 75,0, 44,1 e 25,8 pontos respectivamente.

"Naquela hora da noite conhecia esse grande susto de estar viva, tendo como único amparo apenas o desamparo de estar viva. A vida era tão forte que se amparava no próprio desamparo"

Clarice Lispector

"Eu sei que estou vivendo, mas parece que tudo é um sonho. Estou seca, sem saliva, sem lágrima. Isso dói"

Relato da paciente M. F. F.

6 DISCUSSÃO

A discussão será elaborada sob perspectivas objetivas e subjetivas.

6.1. PERSPECTIVAS OBJETIVAS

A idade média da amostra foi de aproximadamente 54 anos, sendo 69,8% das pacientes de etnia/cor da pele branca e está de acordo com o relato de que a SS acomete mais mulheres caucasianas na faixa etária de 40 a 60 anos (Skopouli et al., 2000; García-Carrasco et al., 2002; Kassan; Moutsopoulos, 2004; Patel; Shahane, 2014).

Houve um predomínio de mulheres na faixa etária de 51 a 75 anos (60,4%) sobre o grupo com idade entre 26 a 50 anos (35,8%), numa proporção de 1,68 vezes mais mulheres no grupo de maior idade comparativamente ao grupo mais jovem. Esse achado concorda parcialmente com Haugen et al. (2008), que relatou em um estudo a proporção de 7 mulheres idosas para cada mulher jovem diagnosticada com SS.

Quanto às informações socioeconômicas, 71,7% da amostra teve acesso a maior grau de formação (ensino médio e/ou ensino superior) e 62,2% das mulheres relatou ter renda familiar de até 2,5 salários mínimos atuais. É interessante observar que 67,9% das mulheres não têm remuneração própria. Esse dado não foi cruzado com as demais variáveis da pesquisa e não pode ser contextualizado corretamente, mas o indício de que a doença tenha interferido no plano de vida das pacientes não pode ser descartado. Segundo o estudo realizado por Meijer et al. (2009), a taxa de desemprego foi maior entre pacientes com SS quando comparada à população local.

O estado civil das pacientes não foi correlacionado às demais variáveis, porém 11,3% responderam que têm dificuldades sexuais por problemas relacionados à face e a preocupação frente à perda de interesse e/ou prazer sexual alcançou 33 pontos em 212 possíveis numa análise global.

O tempo do início dos sintomas (tempo de *sicca*) foi em média de 12,09 anos e o de seguimento clínico foi de 8,65 anos. Autores relatam que o tempo médio de *sicca* variou de 7 a mais de 10 anos (Skopouli et al., 2000; García-Carrasco et al., 2002; Segal et al., 2009). O

intervalo foi de 3,44 anos entre início dos sintomas e seguimento clínico da amostra. Deve-se ressaltar que o tempo de seguimento clínico não é sinônimo de tempo de diagnóstico fechado para a SS, pois é preciso fazer uma investigação minuciosa até se chegar de fato ao diagnóstico. Portanto, há concordância com a afirmação de que o intervalo entre início dos primeiros sinais da doença e seu diagnóstico é frequentemente longo (Al-Hashimi et al., 2001; Tzioufas; Voulgarelis, 2007).

Do total de pacientes analisadas, 98,1% apresentaram queixa de xerostomia, 96,2% de xeroftalmia, 67,9% tiveram resultado positivo para critério objetivo ocular, 66% para critério objetivo oral e 50,9% para biopsia de glândula salivar menor. Dentre as manifestações mais frequentes da SS destacaram-se parotidite (75,5%), artrite (52,8%), vasculite (22,6%), acometimento pulmonar (20,8%), linfadenopatia (15,1%), neuropatia periférica (9,4%), esclerose múltipla (3,8%) e cirrose biliar primária (3,8%). Skopouli et al. (2000) e García-Carrasco et al. (2002) relataram frequências semelhantes às encontradas no estudo apenas para xerostomia e xeroftalmia. Esse fato reforça o caráter predominantemente glandular e universal da síndrome *sicca*, já que as manifestações extraglandulares são diversas.

Dentre os marcadores sorológicos positivos foram encontrados 96,2% de anti-Ro, 67,9% de anti-La, 22,6% de FAN e 22,6% de FR. Os dados concordam com Bournia e Vlachoyiannopoulos (2012) quanto à porcentagem de anti-Ro e anti-La positivos, porém apenas 22,6% de positividade foi encontrada para FAN e FR na amostra, valor abaixo do referido pelos autores.

Apenas metade da amostra (50,9%) realizou exame de biopsia de glândula salivar. Parte das biopsias foi realizada dentro do HCFMUSP (dados não mostrados), sendo que 12 mulheres tiveram resultado compatível com SS. Os demais exames foram realizados em outros serviços públicos ou particulares. Os critérios propostos pelo ACR datam de 2012 e atualmente a biopsia é mandatória, pois a infiltração linfocítica exócrina é a marca patológica da SS primária (Seror et al., 2014).

Ainda no tocante às manifestações clínicas, notou-se em todas as comparações das variáveis prévias *versus* atuais que houve evidente melhora do quadro da doença. Não foi objetivo da pesquisa investigar qual o intervalo de tempo entre as avaliações realizadas, mas apenas constatar a melhora.

As medicações mais prescritas para alívio de sintomas e controle de comorbidades foram colírio (83,0%), vitamina D (67,9%), analgésicos simples (64,2%), antidepressivos (41,5%), levotiroxina (37,7%), anti-hipertensivos (37,7%), saliva artificial (35,8%), relaxantes musculares (34%), carbonato de cálcio (32,1%), AINES (20,8%), ansiolíticos (17,0%), opioides (13,2%), acetilcisteína (13,2%), anticonvulsivantes (11,3%), pilocarpina (9,4%) e hipoglicemiantes (2%).

Apenas 2 pacientes (3,8%) espontaneamente durante a entrevista relataram ter depressão diagnosticada por médico psiquiatra e estarem em tratamento. A porcentagem de pacientes que faz uso de antidepressivos foi de 41,5%. Uma das explicações possíveis é a necessidade de controle da dor crônica e/ou melhora do sono para essas mulheres. De acordo com a escada da World Health Organization (1996), a abordagem terapêutica da dor inclui medicações como analgésicos simples, AINES, opioides e adjuvantes.

Dentre as medicações para controle da atividade da SS primária ao longo do tempo, as mais utilizadas foram cloroquina (90,6%), prednisona (84,9%), imunossupressor (62,3%), metotrexato (22,6%), azatioprina (11,3%), mofetil (9,4%) e imunobiológicos (5,7%). Os índices prévios e atuais de uso foram sensivelmente diferentes e sugerem que a medicação foi suspensa provavelmente por sucesso da terapêutica e melhora da atividade da doença. A possibilidade de haver insucesso também existe, porém o *Score* ESSDAI mostra que no geral a atividade da doença está ausente ou é baixa para 75,5% das pacientes. Ademais, as porcentagens de manifestações extraglandulares atuais avaliadas foram muito menores do que as prévias. A falta de critérios definidos nos *trials* contribui para a diferença entre o que se observa na prática ambulatorial e o que se comprova (ou não) cientificamente (Gottenberg et al., 2014).

A porcentagem de tabagismo prévio foi de 39,6%, enquanto o atual foi de 5,7%. Tabagismo não foi correlacionado com outras variáveis, mas notou-se claramente sua queda acentuada na amostra. Isso pode ser um indicativo de que a xerostomia é um fator muito importante para a mudança de hábito notada. Fatores como o desconforto com a boca seca e o medo de piorar a saúde bucal e/ou geral podem estar relacionados ao abandono do vício. Segal et al. (2009) avaliaram que os gastos com cuidados médicos, odontológicos e hospitalizações foram significativamente maiores para os pacientes com SS primária em comparação ao grupo controle não-*sicca*.

A média do *Score* ESSDAI foi de 2,74 pontos. As categorias do *Score* ESSDAI foram criadas de acordo com recomendações de Seror et al. (2016). Na amostra, 24,5% das pacientes estava sem atividade, 51% com baixa atividade e 24,5% com moderada atividade da doença. Os dados concordam com a literatura quanto à categorização do ESSDAI e a prevalência de pacientes classificados com baixa atividade da doença (Cho et al., 2013; Brito-Zerón et al., 2016b).

A média do *Score* ESSPRI foi de 6,1 pontos e as médias dos Domínios Secura, Fadiga e Dor foram respectivamente 6,6 pontos, 6,0 pontos e 5,6 pontos. A maioria das pacientes atribuiu 7 a 10 pontos para os sintomas de secura (63%) e fadiga (52%), enquanto o montante de 56% se dividiu entre dor fraca de 0 a 3 pontos (30%) e dor moderada de 4 a 6 pontos (26%). A média do Domínio Secura foi maior do que a média do *Score* ESSPRI, evidenciando a magnitude do dano glandular causado pela SS (Kassan; Moutsopoulos, 2004; Enger et al., 2011).

Seror et al. (2016) definiram que o nível de sintoma aceitável pelo paciente é de ESSPRI<5. De acordo com essa classificação, 67,9% das pacientes apresentaram xerose inaceitável.

Quanto às questões de saúde, 11,3% das pacientes assinalaram a saúde geral como ruim, enquanto 43,4% escolheram a mesma opção para saúde bucal. Por esse índice, pode-se inferir quanto o acometimento oral é incapacitante para as pacientes com SS. Sobre os cuidados com a saúde, apenas 18,9% acharam seus cuidados razoáveis, enquanto 34% escolheram essa alternativa para os cuidados com a saúde bucal. É possível que o seguimento clínico realizado no HCFMUSP a cada 3 meses seja um reforço positivo para o autocuidado das pacientes quanto à saúde geral, porém isso não acontece rotineiramente quanto aos cuidados bucais.

Ainda sobre a saúde oral, 66% das pacientes relataram fazer uso de algum tipo de prótese. PT superior era utilizada por 39,6% das pacientes e PT inferior por 24,5%. Esta pode ser uma das razões para as pacientes assinalarem que os cuidados com a saúde bucal são ruins. Especialmente para as usuárias de PT, o paradigma "dentista só cuida de dente" deve ser combatido. Por não terem dentes, muitas vezes nem se lembram do profissional. Foram frequentes os relatos de pacientes que utilizavam a mesma prótese há mais de 5 anos.

Pacientes com SS são geralmente encaminhadas para o dentista no caso de solicitação de biopsia de glândula salivar. Nesse sentido, deve haver um reforço sobre a importância dos cuidados orais para dentistas, médicos e pacientes com SS.

Gökçay et al. (2008) indicaram que 78,1% dos pacientes com SS primária têm dores de cabeça. As pacientes da amostra não foram classificadas quanto ao tipo, apenas à presença da dor. Dores na face foram diagnosticadas em 50,9% e dores de cabeça em 58,5% dos casos. É interessante observar que para a questão "pior dor na face em 6 meses" do questionário RDC/TMD a média atribuída (6,63 pontos) tenha sido maior do que o *Score* ESSPRI (6,1 pontos). Não se investigou a ocorrência de eventos passíveis de agudização como parotidite de repetição, pulpite e abscesso, que provocam dores intensas e se apresentam como "crises".

A abertura de boca em média foi maior que 40 mm e a média dos movimentos excursivos maiores que 7 mm, estando dentro da normalidade de acordo com o RDC/TMD (Dworkin; LeResche, 1992). Episódio de travamento mandibular foi relatado por 26,4% e de travamento incapacitante por 15,1% das pacientes.

Quanto à investigação sobre dores ou problemas mandibulares, deve-se observar que comer alimentos duros foi a atividade mais prejudicada, seguida pela atividade "ficar com a aparência normal". Esta questão em especial pode exemplificar a dimensão "comportamento doloroso" das pacientes, segundo o modelo biopsicossocial da dor (Engel, 1977).

A dor presente nos músculos mastigatórios temporal e masseter foi maior do que a dor articular das ATMs durante o exame de palpação realizado. Bruxismo noturno, apertamento diurno e zumbido foram mais frequentes do que os sinais estalo e crepitação. As pacientes relataram sentimentos de angústia e preocupação permanentes. Desânimo, baixa-estima e tristeza estão presentes no cotidiano. Esses achados estão de acordo com a literatura atual, sinalizando que altos níveis de estresse, ansiedade e depressão podem estar associados (Tavares et al., 2016; Durai; Searchfield, 2016).

De acordo com o RDC/TMD, 49,1% das pacientes apresentaram dor miofascial, 9,37% tiveram deslocamento do disco articular e 13,2% foram diagnosticadas com artralgia. Dor miofascial e artralgia são sintomas frequentes em quase um terço nas pacientes com SS (Von Korff et al., 1992; List; Helkimo, 1995; Kanellopoulos et al., 2002). Talvez o índice mais baixo

de dor articular encontrado se deva ao uso de hidroxicloroquina, pois as pacientes estão em seguimento clínico há 8,65 anos em média. Chama a atenção a estimativa de um estudo epidemiológico recente que encontrou 25,6% da população com DTM dolorosa (Gonçalves et al., 2010). Ressalta-se que 49,1% das mulheres com SS foram diagnosticadas no grupo de desordens musculares do RDC/TMD, apesar da faixa etária de 60% das pacientes ser muito superior aos 50 anos. Essa maior prevalência de dor miofascial em mulheres com SS talvez esteja correlacionada à presença de fibromialgia, dores de cabeça associadas e episódios de parotidite.

O grau de limitação mandibular foi baixo em 73% das pacientes e a média de abertura de boca e movimentos excursivos se mostrou dentro da normalidade. O grau de sintomas físicos foi alto para 43,4%, além disso, 69,8% das mulheres foram diagnosticadas com grau de depressão moderado ou severo segundo o Eixo II do RDC/TMD. Esse dado está de acordo com achados de Shen et al. (2015) que identificaram risco aumentado de pacientes com SS desenvolverem distúrbios psiquiátricos. Também está de acordo com o estudo OPPERA (Slade et al., 2016), que identificou preditores para desenvolver DTM.

Soliotis et al. (2014) relataram que pacientes com SS também apresentam diversos tipos de manifestação neurológica ou psiquiátrica e que certos sintomas não-prioritários, tais como disfunção cognitiva ou distúrbios psiquiátricos sutis, podem ser ignorados pelo médico. Para evitar isso, questões relacionadas aos sintomas neurológicos e psiquiátricos devem ser perguntadas aos pacientes com SS rotineiramente durante o acompanhamento clínico da doença. Talvez o fato de 41,5% das pacientes fazerem uso de antidepressivos para tratamento da dor crônica cause um mascaramento da doença depressão na amostra.

Dor esteve presente em 45,3% das pacientes no momento em que foram entrevistadas. Interessante observar que a pior dor em 24 horas teve média de 4,38 pontos, enquanto a pior dor da face em 6 meses teve média de 6,63 pontos. Outro aspecto é observar que a dor durante a entrevista teve média de 2,42 pontos pelo BPI e média de 2,56 pontos pelo RDC/TMD. Isso demonstra que a dor orofacial sofreu flutuações importantes mesmo sendo um processo crônico. A média da melhora de dor proporcionada pelo tratamento medicamentoso foi de 74,53% segundo as pacientes.

A aplicação do questionário DN4 destinou-se a diferenciar dor neuropática de

dor nociceptiva, não tendo validade para classificar tipos de neuropatias. No estudo, dor neuropática foi encontrada em 11,3% da amostra, sendo uma localizada em região orofacial. Quanto ao questionário SF-36, todos os domínios tiveram pontuação menor que 50 pontos, exceto os Domínios Capacidade Funcional (52,45 pontos), Aspectos Sociais (60,57 pontos) e Saúde Mental (65,96 pontos). De acordo com o EADS-21, o Domínio Estresse teve maior média (6,02 pontos), seguido por Ansiedade (4,51 pontos) e Depressão (3,53 pontos). O *Score* EPCD foi de 1,26 pontos e a maioria dos pacientes (83%) teve baixa catastrofização.

6. 2 PERSPECTIVAS SUBJETIVAS

As correlações avaliadas por vezes são novas e não encontraram parâmetro de comparação na literatura.

A pontuação atribuída ao pensamento "Essa dor está me deixando maluco" do EPCD foi maior conforme o aumento das categorias do *Score* ESSDAI. É possível traçar um paralelo com o esquema criado por Nicholas et al. (2000), que mostra os desdobramentos da dor crônica. A paciente tem alta atividade da doença, com marcantes manifestações extraglandulares da SS, e sente uma dor crônica (início) que se espalha por combinações diferentes de caminhos interligados até atingir a dimensão do sofrimento e da incapacidade física (fim).

A pontuação atribuída ao pensamento "Preciso tomar remédios para dor" do EPCD foi maior conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI e também segue o mesmo modelo anteriormente citado. Quanto maior a categoria do Domínio Fadiga do ESSPRI, maior a categoria do *Score* EPCD. Pacientes com fadiga intensa tiveram maior frequência de pensamentos catastróficos e pacientes com fadiga leve tiveram menor frequência de pensamentos catastróficos.

O uso de colírio e de saliva artificial se mostrou menos frequente conforme o aumento das categorias do *Score* ESSDAI. Para as mulheres que apresentam alta atividade da doença, talvez o tratamento tópico da xerose com o uso de colírio e saliva artificial, especificamente nesse momento de evolução da SS, seja secundário perante à magnitude do comprometimento extraglandular e de seus desdobramentos. Quanto à saliva, é importante notar que há baixa adesão por partes das pacientes ao uso de saliva artificial, pois é pouco atraente e tem curta duração, fato relatado na literatura (Kassan; Moutsopoulos, 2004) e

comprovado na experiência clínica. Nota-se que a porcentagem de pacientes que faz uso de colírio é comparativamente maior do que a porcentagem daquelas que utilizam saliva em todas as categorias.

O uso de prednisona se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do *Score* ESSDAI. Altas doses de prednisona mostraram eficácia no tratamento de acometimento renal, pulmonar e do SNC, segundo Ramos-Casals et al. (2012). Quanto maior a atividade da doença, maiores as manifestações extraglandulares e riscos para as pacientes. Apesar de pouca evidência científica, a utilização de prednisona para tratar SS é uma opção viável e bastante utilizada.

Pacientes com maior pontuação do *Score* ESSPRI tiveram dor muito forte e pacientes com menor pontuação do *Score* ESSPRI tiveram dor muito fraca de acordo com o SF-36. Como a dor é um dos sintomas que compõem a pontuação do *Score* ESSPRI, esse resultado se justifica. A pontuação do *Score* ESSPRI foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Dor do SF-36 pelo mesmo motivo já citado.

A pontuação atribuída ao Domínio Ansiedade do EADS-21 foi maior conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI. Quanto maior a ansiedade, maior a xerose. Existe um viés nessa comparação, pois uma das questões que avalia o Domínio Ansiedade do EADS-21 é "senti minha boca seca na última semana". A pontuação foi alta para a questão exatamente pela seleção de pacientes com SS primária, então o item respondido não pode ser interpretado como puramente um sintoma de ansiedade, já que se trata do principal sintoma da doença de quem pode ou não ser ansioso. Há também a possibilidade de medicações contribuírem para a secura e não exatamente a ansiedade. Da mesma forma se explica o fato de a pontuação atribuída ao Domínio Ansiedade do EADS-21 ter sido maior conforme o aumento das categorias do *Score* ESSPRI.

A pontuação atribuída aos Domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Vitalidade do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI. Quanto mais intensa a fadiga, menor a capacidade funcional, maiores as limitações físicas, menor a vitalidade das pacientes.

A pontuação atribuída ao Domínio Aspectos Físicos do SF-36 foi menor conforme o

aumento das categorias do Domínio Dor do ESSPRI. Quanto mais intensa a dor, maiores as limitações físicas das pacientes.

O uso de relaxantes musculares se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI provavelmente devido aos efeitos colaterais da medicação terem acentuado a xerostomia.

O uso de relaxantes musculares se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias dos Domínios Fadiga, Dor e do *Score* ESSPRI provavelmente porque esses medicamentos são utilizados como adjuvantes no tratamento de fadiga e dor crônica das pacientes, como preconizado pela World Health Organization (1996). Tanto fadiga quanto dor são sintomas contabilizados na pontuação do *Score* ESSPRI.

O uso de AINES se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI provavelmente porque esses medicamentos são utilizados como adjuvantes no tratamento de fadiga das pacientes com SS.

O uso de antidepressivos se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Secura e do *Score* ESSPRI provavelmente devido aos efeitos colaterais da medicação terem acentuado a xerose.

O uso de saliva artificial se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Secura do ESSPRI provavelmente porque a xerostomia é um sintoma incapacitante e pouco tolerado quando ESSPRI>5, segundo critério sugerido por Seror et al. (2016).

O uso de analgésicos simples se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Fadiga do ESSPRI provavelmente porque esses medicamentos são utilizados no tratamento de fadiga das pacientes com SS.

A pontuação atribuída à dor durante a palpação dos músculos masseter inferior direito e esquerdo se mostrou maior nas pacientes com histórico de parotidite prévia. Talvez a proximidade entre as estruturas anatômicas e o fato de 75% da amostra ter histórico de parotidite de repetição sejam uma explicação para esse achado.

O relato de bruxismo noturno se mostrou mais frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Estresse do EADS-21. O estresse é relatado na literatura como um dos fatores causais de hábitos parafuncionais, apesar de se mostrar mais associado ao apertamento dental diurno do que ao bruxismo noturno segundo Shen et al. (2015).

O relato de apertamento diurno se mostrou mais frequente conforme o aumento da pontuação atribuída à afirmação "Senti minha boca seca" do EADS-21. Provavelmente o efeito colateral do uso de antidepressivos esteja relacionado a esse achado, conforme sugerem Tavares et al. (2016) e Guaita e Högl (2016).

O relato de apertamento diurno se mostrou mais frequente conforme o aumento da pontuação atribuída às afirmações "Dei por mim agitado" e "Senti alterações no meu coração sem fazer exercícios físicos" do EADS-21. Essas correlações reforçam a hipótese de que houve influência de antidepressivos no hábito parafuncional.

O relato de apertamento diurno se mostrou menos frequente conforme o aumento das categorias do Domínio Saúde Mental do SF-36. Ansiedade, depressão e estresse são fatores que interferem negativamente na saúde mental, portanto as pacientes com boa saúde mental provavelmente não fazem uso de antidepressivos e ansiolíticos e por isso apertam menos os dentes.

O relato de apertamento diurno se mostrou mais frequente quando associado ao uso de antidepressivos, reforçando o que Tavares et al. (2016) e Guaita e Högl (2016) dizem em seus estudos.

Quanto melhores os cuidados com a saúde em geral, melhores os cuidados com a saúde bucal. Ambas são importantes e essa divisão tem fins apenas didáticos, pois a saúde é uma só.

O uso de opioides se relacionou à menor média de porcentagem de alívio. A prescrição de opioides segundo a World Health Organization (1996) deve ocorrer em casos de dores difíceis de serem controladas, talvez por isso a porcentagem de alívio seja menor.

O uso de colírio e de saliva se relacionou à menor média de porcentagem de alívio.

Colírio e saliva artificial são usados para aliviar a xerose, mas não para revertê-la. Como a queixa é crônica na SS primária, provavelmente há pouco alívio do sintoma.

O uso de cloroquina atual se relacionou à maior média de porcentagem de alívio. Esse achado reforça o que se observa no ambulatório, mas que ainda não se comprovou nas pesquisas.

A pontuação atribuída ao Domínio Ansiedade do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Dor do SF-36 provavelmente porque a dor leve pode ser controlada com mais facilidade, gerando menos ansiedade e sofrimento.

A pontuação do *Score* ESSPRI foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Vitalidade do SF-36, porque provavelmente a vitalidade prepondera sobre fadiga e dor.

A pontuação atribuída ao Domínio Depressão do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Capacidade Funcional do SF-36, porque provavelmente as pacientes se sentem úteis e capazes.

A pontuação atribuída aos Domínios Estresse e Depressão do EADS-21 foi menor conforme o aumento das categorias dos Domínio Aspectos Sociais e Saúde Mental do SF-36, pois certamente bons aspectos sociais e boa saúde mental reduzem potenciais fontes de estresse e as pacientes se sentem mais felizes.

A pontuação atribuída ao *Score* EPCD foi menor conforme o aumento das categorias do Domínio Saúde Mental do SF-36, pois a boa saúde mental afasta pensamentos catastróficos.

A menor média de ansiedade (2,9 pontos) ocorreu na maior categoria de aspectos emocionais (ótimo). A análise inversa também é verdadeira, pois a maior média de aspectos emocionais (49,2 pontos) ocorreu na menor categoria de ansiedade (baixa).

A pontuação atribuída ao *Score* EPCD foi maior conforme o aumento das categorias do Domínio Estresse do EADS-21, provavelmente porque o estresse abala psicologicamente o paciente e potencializa os pensamentos catastróficos.

A pontuação atribuída ao Domínio Dor do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do *Score* EPCD, provavelmente porque dores muito fortes abalam psicologicamente o paciente e potencializam a catastrofização.

A pontuação atribuída ao Domínio Vitalidade do SF-36 foi menor conforme o aumento das categorias do *Score* EPCD, talvez porque simbolicamente o conceito de vitalidade seja traduzido como gosto de ser.

"Faz de conta que ela não estava chorando por dentro — pois agora mansamente, embora de olhos secos, o coração estava molhado; ela saíra agora da voracidade de viver"

Clarice Lispector

"Lágrima eu não tenho, eu choro com o coração. Se eu tivesse lágrima, talvez doesse menos. O meu corpo inteiro sente falta da lágrima"

Relato da paciente M. A. M.

7 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitem concluir que:

1. De acordo com o questionário RDC/TMD, 49,1% das pacientes com SS têm dor miofascial, 9,37% têm deslocamento de disco e 13,2% têm artralgia; 50,9% têm dor na face, 58,5% têm dor de cabeça, 35,8% têm estalo, 17% têm crepitação, 45,3% têm bruxismo, 60,4% têm apertamento diurno, 41,5% têm zumbido.

2. Quanto ao questionário BPI, 74,53% dos pacientes relataram melhora da dor com o tratamento instituído.

3. Quanto ao questionário DN4, 11,3% têm dor neuropática.

4. Quanto ao questionário SF-36, todos os domínios tiveram pontuação menor que 50 pontos, exceto os Domínios Capacidade Funcional (52,45 pontos), Aspectos Sociais (60,57 pontos) e Saúde Mental (65,96 pontos).

5. De acordo com o EADS-21, o Domínio Estresse teve maior média (6,02 pontos), seguido por Ansiedade (4,51 pontos) e Depressão (3,53 pontos).

6. O Score EPCD foi de 1,26 pontos e a maioria dos pacientes (83%) teve baixa catastrofização.

7. A maioria (51%) têm baixa atividade da doença (Score ESSDAI =2,7).

8. A maioria (67,9) têm alto nível de sintoma incapacitante (Score ESSPRI≥5)

9. Principais fatores que contribuem para a pior qualidade de vida em pacientes com SS primária são fadiga, depressão, ansiedade, xerose, dor, estresse.

10. Necessidade de um grupo de apoio - Criação do GAAPS (Grupo de Apoio às Pacientes com Síndrome de Sjögren). Vide Apêndice B e Apêndice C.

REFERÊNCIAS[1]

Al-Hashimi I, Khuder S, Haghighat N, et al. Frequency and predictive value of the clinical manifestations in Sjögren's syndrome. J Oral Pathol Med. 2001 Jan;30(1):1-6.

Almstahl A, Kroneld U, Tarkowski A, et al. Oral microbial flora in Sjögren's syndrome. J Rheumatol. 1999 Jan;26(1):110-4.

Avouac J, Airò P, Dieude P, et al. Associated autoimmune diseases in systemic sclerosis define a subset of patients with milder disease: results from 2 large cohorts of European Caucasian patients. J Rheumatol. 2010 Mar;37(3):608-14.

Baer AN, Maynard JW, Shaikh F, et al. Secondary Sjogren's syndrome in systemic lupus erythematosus defines a distinct disease subset. J Rheumatol. 2010 Jun;37(6):1143-9.

Baldini C, Pepe P, Quartuccio L, et al. Primary Sjogren's syndrome as a multi-organ disease: impact of the serological profile on the clinical presentation of the disease in a large cohort of Italian patients. Rheumatology (Oxford). 2014 May;53(5):839-44.

Birnbaum J. Peripheral nervous system manifestations of Sjögren syndrome: clinical patterns, diagnostic paradigms, etiopathogenesis, and therapeutic strategies. Neurologist. 2010 Sep;16(5):287-97.

Bloch KJ, Buchanan WW, Wohl MJ, Bunim JJ. Sjoegren's syndrome. A clinical, pathological and serological study of sixty-two cases. Medicine (Baltimore) 1965 May;44:187-231.

Bournia VK, Vlachoyiannopoulos PG. Subgroups of Sjögren syndrome patients according to serological profiles. J Autoimmun. 2012 Aug;39(1-2):15-26

Bowman SJ, Booth DA, Platts RG. Measurement of fatigue and discomfort in primary Sjogren's syndrome using a new questionnaire tool. Rheumatology (Oxford). 2004 Jun;43(6):758-64.

Brito-Zerón P, Baldini C, Bootsma H, et al. Sjögren syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2016a Jul 7;2:16047.

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

Brito-Zerón P, Kostov B, Solans R, et al. Systemic activity and mortality in primary Sjögren syndrome: predicting survival using the EULAR-SS Disease Activity Index (ESSDAI) in 1045 patients. Ann Rheum Dis. 2016b Feb;75(2):348-55.

Carmona L, González-Alvaro I, Balsa A, et al. Rheumatoid arthritis in Spain: occurrence of extra-articular manifestations and estimates of disease severity. Ann Rheum Dis. 2003 Sep;62(9):897-900.

Carr AJ, Ng WF, Figueiredo F, et al. Sjögren's syndrome - an update for dental practitioners. Br Dent J. 2012 Oct;213(7):353-7.
Champey J, Corruble E, Gottenberg JE, et al. Quality of life and psychological status in patients with primary Sjögren's syndrome and sicca symptoms without autoimmune features. Arthritis Rheum. 2006 Jun 15;55(3):451-7.

Cho HJ, Yoo JJ, Yun CY, et al. The EULAR Sjogren's syndrome patient reported index as an independent determinant of health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome patients: in comparison with non-Sjogren's sicca patients. Rheumatology (Oxford). 2013 Dec;52(12):2208-17.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999 Mai-Jun;39(3):143-50.

Cornec D, Jamin C, Pers JO. Sjögren's syndrome: where do we stand, and where shall we go? J Autoimmun. 2014 Jun;51:109-14.

Daniels TE. Do we need new diagnostic criteria for Sjögren's syndrome? Presse Med. 2012 Sep;41(9 Pt 2):e441-9.

de Leeuw R . Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4a ed. São Paulo: Quintessence Editora Ltda; 2010.

Durai M, Searchfield G. Anxiety and depression, personality traits relevant to tinnitus: A scoping review. Int J Audiol. 2016 Jul 7:1-11. [Epub ahead of print]

Dutt P, Chaudhary S, Kumar P. Oral health and menopause: a comprehensive review on current knowledge and associated dental management. Ann Med Health Sci Res. 2013 Jul;3(3):320-3.

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders:

review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord. 1992 Fall;6(4):301-55.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196(4286):129-36.

Enger TB, Palm Ø, Garen T, et al. Oral distress in primary Sjögren's syndrome: implications for health-related quality of life. Eur J Oral Sci. 2011 Dec;119(6):474-80.

Escudero D, Latorre P, Codina M, et al. Central nervous system disease in Sjögren's syndrome. Ann Med Interne (Paris). 1995;146(4):239-42.

Fernandes JD, Nico MM, Aoki V, et al. Xerostomia in Sjögren's syndrome and lupus erythematosus: a comparative histological and immunofluorescence study of minor salivary glands alterations. J Cutan Pathol. 2010 Apr;37(4):432-8.

Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer. 2011 Apr;19(4):505-11.

Flor H, Behle DJ, Birbaumer N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. Behav Res Ther. 1993 Jan;31(1):63-73.

Font J, Ramos-Casals M, de la Red G, et al. Pure sensory neuropathy in primary Sjögren's syndrome. Longterm prospective followup and review of the literature. J Rheumatol. 2003 Jul;30(7):1552-7.

Fox PC, Atkinson JC, Macynski AA, et al. Pilocarpine treatment of salivary gland hypofunction and dry mouth (xerostomia). Arch Intern Med. 1991 Jun;151(6):1149-52.

Fox RI, Dixon R, Guarrasi V, et al. Treatment of primary Sjögren's syndrome with hydroxychloroquine: a retrospective, open-label study. Lupus. 1996 Jun;5 Suppl 1:S31-6.

Furquim BD, Flamengui LM, Conti PC. TMD and chronic pain: a current view. Dental Press J Orthod. 2015;20(1):127-33.

García-Carrasco M, Ramos-Casals M, Rosas J, et al. Primary Sjögren syndrome: clinical and immunologic disease patterns in a cohort of 400 patients. Medicine (Baltimore). 2002 Jul;81(4):270-80.

Ghafoor M. Sjögren's before Sjögren: did Henrik Sjögren (1899-1986) really discover Sjögren's disease? J Maxillofac Oral Surg. 2012 Sep;11(3):373-4.

Gökçay F, Oder G, Celebisoy N, et al. Headache in primary Sjögren's syndrome: a prevalence study. Acta Neurol Scand. 2008 Sep;118(3):189-92.

Gonçalves DA, Dal Fabbro AL, Campos JA, et al. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. J Orofac Pain. 2010 Summer;24(3):270-8.

Gottenberg JE, Ravaud P, Puéchal X, et al. Effects of hydroxychloroquine on symptomatic improvement in primary Sjögren syndrome: the JOQUER randomized clinical trial. JAMA. 2014 Jul 16;312(3):249-58.

Guaita M, Högl B. Current treatments of bruxism. Curr Treat Options Neurol. 2016 Feb;18(2):10.

Guobis Z, Baseviciene N, Paipaliene P, et al. Aspects of xerostomia prevalence and treatment among rheumatic inpatients. Medicina (Kaunas). 2008;44(12):960-8.

Hackett KL, Deane KH, Strassheim V, et al. A systematic review of non-pharmacological interventions for primary Sjögren's syndrome. Rheumatology (Oxford). 2015 Nov;54(11):2025-32.

Haugen AJ, Peen E, Hultén B, et al. Estimation of the prevalence of primary Sjögren's syndrome in two age-different community-based populations using two sets of classification criteria: the Hordaland Health Study. Scand J Rheumatol. 2008 Jan-Feb;37(1):30-4.

Herman CR, Schiffman EL, Look JO, et al. The effectiveness of adding pharmacologic treatment with clonazepam or cyclobenzaprine to patient education and self-care for the treatment of jaw pain upon awakening: a randomized clinical trial. J Orofac Pain. 2002 Winter;16(1):64-70.

Hernández-Molina G, Leal-Alegre G, Michel-Peregrina M. The meaning of anti-Ro and anti-La antibodies in primary Sjögren's syndrome. Autoimmun Rev. 2011 Jan;10(3):123-5.

Hietaharju A, Jäntti V, Korpela M, et al. Nervous system involvement in systemic lupus erythematosus, Sjögren syndrome and scleroderma. Acta Neurol Scand. 1993 Oct;88(4):299-308.

Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. J Prosthet Dent. 2001 Feb;85(2):162-9.

Hyphantis T, Mantis D, Voulgari PV, et al. The psychological defensive profile of primary Sjögren's syndrome patients and its relationship to health-related quality of life. Clin Exp Rheumatol. 2011 May-Jun;29(3):485-93.

Inal V, Kitapcioglu G, Karabulut G, et al. Evaluation of quality of life in relation to anxiety and depression in primary Sjögren's syndrome. Mod Rheumatol. 2010 Dec;20(6):588-97.

Jin H, Patil PM, Sharma A. Topical review: the enigma of fibromyalgia. J Oral Facial Pain Headache. 2014 Spring;28(2):107-18.

Johnson EO, Vlachoyiannopoulos PG, Skopouli FN, et al. Hypofunction of the stress axis in Sjögren's syndrome. J Rheumatol. 1998 Aug;25(8):1508-14.

Jonsson R, Vogelsang P, Volchenkov R, et al. The complexity of Sjögren's syndrome: novel aspects on pathogenesis Immunol Lett. 2011 Dec;141(1):1-9.

Kanellopoulos P, Baltoyiannis C, Tzioufas AG. Primary Sjögren's syndrome associated with inclusion body myositis. Rheumatology (Oxford). 2002 Apr;41(4):440-4.

Kassan SS, Moutsopoulos HM. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögren syndrome. Arch Intern Med. 2004 Jun 28;164(12):1275-84.

Klasser GD, Balasubramaniam R, Epstein J. Topical review-connective tissue diseases: orofacial manifestations including pain. J Orofac Pain. 2007 Summer;21(3):171-84.

Kruize AA, Hené RJ, Kallenberg CG, et al. Hydroxychloroquine treatment for primary Sjögren's syndrome: a two year double blind crossover trial. Ann Rheum Dis. 1993 May;52(5):360-4.

Lee YH, Kho HS. A primary Sjögren's Syndrome patient presented with severe general toothache. J Oral Med Pain. 2015;40(3):130-34.

Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc. 1993 Oct;124(10):115-21.

Lisi S, Sisto M, D'Amore M, et al. Emerging avenues linking inflammation, angiogenesis and Sjögren's syndrome. Cytokine. 2013 Mar;61(3):693-703.

List T, Helkimo M. A scale for measuring the activities of daily living (ADL) of patients with craniomandibular disorders. Swed Dent J. 1995;19(1-2):33-40.

List T, Stenström B, Lundström I, et al. TMD in patients with primary Sjögren Syndrome: a comparison with temporomandibuiar clinic cases and controls. J Orofac Pain. 1999 Winter;13(1):21-8.

Maldini C, Seror R, Fain O, et al. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome in a French multiracial/multiethnic area. Arthritis Care Res (Hoboken). 2014 Mar;66(3):454-63.

Mandel L, Surattanont F. Bilateral parotid swelling: a review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Mar;93(3):221-37.

Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011 Oct;112(4):453-62.

Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Rev Bras Reumatol. 2011;51(4):299-308.

Martinez MC, Paraguay AIBB, Larrote MRDO. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):55-61.

Mavragani CP, Tzioufas AG, Moutsopoulos HM. Sjögren's syndrome: autoantibodies to cellular antigens. Clinical and molecular aspects. Int Arch Allergy Immunol. 2000 Sep;123(1):46-57.

Meijer JM, Meiners PM, Huddleston Slater JJ, et al. Health-related quality of life, employment and disability in patients with Sjogren's syndrome. Rheumatology (Oxford). 2009 Sep;48(9):1077-82.

Meiners PM, Arends S, Brouwer E, et al. Responsiveness of disease activity indices ESSPRI and ESSDAI in patients with primary Sjögren's syndrome treated with rituximab. Ann Rheum Dis. 2012 Aug;71(8):1297-302.

Merskey H, Bogduk N. classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994.

Mick G, Baron R, Correa-Illanes G, et al. s an easy and reliable diagnosis of localized neuropathic pain (LNP) possible in general practice? Development of a screening tool based on IASP criteria. Curr Med Res Opin. 2014 Jul;30(7):1357-66.

Moerman RV, Arends S, Meiners PM, et al. EULAR Sjogren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI) is sensitive to show efficacy of rituximab treatment in a randomised controlled trial. Ann Rheum Dis. 2014 Feb;73(2):472-4.

Morais LM, Mascarenhas SAN, Ribeiro JLP. Estudo exploratório das escalas de estresse, ansiedade e depressão: orientação para a saúde psicológica na universidade e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico – um estudo com estudantes do IEAA/UFAM. Semana Educa [Internet] 2010 [citado 17 jul. 2016]. Disponível em: http://www.periodicos.unir.br/index.php/semanaeduca/article/view/123/163

Mori K, Iijima M, Koike H, et al. The wide spectrum of clinical manifestations in Sjögren's syndrome-associated neuropathy. Brain. 2005 Nov;128(Pt 11):2518-34.

Mota DDCF, da Cruz, DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):285-93.

Netter FH, Dalley AF. Atlas of human anatomy. East Hanover, NJ: Novartis; 1997.

Nicholas MK, Molloy A, Tonkin L, et al. Manage your pain: pratical and positive ways of adapting to chronic pain. Sydney: ABC Books; 2000.

Okeson JP. Bell's orofacial pains: the clinical management of orofacial pain. Chicago: Quintessence; 2005.

Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

Paganotti MA, Valim V, Serrano EV, Miyamoto ST, Giovelli RA, Santos MCLFS. Validação e propriedades psicométricas do Eular Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) para a língua portuguesa. Rev. Bras. Reumatol. 2015 Oct;55(5):439-45.

Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa

das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicol Saúde & Doenças. 2004;5(2):229-39.

Patel R, Shahane A. The epidemiology of Sjögren's syndrome. Clin Epidemiol. 2014 Jul 30;6:247-55.

Pedroso RA, Celich KL. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto Contexto - Enferm. 2006;15(2):270-6.

Pocinho M. O livro que explica a estatística que precisa em 13 aulas IBM-SPSS & Excel. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimba, Instituto Superior Miguel Torga; 2014.

Poveda Roda R, Bagan JV, Díaz Fernández JM, et al. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Aug;12(4):E292-8.

Proctor GB. The physiology of salivary secretion. Periodontol 2000. 2016 Feb;70(1):11-25.

Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Sisó-Almirall A, et al. Topical and systemic medications for the treatment of primary Sjögren's syndrome. Nat Rev Rheumatol. 2012 May 1;8(7):399-411.

Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Solans R, et al. Systemic involvement in primary Sjogren's syndrome evaluated by the EULAR-SS disease activity index: analysis of 921 Spanish patients (GEAS-SS Registry). Rheumatology (Oxford). 2014 Feb;53(2):321-31.

Ramos-Casals M, Anaya JM, García-Carrasco M, et al. Cutaneous vasculitis in primary Sjögren's syndrome. Classification and clinical significance of 52 patients. Medicine (Baltimore). 2004 Mar;83(2):96-106.

Ramos-Casals M, Tzioufas AG, Font J. Primary Sjögren's syndrome: new clinical and therapeutic concepts. Ann Rheum Dis. 2005 Mar;64(3):347-54.

Risselada AP, Kruize AA, Goldschmeding R, et al. The prognostic value of routinely performed minor salivary gland assessments in primary Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis. 2014 Aug;73(8):1537-40.

Santos JG, Brito JO, de Andrade DC, et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. J Pain. 2010 May;11(5):484-90.

Sardá Jr. J, Nicholas MK, Pereira IA, et al. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. Acta Fisiátr. 2008;15(1):31-6.

Scully C. Oral parameters in the diagnosis of Sjogren's syndrome. Clin Exp Rheumatol. 1989 Mar-Apr;7(2):113-7.

Segal B, Bowman SJ, Fox PC, et al. Primary Sjögren's Syndrome: health experiences and predictors of health quality among patients in the United States. Health Qual Life Outcomes. 2009 May 27;7-46.

Segal BM, Pogatchnik B, Rhodus N, et al. Pain in primary Sjögren's syndrome: the role of catastrophizing and negative illness perceptions. Scand J Rheumatol. 2014;43(3):234-41.

Seror R, Bootsma H, Saraux A, et al. Defining disease activity states and clinically meaningful improvement in primary Sjögren's syndrome with EULAR primary Sjögren's syndrome disease activity (ESSDAI) and patient-reported indexes (ESSPRI). Ann Rheum Dis. 2016 Feb;75(2):382-9.

Seror R, Bowman SJ, Brito-Zeron P, et al. EULAR Sjögren's syndrome disease activity index (ESSDAI): a user guide. RMD Open. 2015a Feb 20;1(1):e000022.

Seror R, Ravaud P, Bowman SJ, et al. EULAR Sjogren's syndrome disease activity index: development of a consensus systemic disease activity index for primary Sjogren's syndrome. Ann Rheum Dis. 2010 Jun;69(6):1103-9.

Seror R, Ravaud P, Mariette X, et al. EULAR Sjogren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI): development of a consensus patient index for primary Sjogren's syndrome. Ann Rheum Dis. 2011 Jun;70(6):968-72.

Seror R, Theander E, Bootsma H, et al. Outcome measures for primary Sjögren's syndrome: a comprehensive review. J Autoimmun. 2014 Jun;51:51-6.

Seror R, Theander E, Brun JG3, et al. Validation of EULAR primary Sjögren's syndrome disease activity (ESSDAI) and patient indexes (ESSPRI). Ann Rheum Dis. 2015b May;74(5):859-66.

Serrano EV, Valim V, Miyamoto ST, Giovelli RA, Paganotti MA, Cadê NV. Adaptação transcultural do "EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI)" para a língua portuguesa. Rev. Bras. Reumatol. 2013 DeC;53(6):483-93.

Shen CC, Yang AC, Kuo BI , et al. Risk of psychiatric disorders following primary Sjögren Syndrome: a nationwide populationbased retrospective cohort study. J Rheumatol. 2015 Jul;42(7):12038.

Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, et al. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Apr;64(4):475-87.

Siqueira JT, Teixeira MJ. Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes Médicas; 2012. 816 p.

Skopouli FN, Dafni U, Ioannidis JP, et al. Clinical evolution, and morbidity and mortality of primary Sjögren's syndrome. Semin Arthritis Rheum. 2000 Apr;29(5):296-304.

Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA studies. J Dent Res. 2016 Jun 23. pii: 0022034516653743. [Epub ahead of print]

Soliotis FC, Mavragani CP, Moutsopoulos HM. Central nervous system involvement in Sjogren's syndrome. Ann Rheum Dis. 2004 Jun;63(6):616-20.

Soto-Rojas AE, Villa AR, Sifuentes-Osornio J, et al. Oral manifestations in patients with Sjögren's syndrome. J Rheumatol. 1998 May;25(5):906-10.

Tavares LM, da Silva Parente Macedo LC, Duarte CM, et al. Cross-sectional study of anxiety symptoms and self-report of awake and sleep bruxism in female TMD patients. Cranio. 2016 Apr 20:1-4. [Epub ahead of print]

Teixeira F, Moreira I, Silva AM, et al. Neurological involvement in Primary Sjögren Syndrome. Acta Reumatol Port. 2013 Jan-Mar;38(1):29-36.

Theander E, Jonsson R, Sjöström B, et al. Prediction of Sjögren's Syndrome years before diagnosis and identification of patients with early onset and severe disease course by autoantibody profiling. Arthritis Rheumatol. 2015 Sep;67(9):2427-36.

Thomas E, Hay EM, Hajeer A, et al. Sjögren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact. Br J Rheumatol. 1998 Oct;37(10):1069-76.

Tzioufas AG, Kapsogeorgou EK, Moutsopoulos HM. Pathogenesis of Sjögren's syndrome: what we know and what we should learn. J Autoimmun. 2012 Aug;39(1-2):4-8.

Tzioufas AG, Voulgarelis M. Update on Sjögren's syndrome autoimmune epithelitis: from classification to increased neoplasias. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007 Dec;21(6):989-1010.

Valim V, Zandonade E, Pereira AM, et al. Prevalência da síndrome de Sjögren primária em importante área metropolitana no Brasil. Rev Bras Reumatol. 2013 Fev;53(1):29-34.

Villa A, Wolff A, Aframian D, et al. World Workshop on Oral Medicine VI: a systematic review of medication-induced salivary gland dysfunction: prevalence, diagnosis, and treatment. Clin Oral Investig. 2015 Sep;19(7):1563-80.
Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. Ann Rheum Dis. 2002 Jun;61(6):554-8.

Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, et al. Grading the severity of chronic pain. Pain. 1992 Aug;50(2):133-49.

Walcott B. The lacrimal gland and its veil of tears. News Physiol Sci. 1998 Apr;13:97-103.

Wall GC, Magarity ML, Jundt JW. Pharmacotherapy of xerostomia in primary Sjögren's syndrome. Pharmacotherapy. 2002 May;22(5):621-9.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83.

World Health Organization. Cancer pain relief with a guide to opioid availability (2 ed.). Geneva: WHO;1996.

World Health Organization [homepage on the Internet]. Oral Health Fact Sheet nº 318; 2012 [citado 17 jul. 2016]. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/.

Yao Q, Altman RD, Wang X. Systemic lupus erythematosus with Sjögren syndrome compared to systemic lupus erythematosus alone: a meta-analysis. J Clin Rheumatol. 2012 Jan;18(1):28-32.

Youinou P, Pers JO. Latest update on the primary Sjögren's syndrome. Presse Med. 2012 Sep;41(9 Pt 2):e437-9.

Young A, Dixey J, Cox N, et al. How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). Rheumatology (Oxford). 2000 Jun;39(6):603-11.

Zero DT, Brennan MT, Daniels TE, et al. Clinical practice guidelines for oral management of Sjögren disease: Dental caries prevention. J Am Dent Assoc. 2016 Apr;147(4):295-305.

APÊNDICE A – Mudança de planos e planetas

Acho que se faz necessário explicar a mudança de planos ocorrida durante a realização desse trabalho. Quando escrevi o projeto em 2013, eu não tinha ideia da magnitude de uma pesquisa clínica e dos desdobramentos que estavam por acontecer.

Meu plano A era realizar uma pesquisa com três grupos de pacientes, assim como descrito no TCLE (Anexo C). Um grupo de pacientes com Síndrome de Sjögren, outro grupo de pacientes com DTM e o grupo controle formado por pacientes assintomáticos.

Iniciei o protocolo com as pacientes diagnosticadas com Síndrome de Sjögren e meu enfoque era puramente odontológico a princípio, mas depois de fazer a especialização multidisciplinar em Dor no Hospital Israelita Albert Einstein, entre 2013 e 2014, percebi que seria mais interessante me aprofundar nesse universo desconhecido.

A situação então se inverteu e me mudei para o plano B (e planeta) Síndrome de Sjögren, sendo a DTM um assunto satélite, assim como a qualidade de vida, a dor crônica e o perfil psicoemocional dessas mulheres. Por esse motivo, apenas pacientes com Síndrome de Sjögren participaram da pesquisa e os resultados obtidos foram comparados com dados disponíveis na literatura, não havendo comparação entre os grupos inicialmente planejados.

No recente Encontro de Reumatologia Avançada ocorrido em maio de 2016, especialistas rediscutiam critérios e classificações para a doença (o histórico revela que já foram propostos 12 critérios e classificações diferentes no período de 1965 e 2012). A Síndrome de Sjögren é multifacetada e às vezes tive a impressão de desconhecê-la ainda mais à medida em que me aproximava do universo das pacientes. Penso que enveredei por um caminho sem volta. Perdida num planeta abandonado, meus passos nunca mais serão iguais.

APÊNDICE B – Grupo de Apoio às Pacientes com Síndrome de Sjögren

Prezados professores, alunos e colaboradores,

Em nome do Núcleo de Apoio à Pesquisa (NAP-Saliva) e do Programa de Pós-Graduação em Diagnóstico Bucal, convidamos a Comunidade FOUSP e interessados para participarem da 1ª Reunião do Grupo de Apoio aos Pacientes com Síndrome de Sjögren (GAPSS).

A Síndrome de Sjögren é uma doença autoimune idiopática que afeta as glândulas lacrimais e salivares causando os sintomas clássicos de xeroftalmia e xerostomia nos pacientes, além de outros importantes acometimentos sistêmicos. A ideia da criação do GAPSS surgiu durante a realização de um projeto temático sobre Síndrome de Sjögren numa parceria firmada entre a FOUSP e o Ambulatório de Reumatologia do HCFMUSP, com grande colaboração da Dra. Sandra Pasoto.

Trata-se de uma importante iniciativa com o intuito de melhorar o apoio multidisciplinar ao paciente portador de Síndrome de Sjögren e foi inspirada no modelo empreendido pelo Dr. Roberto Takaoka, médico dermatologista criador do primeiro grupo de apoio para pacientes portadores de dermatite atópica na década de 1990, além de fundador e presidente da Associação de Apoio à Dermatite Atópica (AADA), uma organização sem fins lucrativos, cuja missão é promover a saúde dos portadores de dermatite atópica através da arte, da ciência e da educação.

Dentre os objetivos de um Grupo de Apoio, podemos citar (www.aada.org.br):

- Aproximar os pacientes de outras pessoas com o mesmo problema, criando um ambiente de compreensão mútua e facilitador da troca de experiências;
- Ser uma fonte de informação sobre a doença;
- Melhorar a relação entre profissionais da saúde/paciente;
- Melhorar a adesão ao tratamento;
- Estimular o autoconhecimento.

1ª Reunião do Grupo de Apoio aos Pacientes com Síndrome de Sjögren (GAPSS)

Data: 30 de novembro de 2015 (segunda-feira)
Horário: das 16:30 horas às 18:00 horas
Local: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155
Cerqueira César - São Paulo SP CEP 05403-900
Prédio dos Ambulatórios (em frente ao Instituto do Coração)
5º Andar, Bloco 2B (Ambulatório de Dermatologia)

Observação: Solicitamos a confirmação de presença via e-mail napsaliva@usp.br com nome completo para elaborarmos o certificado.

Contamos com a presença e interesse de todos!

A 1ª Reunião do Grupo de Apoio aos Pacientes com Síndrome de Sjögren (GAPSS) foi realizada no dia 30/11/2015, das 16:30 às 18:00 horas, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, sob coordenação da Dra. Silvia Vanessa Loureço e da aluna Thaís Borguezan Nunes.

A reunião contou com a presença de alunos da graduação, da pós-graduação e docentes da FOUSP, médicos, pacientes e funcionários do HCFMUSP, totalizando 38 participantes.

Primeira reunião do Grupo de Apoio às Pacientes com Síndrome de Sjögren (GAPSS)

Fonte: a autora

Equipe do Grupo de Apoio às Pacientes com Síndrome de Sjögren (GAPSS)

Fonte: a autora

Folder informativo sobre a Síndrome de Sjögren desenvolvido pelo GAPSS com apoio do NAP-Saliva USP

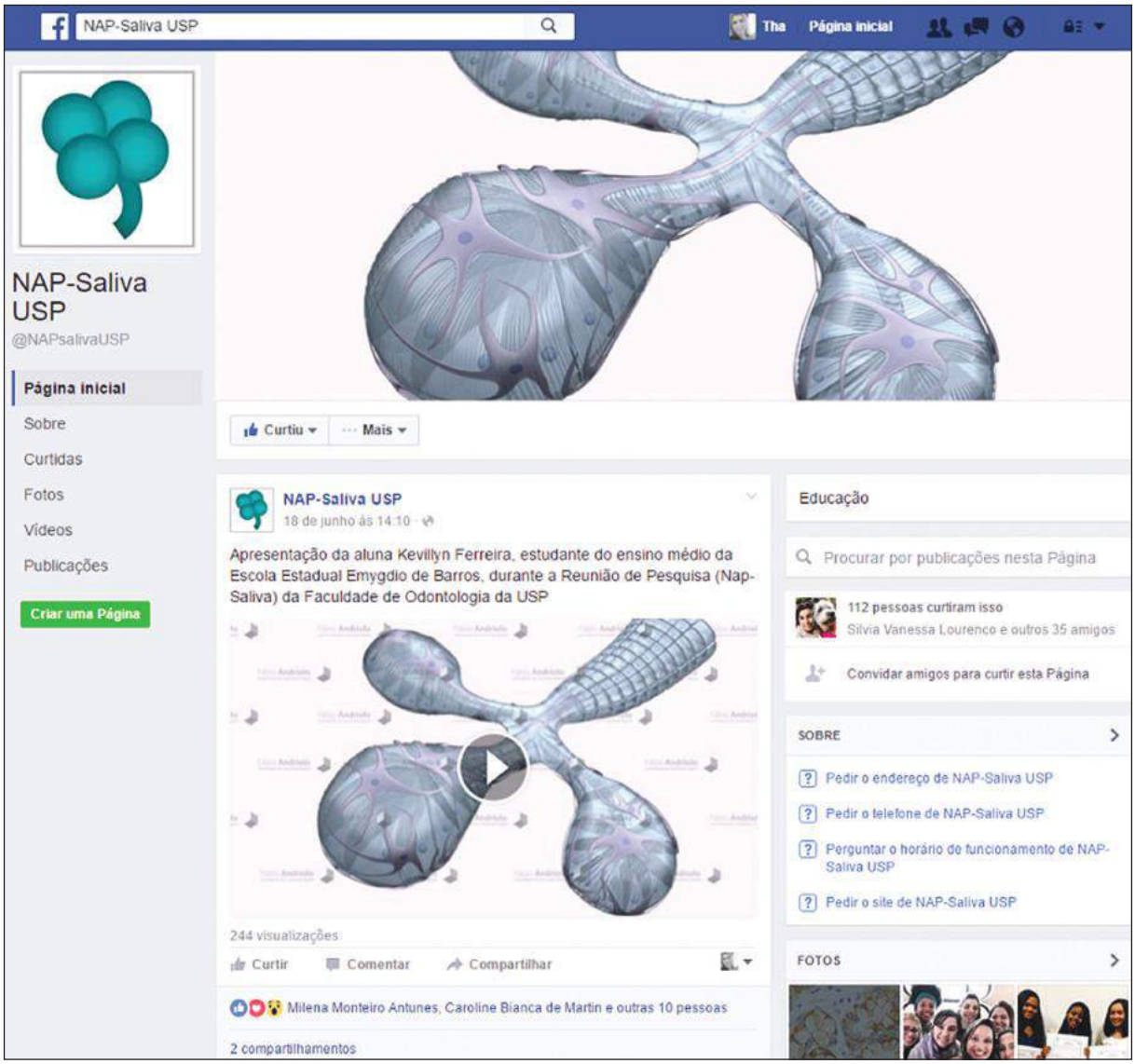
Fonte: a autora

Criamos um folheto explicativo com as principais dúvidas sobre o diagnóstico, os sintomas, o tratamento e o prognóstico da doença, contendo informações baseadas nos sites da Reumatologia HCFMUSP e da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro. Os folhetos foram entregues a todos os participantes da reunião.

Pretendemos continuar esse importante trabalho com as pacientes portadoras de Síndrome de Sjögren para que os resultados das pesquisas realizadas pela FOUSP, com apoio do NAP-Saliva, proporcionem efetiva melhora da qualidade de vida dessas mulheres.

Foi desenvolvida uma página no Facebook chamada NAP-Saliva USP (@NAPsalivaUSP) que permitirá maior alcance na divulgação dos eventos e troca de informações entre pacientes e profissionais de saúde.

Página do NAP-Saliva USP na rede social Facebook



Fonte: a autora

APÊNDICE C – Flor de cacto

Talvez alguns leitores tenham curiosidade sobre minha obsessão por citar Clarice Lispector em praticamente todas as epígrafes – pasmem, retiradas do mesmo livro – e certo estranhamento acerca da epígrafe musical introdutória de Herbert Vianna, único homem em meio a tantas personagens femininas nessa tese. Confesso que Clarice e Herbert não figuram à toa nas epígrafes, nem na minha vida.

Uma Aprendizagem ou O Livro dos Prazeres, lançado em 1969, é uma obra "lado B" da autora que há quase uma década caiu em minhas mãos, não sei dizer bem o porquê (penso que era para ser). Na minha opinião, Clarice é uma espécie de visionária, porque muitos falam de dor, mas apenas ela escreve de forma tão sensível sobre a dor que chega a ser uma secura existencial, a secura estéril e pungente, a falta de saliva na língua comum a todos os seres humanos.

Especialistas em dor frequentemente trabalham com escalas que versam sobre a intensidade do sintoma – dor leve, moderada, intensa. Porém, ao realizar as entrevistas e escutar a queixa das pacientes com Síndrome de Sjögren, eu me deparei com o aquilo que nenhum dos questionários previra - dores secas, áridas, desérticas.

Apesar de lidar com o tema dor e planejar o passo a passo dessa pesquisa, só a compreendi de fato quando escutei essas mulheres. As pacientes, no sentido de que todas tiveram muita paciência comigo, foram também generosas ao me mostrarem a realidade por trás de um diagnóstico. Queixa de *sicca*. Ro+. FAN+. La+. Schirmer+. Bx glandular compatível com Síndrome de Sjögren. Prontuários guardam apenas siglas, números, exames, avaliações, evoluções, condutas. Vidas são histórias. Eu fui a escritora dessas biografias, todas autorizadas pelas protagonistas. Elas não sabiam o que esperar de mim e a recíproca era verdadeira.

Eu sempre digo aos amigos próximos que existem muitas vidas dentro de uma só. Posso afirmar que o meu marco pessoal é a divisão que faço entre a.HC / d.HC – antes do Hospital das Clínicas e depois dos Hospital das Clínicas. É difícil expressar em palavras o radicalismo da transformação que me causou essa nova Era. Citaria inúmeros ganhos curriculares, entretanto vou me ater ao extracurricular mais importante: experiência profunda de autoconhecimento. Eu não passei incólume por essa pesquisa, pois ao tocar as dores do outro, tive que encarar as minhas durante todo o tempo.

Após um ano frequentando a Reumatologia do HCFMUSP e recrutando voluntárias, comecei meu protocolo de pesquisa com as pacientes diagnosticadas com Síndrome de Sjögren. Passei pelo menos 2 horas entrevistando e examinado cada uma das 53 mulheres

que gentilmente permitiram que eu tocasse e mapeasse minimamente suas dores nas esferas físicas, psíquicas e sociais. Foram relatos e confissões que eu jamais imaginava escutar.

Logo na primeira entrevista que realizei, percebi que em certo momento a paciente respondeu a uma pergunta com voz embargada. Eu havia me preparado para momentos delicados, por isso havia na sala um pacotinho de lenços de papel. Saquei um dos lenços e ofereci a ela, que o empurrou de volta contra minha mão. "Lágrima eu não tenho, eu choro com o coração. Se eu tivesse lágrima, talvez doesse menos. O meu corpo inteiro sente falta da lágrima". Engoli suas palavras a seco na ocasião. Pacientes com Síndrome de Sjögren engolem a seco como rotina. Fiz uso do lenço recusado ao término da entrevista.

Aprendi que a doença em si é punitiva porque extravasar se torna verbo inconjugável – e isso nenhum questionário afere. Extravasar lágrima, alegria, saliva, mágoa, amor. Como superar a perda, elaborar o luto sem lágrimas? Choros por vezes são resolutivos, marcos de alívio em estados de tensão. "Chore tudo o que você tem para chorar e siga em frente" é prática impossível. A sociedade também julga a falta de lágrimas, como exemplificou uma das pacientes que foi repreendida e taxada de "filha desnaturada" por familiares durante o enterro de seu pai.

Descobri que há situações nas quais a cumplicidade de um silêncio é acalentadora. O silêncio preenche todo o vazio inatingível pela palavra. Momentos como esses aconteceram tantas vezes que não consigo precisar. Apenas eu ficava em silêncio enquanto as mulheres me falavam sobre a dificuldade do choro em si, do sofrimento causado pela dor que não se expulsa para o lado de fora, do beijo que morre colado dentro da boca. Clarice falava do choro mudo, profundo como petróleo rasgando a terra. Eu vi a sombra do petróleo nos olhos vermelhos e ressequidos de tantas mulheres, relatos que não são passíveis de estatísticas, mas acompanham as epígrafes claricianas de mãos dadas. Do lado esquerdo, Lispector é flor de lis no peito; do lado direito, Sjögren é flor de cacto.

Sobre a epígrafe inicial tenho também uma história para contar. Encontrei Herbert Vianna no camarim após um show em São Paulo. Em certo momento de sua conversa com outro fã, ele comentou que abdicara do vinho por conta dos remédios. Logo deduzi se tratar de remédios para alívio da dor e não me contive ao puxar conversa sobre o assunto. Surpreendentemente ele me falou sobre suas dores mais intensas e invisíveis aos olhos do público.

Seu relato bateu como estilhaço em mim. É muito difícil lidar com a dor humana, principalmente de quem amamos. Conversamos sobre minha pesquisa e revelei que um trecho da música Mr. Scarecrow seria a epígrafe de abertura desse trabalho porque traduzia

de maneira fiel a percepção que tive das pacientes com Síndrome de Sjögren em mais de 100 horas de entrevista. Ele retribuiu com palavras doces, beijou minha mão e sorriu. Fiquei alguns momentos em silêncio apenas tentando lidar com a minha dor pós-estilhaço misturada com a felicidade daquele momento.

Retornando para casa, assim como tantas vezes voltei do HC, chorei ao som de Mr. Scarecrow... Mas talvez tenha sido apenas o orvalho da manhã.

ANEXO A – Parecer do CEP da FOUSP

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren

Pesquisador: Silvia Vanessa Lourenço

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35563114.8.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade de Sao Paulo

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 835.682

Data da Relatoria: 17/10/2014

Apresentação do Projeto:

A dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável que ocorre na presença de dano tecidual ou potencial, englobando dimensões discriminativas, afetivas, motivacionais e cognitivas. Devido a sua relevância clínica, considera-se a dor como um sintoma importante em todos os diagnósticos e abordagens terapêuticas. Em pacientes com doenças do tecido conjuntivo, a dor pode ser causada por alterações presentes em diversos órgãos e estruturas, sendo a região orofacial um importante sítio de acometimento. A Disfunção Temporomandibular (DTM) se refere a várias doenças que envolvem os músculos da mastigação e/ou a articulação temporomandibular (ATM). A queixa de dor dos pacientes está geralmente localizada na área pré-auricular e nos músculos mastigatórios, com piora relacionada às funções essenciais de mastigação, fala e abertura da boca. Sabe-se que a DTM é uma comorbidade comum em pacientes diagnosticados com doenças do grupo das colagenoses, como a artrite reumatóide e o lupus eritematoso sistêmico, por exemplo. No entanto, quase nada se sabe sobre a presença de DTM em pacientes portadores da Síndrome de Sjögren (SS), doença autoimune caracterizada principalmente pelo acometimento de glândulas salivares e lacrimais que leva à secura bucal e ocular, conhecida como síndrome sicca. A SS está relacionada ao extremo desconforto da cavidade oral pela xerostomia

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

inerente ao quadro, mas outras manifestações importantes como parotidites de repetição, glossodínia, disgeusia, aumento do risco de cárie e candidíase também podem estar presentes.Apesar do impacto negativo causado pela dor crônica e a associação de dor com fadiga, distúrbios do sono e sofrimento psicológico, há uma escassez de dados no tocante ao perfil dos pacientes com SS, que apresentam uma grande variedade de sinais e sintomas relacionados à natureza da doença autoimune. Por outro lado, há indícios de que alguns pacientes com DTM sofram boa
parte da vida com altos níveis de estresse, ansiedade de depressão por causa da dor.O objetivo principal deste estudo será verificar a prevalência de DTM em mulheres com diagnóstico de SS e secundariamente fazer uma análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais entre um grupo de mulheres com SS e outro grupo com DTM.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O estudo será realizado para verificar a prevalência de Disfunção Temporomandibular em mulheres com Síndrome de Sjögren.

Objetivo Secundário: Fazer a análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais entre um grupo de mulheres com Síndrome de Sjögren e outro grupo com Disfunção Temporomandibular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores relatam como riscos: "A pesquisa proposta não oferece riscos biológicos para os examinadores ou para os pacientes. Os riscos desta pesquisa são praticamente nulos. O exame de palpação da musculatura e das articulações pode gerar desconforto e dolorimento momentâneos, porque é necessário tocar a dor do paciente para poder compreendê-la. A palpação não é um procedimento invasivo e será feita de forma controlada, sem causar qualquer tipo de lesão temporária ou definitiva." E como benefícios:"1. para a pesquisa: a elucidação de possíveis correlações entre a Síndrome de Sjögren e a Disfunção Temporomandibular. 2. para o paciente: a pesquisa proverá um exame minucioso dos pacientes envolvidos, com a possibilidade de elucidação diagnóstica da dor e tratamento dos pacientes diagnosticados com DTM a ser realizado pela pesquisadora na Liga Interdisciplinar de Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (LID-FOUSP)."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências apontadas anteriormente foram atendidas.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 835.682

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados: TCLE, Folha de rosto, Projeto, Autorização das Clínicas relacionadas ao projeto e questionários.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 17 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

ANEXO B – Parecer do CEP do HCFMUSP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren

Pesquisador: Silvia Vanessa Lourenço

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35563114.8.3001.0068

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade de Sao Paulo

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 935.583

Data da Relatoria: 27/01/2015

Apresentação do Projeto:

Protocolo já aprovado por este CEP conforme parecer nº 884.452 emitido em 25.11.14

Objetivo da Pesquisa:

Protocolo já aprovado por este CEP conforme parecer nº 884.452 emitido em 25.11.14

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Protocolo já aprovado por este CEP conforme parecer nº 884.452 emitido em 25.11.14

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo já aprovado por este CEP conforme parecer nº 884.452 emitido em 25.11.14

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo já aprovado por este CEP conforme parecer nº 884.452 emitido em 25.11.14

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo já aprovado por este CEP conforme parecer nº 884.452 emitido em 25.11.14

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 935.583

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 21 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Joel Faintuch
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

Assinale: **Sujeito da Pesquisa ( ) ou Responsável Legal* ( )**

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: M( ) F( )
Profissão: _____ Estado civil: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Tel: _____ Cel: _____
E-mail: _____
*Caso seja o **Responsável Legal**, diga o grau de parentesco: _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do protocolo de pesquisa

"Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren".

2. Apresentação do estudo e objetivo(s)

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa. Os objetivos desta pesquisa serão verificar a prevalência de Disfunção Temporomandibular em mulheres com Síndrome de Sjögren e também fazer a análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais (dores na boca, no rosto e na cabeça) entre um grupo de mulheres com Síndrome de Sjögren e outro grupo com Disfunção Temporomandibular.

3. Descrição dos procedimentos que serão realizados e seus propósitos

Serão avaliadas 120 pacientes divididas em 03 grupos distintos, sendo a disposição dos grupos da seguinte forma:

- Grupo A – 40 pacientes assintomáticas (grupo controle)
- Grupo B – 40 pacientes com Disfunção Temporomandibular
- Grupo C – 40 pacientes com Síndrome de Sjögren

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável legal: _____

Rubrica da pesquisadora: _____

3.1. Anamnese

Todas as pacientes passarão por uma anamnese detalhada, que abordará aspectos da saúde geral e bucal, com o propósito de investigar problemas de saúde pré-existentes, tratamentos médicos e odontológicos realizados e medicações em uso.

3.2. Exame clínico

Todas as pacientes recrutadas passarão por exame clínico de palpação digital dos músculos da face, da cabeça, do pescoço e das articulações temporomandibulares.

3.2. Preenchimento de questionários

Todas as pacientes deverão responder os seguintes questionários que são utilizados internacionalmente, compostos por perguntas recomendadas para avaliação, mapeamento e classificação de dores em geral:

1º. Questionário RDC/TMD – para diagnosticar a Disfunção Temporomandibular;
2º. Questionário DN4 – para classificar o tipo de dor quando presente;
3º. Questionário BDI – para avaliar de forma global a intensidade e localização da dor presente e o quanto este sintoma interfere nas atividades de vida diária;
4º. Questionário SF-36 – para avaliar a percepção da paciente quanto ao seu estado geral e sua qualidade de vida;
5º. Questionário EADS-21 – para diagnosticar fenômenos de ansiedade, estresse e depressão apresentados pelas pacientes.
6º. Questionário EPCD – para verificar os pensamentos automáticos das pacientes frente à dor.

4. Data e local para realização da pesquisa:

A pesquisa será realizada às segundas, quartas e sextas-feiras, no horário das 8:00 às 18:00 horas, no Ambulatório de Estomatologia, sala 9, Bloco 2B - Divisão de Dermatologia, no 5º. Andar do Prédio dos Ambulatórios (PAMB) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizado à Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - São Paulo - SP - CEP: 05403-900.

Será necessária 01 (uma) consulta com duração aproximadamente de 03 (três) horas para realização de anamnese, exame clínico e aplicação de todos os questionários. A data e o horário da consulta serão agendados de acordo com a preferência da paciente, levando-se em consideração a disponibilidade da sala.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável legal: _____

Rubrica da pesquisadora: _____

5. Riscos

Os riscos desta pesquisa são praticamente nulos. O exame de palpação da musculatura e das articulações pode gerar desconforto e dolorimento momentâneos, porque é necessário tocar a dor do paciente para poder compreendê-la. A palpação não é um procedimento invasivo e será feita de forma controlada, sem causar qualquer tipo de lesão temporária ou definitiva.

Algumas perguntas dos questionários podem parecer repetitivas e cansativas, mas são necessárias para a investigação das diferentes dimensões da dor. O processo de avaliação pode ser interrompido por qualquer motivo e a qualquer momento, caso você assim deseje.

6. Benefícios

Sua colaboração é de extrema importância para o avanço do conhecimento científico. Ajudando no mapeamento e percepção das diferentes formas de manifestação da dor, você poderá ter o benefício do diagnóstico e do entendimento deste sintoma, favorecendo a melhora no seu tratamento.

7. Garantia de acesso e de sigilo

A qualquer tempo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas e para dar sua opinião. A principal pesquisadora é a Profa. Dra. Silvia Vanessa Lourenço (CROSP 56.737) e a pesquisadora executante é a aluna de doutorado Thaís Borguezan Nunes (CROSP 92.966). Ambas poderão ser encontradas no Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, localizado à Avenida Prof. Lineu Prestes, 2227, Cidade Universitária - Butantã - São Paulo - SP - CEP 05508-000. Você também poderá entrar em contato pelo e-mail thaborg@gmail.com ou pelo telefone (011) 942219649.

É garantida a liberdade de retirada deste consentimento e de abandono do estudo a qualquer momento, sem prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição. Você tem direito de confidencialidade e as informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente. É seu direito ser informada sobre os resultados parciais e finais que sejam do conhecimento das pesquisadoras.

8. Despesas e compensações

Não há despesas pessoais para a participante em qualquer etapa do estudo, incluindo anamnese, exame clínico e aplicação dos questionários realizados durante a consulta.

Também não há compensação financeira ou de qualquer outra natureza relacionada a sua participação.

9. Reutilização dos dados da pesquisa

( ) SIM*, autorizo a utilização de dados em outra pesquisa.
( ) NÃO autorizo a utilização de dados em outra pesquisa.

*Caso a resposta acima seja sim, escolha uma das opções abaixo:

( ) SIM, quero ser consultado da utilização dos meus dados em outra pesquisa.
( ) NÃO quero ser consultado da utilização dos meus dados em outra pesquisa, desde que a nova pesquisa seja aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

10. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados coletados para a pesquisa:

Acredito ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim a respeito da pesquisa "Prevalência de Disfunção Temporomandibular e análise comparativa do perfil psicoemocional, da qualidade de vida e da presença de dores orofaciais em mulheres com Síndrome de Sjögren". Eu conversei com a Dra. Silvia Vanessa Lourenço/Thaís Borguezan Nunes sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais os objetivos, os procedimentos a serem realizados, bem como seus riscos e benefícios, as garantias de acesso e confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Entendo que a minha participação é isenta de despesas e que não há compensação financeira ou de qualquer outra natureza para participar desta pesquisa. Concordo em participar voluntariamente e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda do acompanhamento odontológico/médico realizado na Instituição.

São Paulo, Data: ____/____/____

_____
Assinatura da paciente e/ou representante legal

_____
Assinatura da testemunha

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável legal: _____

Rubrica da pesquisadora: _____

ANEXO D – Questionário ESSDAI

PROTOCOLO CLÍNICO – QUESTIONÁRIO ESSDAI

Data: ...../ ...../ .....

Nome: .....
RGHC: .....
Raça: .....
Sexo: ( )M( )F
Idade: ..... anos **/ Data Nascimento:** ...../ ...../ ..... **/ Profissão:** .....
Fone: ..../ ....
Retorno: ...../ ...../ .....

DOENÇA
Tempo: ..... anos
Data Início Sintomas de Sicca: mês: ..... / ano: .....
Sorologia hepatite: B ...../ C ..... **- HIV:** .....
Critérios:
( )Sintoma ocular .....
( )Sintoma oral .....
( )Critério objetivo ocular .....
( )Critério objetivo oral .....
( )Histológico .....
( )Anti-Ro e/ou La .....

(*) DADOS OBTIDOS A PARTIR DA REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS.

SINAIS E SINTOMAS PARA CÁLCULO DE ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA	**PRÉVIOS**		**ATUAIS (até 3 meses)**		**OBSERVAÇÕES**
	SIM	**NÃO**	**SIM**	**NÃO**	
Aumento de glândulas salivares					Glândula: .... Tamanho à palpação: ..... cm
Sintomas Constitucionais Febre					T= .....°C (sem causas infecciosas)
Perda ponderal					% de perda= ..... / Δt= ..... meses
Linfadeno e Visceromegalias Adenomegalias					Cadeias acometidas: ..... Tamanho à palpação: ..... cm
Músculo-Esquelético Artrites (edema)					Vide esquema das articulações
Artralgias					Vide esquema das articulações
Rigidez matinal ≥ 30 min					
Fraqueza muscular					Grau: …… / CPK*: …… ...../ ...../ .....
Cutâneo Vasculite					....
Outros					.....

1

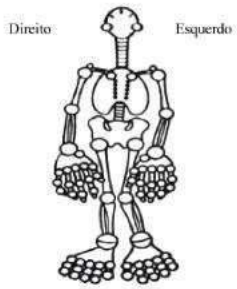
SINAIS E SINTOMAS PARA CÁLCULO DE ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA	PRÉVIOS		ATUAIS (até 3 meses)		OBSERVAÇÕES
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Respiratório Tosse (≥ 4 semanas)					..... (excluídas causas infecciosas)
Dispnéia					Esforços: ( )Grandes ( )Médios ( )Pequenos ( )Repouso ( )Decúbito Tempo: ....
RX tórax* ...../ ...../					.....
TC tórax cortes finos* ...../ ...../					.....
Prova função pulmonar* ...../ ...../					.....
Outros					.....
Renal Acidose tubular renal					
Proteinúria* ...../ ...../					
Hematúria* ...../ ...../					.....
Cilindrúria* ...../ ...../					.....
pH / bicarbonato (gasometria venosa)					.....
⇓ da função renal* ...../ ...../					U e Cr*: .... mg/dL
Sistema Nervoso Parestesias					....
Paresias					....
ENMG* ...../ ...../					.....
TC ou RNM de crânio* ...../ ...../					.....
Vasculite de SNC					
Acometimento de par craniano					.....
Neurite óptica					
Esclerose múltipla símile					
Mielite transversa					
Neuropatia periférica					
Outros					.....
Hematológico Anemia* ...../ ...../					Hb*: ..... g/dL
Leucopenia* ...../ ...../					Leucócitos*: ...../mm³
Linfopenia* ...../ ...../					Linfócitos*: ...../mm³
Plaquetopenia* ...../ ...../					Plaquetas*: ...../mm³
Linfoma					.....
Outros					.....
SINAIS E SINTOMAS PARA CÁLCULO DE ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA	PRÉVIOS		ATUAIS (até 3 meses)		OBSERVAÇÕES
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Tratamentos Prednisona					Dose atual: ..... mg/dia Uso há: ..... anos ( )/ meses ( )

Pulso de corticóide					
Cloroquina					
Methotrexate					Dose atual: ..... mg/semana Uso há: ..... anos ( )/ meses ( )
Leflunomide					Dose atual: ..... mg/dia Uso há: ..... anos ( )/ meses ( )
Azatioprina					Dose atual: ..... mg/dia Uso há: ..... anos ( )/ meses ( )
Micofenolato mofetil					Dose atual: ..... mg/dia Uso há: ..... anos ( )/ meses ( )
Clorambucil					Dose atual: ..... mg/dia Uso há: ..... anos ( )/ meses ( )
Ciclofosfamida					Dose atual: ..... mg/dia ..... g-EV/mês Uso há: ..... anos ( )/ meses ( )
Antidepressivos					.....
Outros:					....
Outros Menopausa					.....
Terapia de reposição hormonal					
Tabagismo					N cigarros/ dia: ..... Tempo: ..... anos Parou há: ..... anos
Etilismo					
Outros:					....

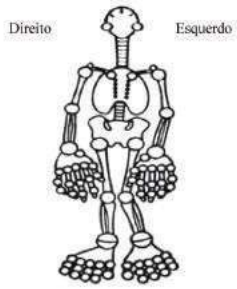
(*) DADOS OBTIDOS A PARTIR DA REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS.

ESQUEMA DAS ARTICULAÇÕES

No. articulações dolorosas: .....



No. articulações edemaciadas: .....



ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index)

Domínio Constitucional Por favor, tenha atenção para não avaliar sintomas constitucionais não relacionados à doença (como febre de origem infecciosa, perda voluntária de peso).		
Nenhuma Atividade	Ausência dos seguintes sintomas	0
Baixa Atividade	Febre moderada ou intermitente (37,5 - 38,5 °C) / suores noturnos Perda de peso involuntária de 5 a 10% do peso corporal	1
Moderada Atividade	Febre alta (> 38,5 °C) / suores noturnos Perda de peso involuntária de > 10% do peso corporal	2

Domínio de Linfadenopatia		
Nenhuma Atividade	Ausência das seguintes características	0
Baixa Atividade	Linfadenomegalia ≥ 1 cm em qualquer região ou ≥ 2 cm na região inguinal	1
Moderada Atividade	Linfadenomegalia ≥ 2 cm em qualquer região ou ≥ 3 cm em região inguinal ou esplenomegalia (clinicamente palpável ou avaliada por exame de imagem)	2
Alta Atividade	Doença proliferativa maligna das células B recente	3

Domínio Glandular Por favor, tenha atenção para não avaliar aumento do volume glandular não relacionado à doença (tais como, litíase ou infecção).		
Nenhuma Atividade	Ausência de aumento glandular	0
Baixa Atividade	Pequeno aumento glandular com: parótida aumentada (≤ 3 cm) ou aumento discreto submandibular ou lacrimal[1]	1
Moderada Atividade	Aumento glandular maior com: parótida aumentada (> 3 cm) ou aumento importante submandibular ou lacrimal[1]	2

1 A distinção entre aumento discreto ou importante do volume glandular submandibular ou lacrimal fica a critério médico.

Domínio Articular Por favor, tenha atenção para não avaliar envolvimento articular não relacionado à doença, como a osteoartrite.		
Nenhuma Atividade	Ausência de envolvimento articular ativo no momento	0
Baixa Atividade	Artralgias nas mãos, punhos, tornozelos e pés acompanhados por rigidez matinal (> 30 min)	1
Moderada Atividade	1 a 5 sinovites dentre as 28[2]	2
Alta Atividade	≥ 6 sinovites dentre as 28[2]	3

2 As 28 articulações incluídas no cálculo do DAS28 (*Disease Activity Score 28*) são ombros, cotovelos, punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e joelhos.

Domínio Cutâneo

Por favor, tenha atenção em avaliar como "Nenhuma atividade" lesões antigas e estáveis mais relacionadas ao dano (sequela) do que à atividade da doença ou envolvimento cutâneo não relacionado à doença.

Nenhuma Atividade	Ausência de envolvimento cutâneo ativo no momento	0
Baixa Atividade	Eritema multiforme	1
Moderada Atividade	Vasculite cutânea limitada, incluindo vasculite urticariforme[3], ou púrpura limitada aos pés e tornozelos ou lúpus cutâneo subagudo	2
Alta Atividade	Vasculite cutânea difusa, incluindo vasculite urticariforme[3], ou púrpura difusa ou úlceras relacionadas à vasculite	3

3 Vasculite cutânea limitada envolve < 18% da área de superfície corporal; vasculite cutânea difusa envolve > 18% da área de superfície corporal. Área de superfície corporal (ASC) é definida utilizando a regra dos nove (usado para avaliar a extensão de queimaduras), como vem a seguir: palma (excluindo os dedos)= 1% ASC, cada membro inferior= 18% ASC; cada membro superior= 9% ACS; tronco (frontal)= 18% ASC; tronco (dorsal)= 18% ASC.

Domínio Respiratório

Por favor, tenha atenção em avaliar como "Nenhuma atividade" lesões antigas e estáveis mais relacionadas ao dano (sequela) do que à atividade da doença ou envolvimento respiratório não relacionado à doença (ex. cigarro).

Nenhuma Atividade	Ausência de envolvimento pulmonar ativo no momento	0
Baixa Atividade	Tosse persistente ou envolvimento brônquico sem nenhuma alteração radiológica no raio X simples Ou evidência de doença pulmonar intersticial ao RX simples ou TCAR, com: nenhuma dispnéia prova de função pulmonar normal	1
Moderada Atividade	Envolvimento pulmonar moderadamente ativo, tal como doença pulmonar intersticial diagnosticada por TCAR com: dispnéia aos grandes esforços (NHYA II) ou prova de função pulmonar alterada dentro dos seguintes parâmetros: 70% > DLCO ≥ 40% e/ou 80% > CVF ≥ 60%	2
Alta Atividade	Envolvimento pulmonar altamente ativo como doença pulmonar intersticial diagnosticada por TCAR com: dispnéia aos pequenos esforços ou ao repouso (NHYA III, IV) ou prova de função pulmonar alterada: DLCO < 40% e/ou CVF < 60%	3

Para o diagnóstico da doença pulmonar intersticial, a TCAR (tomografia computadorizada de alta resolução) ou radiografia simples são necessárias e devem ter sido realizadas nos últimos dois anos.
NYHA (classificação funcional da New York Heart Association)
DLCO (prova de difusão de dióxido de carbono)
CVF (capacidade vital forçada)

Domínio Renal Por favor, tenha atenção em avaliar como "Nenhuma atividade" lesões antigas e estáveis mais relacionadas ao dano (sequela) do que à atividade da doença e envolvimento renal não relacionado à doença. Se a biópsia for feita, favor classificar a atividade baseada primeiramente nas características histológicas.		
Nenhuma Atividade	Ausência de envolvimento renal ativo no momento: - proteinúria < 0,5 g/dL, nenhuma hematúria, nenhuma leucocitúria, nenhuma acidose, proteinúria estável de longa duração devido ao dano/ sequela	0
Baixa Atividade	Evidência de envolvimento específico da atividade renal limitada a: acidose tubular sem insuficiência renal envolvimento glomerular - com proteinúria (entre 0,5 e 1 g/dL) - sem hematúria ou insuficiência renal (TGF ≥ 60 mL/min)	1
Moderada Atividade	Moderada atividade renal: acidose tubular com insuficiência renal (TGF < 60 mL/min) envolvimento glomerular - com proteinúria entre 1 e 1,5 g/dL - sem hematúria ou insuficiência renal (TGF ≥ 60 mL/min) ou evidência histológica - glomerulonefrite - infiltração intersticial linfóide importante	2
Alta Atividade	Alta atividade renal: envolvimento glomerular - com proteinúria > 1,5 g/dL - ou hematúria - ou insuficiência renal (TGF < 60 mL/min) - ou evidência histológica de glomerulonefrite proliferativa crioglobulinemia relacionada ao envolvimento renal	3

TGF- taxa de filtração glomerular calculada com a fórmula MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*).

Domínio Muscular Por favor, tenha atenção para não avaliar envolvimento muscular não relacionado à doença, tal como fraqueza devido a corticosteróides.		
Nenhuma Atividade	Ausência de envolvimento muscular ativo no momento	0
Baixa Atividade	Miosite levemente ativa diagnosticada pela EMG ou biópsia com: ausência de fraqueza e creatinoquinase alterada (N* < CK ≤ 2N)	1
Moderada Atividade	Miosite moderadamente ativa diagnosticada pela EMG ou biópsia com: fraqueza (déficit máximo de 4/5); ou creatinoquinase elevada (2N < CK ≤ 4N)	2
Alta atividade	Miosite altamente ativa diagnosticada pela EMG ou biópsia com: fraqueza (déficit ≤ 3/5) ou creatinoquinase elevada (> 4N)	3

*N= normal (valor de referência); EMG= eletromiografia

Domínio do Sistema Nervoso Periférico Por favor, tenha atenção em avaliar como "Nenhuma atividade" lesões antigas e estáveis mais relacionadas ao dano (sequela) do que à atividade ou envolvimento do sistema nervoso periférico não relacionado à doença.		
Nenhuma Atividade	Ausência de envolvimento ativo do sistema nervoso periférico no momento	0
Baixa Atividade	Evidência de envolvimento ativo do sistema nervoso periférico, como: - polineuropatia periférica axonal diagnosticada pelo ECN/ ENMG - neuralgia do Trigêmio (V nervo craniano)	1
Moderada Atividade	Evidência de envolvimento moderadamente ativo do sistema nervoso periférico, como: - neuropatia axonal motora e sensorial diagnosticada pelo ECN/ ENMG, sem déficit motor - neuropatia sensorial pura com a presença de vasculite crioglobulinêmica - gangliopatia[4] com sintomas restritos à ataxia moderada - polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (CIDP)[5] com deficiência funcional moderada (sem déficit motor ou ataxia) - envolvimento do nervo craniano de origem periférica (exceto Trigêmio- V)	2
Alta Atividade	Evidência de envolvimento altamente ativo do sistema nervoso periférico, como: - neuropatia axonal motora e sensorial diagnosticada pela ECN/ ENMG com déficit motor ≤ 3/5 - envolvimento do nervo periférico atribuído à vasculite (mononeurite múltipla) - ataxia severa atribuída à ganglionopatia[4] - polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (CIDP)[5] com deficiência funcional severa: déficit motor ≤ 3/5 ou ataxia severa	3

4 Deficiência sensorial pura com ataxia e deficiência difusa ou abolição do potencial sensitivo no ECN (estudo da condução nervosa).

5 Poliradiculoneuropatia com sintomas clínicos sugestivos (déficit sensoriomotor dos 4 membros, déficit motor proximal, arreflexia generalizada, sintomas sensoriais iniciais afetando membros superiores e/ou associado a envolvimento do nervo craniano), nível de proteína aumentado e/ou ECN anormal (latência distal motora prolongada, velocidade da condução nervosa reduzida, latência prolongada da onda F, bloqueio da condução e/ou dispersão temporal).

Domínio do Sistema Nervoso Central Por favor, tenha atenção em avaliar como "Nenhuma atividade" lesões antigas e estáveis mais relacionadas ao dano (sequela) do que à atividade da doença ou envolvimento do sistema nervoso central não relacionado à doença.		
Nenhuma Atividade	Ausência de envolvimento do SNC ativo no momento	0
Moderada Atividade	Manifestações clínicas moderadamente ativas do SNC, como: - envolvimento de nervo craniano de origem central - neurite óptica - síndrome semelhante à esclerose múltipla com sintomas restritos à deficiência sensorial pura ou deficiência cognitiva comprovada	1
Alta Atividade	Manifestações clínicas altamente ativas do SNC, como: - vasculite cerebral com acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório - convulsões - mielite transversa - meningite linfocítica - síndrome semelhante à esclerose múltipla com déficit motor	2

Domínio Hematológico		
Por favor, tenha atenção: - levando em conta anemia, neutropenia e trombocitopenia, somente a citopenia autoimune deve ser considerada; - não avaliar citopenia que não esteja relacionada à doença (tal como vitamina ou deficiência de ferro, citopenia induzida por droga, como, por exemplo, linfocitopenia associada à ciclofosfamida).		
Nenhuma Atividade	Ausência de citopenia autoimune	0
Baixa Atividade	Citopenia de origem autoimune com: - neutropenia[6] (1000 < neutrófilos < 1500/mm^3) - ou anemia[7] (10 < Hb < 12 g/dL) - ou trombocitopenia[8] (100.000 < plaquetas < 150.000/mm^3) - ou linfopenia (500 < linfócitos < 1000/mm^3)	1
Moderada Atividade	Citopenia de origem autoimune com: - neutropenia[6] (500 ≤ neutrófilos ≤ 1000/mm^3) - ou anemia[7] (8 ≤ Hb ≤ 10 g/dL) - ou trombocitopenia[8] (50.000 ≤ plaquetas ≤ 100.000/mm^3) - ou linfopenia (≤ 500/mm^3)	2
Alta Atividade	Citopenia de origem autoimune com: - neutropenia[6] (neutrófilos < 500/mm^3) - ou anemia[7] (Hb < 8 g/dL) - ou trombocitopenia[8] (plaquetas < 50.000/mm^3)	3

6 Neutropenia sem nenhuma etiologia conhecida.
7 Anemia com o teste de Coombs positivo e aumento na contagem de reticulócitos.
8 Trombocitopenia de origem periférica com nenhuma outra etiologia encontrada, ou em caso de dificuldades para realização de identificação de autoanticorpos anti-plaquetas e/ou a presença de megacariócitos de aspirado de medula óssea e/ou anemia autoimune associada.

Domínio Biológico		
Nenhuma Atividade	Ausência de qualquer uma das seguintes alterações	0
Baixa Atividade	- pico clonal - ou hipocomplementemia- C4 ou C3 baixos ou CH50 - ou hipergamaglobulinemia ou nível de IgG entre 16 e 20 g/L	1
Moderada Atividade	- presença de crioglobulinemia - ou hipergamaglobulinemia ou nível alto de IgG > 20 g/L - ou início recente de[9] hipogamaglobulinemia ou diminuição recente de nível de IgG (< 5 g/L)	2

9 Nos últimos 6 meses.

Referência: Serrano EV, Valim V, Miyamoto ST, Giovelli RA, Paganotti MA, Cadê NV. Adaptação transcultural do "EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI)" para a língua portuguesa. Rev. Bras. Reumatol. 2013 DeC;53(6):483-93.

ANEXO E – Questionário ESSPRI

1) Quanto severa tem sido a sua secura durante as duas últimas semanas?

Sem secura ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Máxima secura imaginável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) Quanto severa tem sido a sua fadiga durante as duas últimas semanas?

Sem fadiga ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Máxima fadiga imaginável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Quanto severa tem sido a sua dor (dores articulares ou musculares em seus braços ou pernas) durante as duas últimas semanas?

Sem dor ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Máxima dor imaginável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index - ESSPRI
Média de 3 escalas numéricas 0 - 10:
- Secura
- Fadiga
- Dor em membros

De preferência de autopreenchimento se o paciente conseguir.

Paganotti Ma, Valim V, Serrano EV, Miyamoto ST, Giovelli RA, Santos MCLFS. Validação e propriedades psicométricas do Eular Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) para a língua portuguesa. Rev. Bras. Reumatol. 2015 Oct;55(5):439-45.

ANEXO F – Questionário RDC/TMD

Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares
RDC / DTM

Editado por
Francisco J. Pereira Jr. – DDS, MS, PhD

Colaboradores
Kimberly H. Huggins – RDH, BS
Samuel F. Dworkin – DDS, PhD
Richard Ohrbach – DDS, PhD

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS,PhD and Linda LeResche,ScD
(see language translation at website: RDC-TMDinternational.org)

Back-translation
Eduardo Favilla, DDS

Revised April 8, 2009

Contents of this document:

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	✓
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	✓
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	
-Scoring the Distress Scale Items	
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	

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?

[1] Excelente
[2] Muito boa
[3] Boa
[4] Razoável
[5] Ruim

2. Como você classifica a saúde da sua boca?

[1] Excelente
[2] Muito boa
[3] Boa
[4] Razoável
[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?

[0] Não
[1] Sim

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 14.a**]
[Se a sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

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

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

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

[ ][ ] Ano(s)

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

[ ][ ] Mês(es)

5. A dor na face ocorre?

[1] O tempo todo
[2] Aparece e desaparece
[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?

[1] Não
[2] Sim, nos últimos seis meses.
[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?

☐☐ 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?

☐ 0 Não

☐ 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?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim

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

☐ 0 Não

☐ 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?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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?

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

[Se você **não** teve dor ou inchaço, PULE para **a pergunta 17.a**.]
[Se você **já teve**, dor ou inchaço, PASSE para a **próxima pergunta**]

16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 18**]
[Se sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

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

0 Não

1 Sim

18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?

0 Não

1 Sim

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)	1ªSérie	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)	1°ano	9
	2°ano	10
	3°ano	11
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1°ano	12
	2°ano	13
	3°ano	14
	4°ano	15
	5°ano	16
	6°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

30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?

R$ ☐☐☐☐☐,☐☐

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- ☐ Até ¼ do salário mínimo
- ☐ De ¼ a ½ salário mínimo
- ☐ De ½ a 1 salário mínimo
- ☐ De 1 a 2 salários mínimos
- ☐ De 2 a 3 salários mínimos
- ☐ De 3 a 5 salários mínimos
- ☐ De 5 a 10 salários mínimos
- ☐ De 10 a 15 salários mínimos
- ☐ De 15 a 20 salários mínimos
- ☐ De 20 a 30 salários mínimos
- ☐ Mais de 30 salários mínimos
- ☐ Sem rendimento

31. Qual o seu CEP?

☐☐☐☐☐-☐☐☐

Muito Obrigado.

Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

EXAME CLÍNICO

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

0 Nenhum
1 Direito
2 Esquerdo
3 Ambos

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

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

3. Padrão de abertura:

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

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado 11 21

a. Abertura sem auxílio sem dor ☐☐mm

b. Abertura máxima sem auxílio ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

c. Abertura máxima com auxílio ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

d. Trespasse incisal vertical ☐☐mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

Direito	Esquerdo
0 Nenhum	0 Nenhum
1 Estalido	1 Estalido
2 Crepitação grosseira	2 Crepitação grosseira
3 Crepitação fina	3 Crepitação fina
☐☐mm	☐☐mm
(Medida do estalido na abertura)	

b. Fechamento

Direito	Esquerdo
0 Nenhum	0 Nenhum
1 Estalido	1 Estalido
2 Crepitação grosseira	2 Crepitação grosseira
3 Crepitação fina	3 Crepitação fina
☐☐mm	☐☐mm
(Medida do estalido no fechamento)	

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito	Esquerdo
0 Não	0 Não
1 Sim	1 Sim
8 NA	8 NA
(NA: *Nenhuma das opções acima*)	

6. Excursões

a. Excursão lateral direita ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

b. Excursão lateral esquerda ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	3 Ambos

c. Protrusão ☐☐mm

Dor Muscular	Dor Articular
0 Nenhuma	0 Nenhuma
1 Direito	1 Direito
2 Esquerdo	2 Esquerdo
3 Ambos	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

Especificações para os Exames de DTM

A. Instruções Gerais para os Exames

1. Todos os itens do questionário e do exame devem ser preenchidos, a menos que o indivíduo se recuse ou seja incapaz de colaborar. Neste caso, escreva "SR" (indivíduo se recusou) em letras maiúsculas ao lado do item do exame, e anote o porquê da recusa ou incapacidade.
2. Todas as medidas serão conduzidas com os músculos mandibulares em estado passivo, a menos que o exame especifique o contrário. As articulações e músculos não deverão receber carga adicional ou pressão, em nenhum momento.
3. Todos os registros milimétricos serão feitos com um ou dois dígitos. Se a medida só tiver um dígito, coloque 0 antes. Se uma medida estiver entre duas marcas milimétricas, registre o valor mais baixo.
4. Os indivíduos sentarão na cadeira em uma posição aproximada de 90 graus em relação ao examinador.
5. Os examinadores usarão luvas durante todo o exame.
6. Os indivíduos com próteses removíveis serão examinados com as próteses na boca, exceto quando for necessário avaliar a mucosa e gengiva, e para realizar as palpações intra-orais. Placas intra-orais ou outros aparelhos que não substituam dentes deverão ser removidas para o exame.
7. Se o indivíduo tiver barba, colar ou outra barreira física em potencial que possa interferir com a palpação muscular ou articular, indique na ficha.
8. Realize os procedimentos na ordem da ficha e registre todas as medidas nos espaços adequados da ficha.
9. Os itens 4.d, Overbite, e 6.d, Desvio de linha média são incluídos para que as correções das medidas dos itens 4 e 6, respectivamente, possam ser feitas para se determinar os valores reais de abertura e das excursões. Para os itens 4.a a 4.c, o valor de overbite (4.d) deve ser somado às medidas para se determinar o valor real de abertura. Para os itens 6.a e 6.b, se o desvio de linha média (6.d) for maior do que 0, esta medida deverá ser acrescida a um lado da excursão lateral e subtraída do outro lado.

   [*Nota do tradutor: o desvio de linha média tem de ser registrado com os dentes ocluídos em máxima intercuspidação habitual (MIH). Portanto, não confundir com desvio de abertura.*]

   Por exemplo: Se um indivíduo tiver um desvio de 2 mm para a direita, subtraia 2 mm do valor para a excursão lateral para a direita, e some 2 mm ao valor da excursão lateral para a esquerda.

   [*Nota do Tradutor: Itens 4a a 4c: anotar apenas a distância interincisal neste momento, não levando o overbite em consideração. Itens 6a e 6b: medir a distância do nicho labioincisal entre os incisivos centrais superiores até o nicho labioincisal entre os incisivos centrais inferiores não se importando com o desvio de linha média em MIH, neste momento. Sendo assim, os itens 4a a 4c e 6a e 6b devem ser registrados na ficha sem os descontos respectivos de overbite e desvio de linha média. Os valores de overbite e desvio de linha média deverão ser registrados nos itens 4d e 6d, respectivamente, e serão somados/subtraídos somente nas páginas dos algoritmos para o correto fechamento dos diagnósticos.*]

Nota: Como os critérios de diagnóstico para pesquisa (RDC) exige um auto-relato do local da dor, verificados pelo examinador, estes itens (1 e 2) foram transportados do questionário para o exame clínico. Isto permitirá que o examinador confirme o tipo e localização da dor.

B. Exame

1. Circule a resposta apropriada. Se o indivíduo indicar dor na linha média registre como "Ambos".
2. Circule a resposta apropriada. Se o relato do indivíduo, quanto ao local da dor, não for claro para o examinador (músculo ou articulação), pressione a área levemente para identificar o sítio anatômico. Por exemplo, se o indivíduo relatar dor na articulação, mas o examinador identificar o local da dor em um músculo, o achado do examinador é que será registrado.
3. Padrão de Abertura. Instrução Geral: Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição de conforto ("Posicione sua boca em uma posição confortável, com os dentes levemente em contato."). Posicione seu polegar logo abaixo do lábio inferior do indivíduo de maneira a revelar os dentes inferiores. Isto irá facilitar a observação do desvio da linha média. Peça para o indivíduo abrir a boca o máximo possível, mesmo que ele/ela sinta dor ("Abra sua boca o máximo que você puder, mesmo que seja um pouco doloroso"). Se o grau de desvio não for claro, use uma régua milimetrada em posição vertical entre os nichos dos incisivos superiores e inferiores (ou marque o incisivo inferior se as linhas médias não se corresponderem), como um guia. Peça para o indivíduo abrir três vezes. Se o indivíduo exibir mais de um padrão de abertura, peça que ele repita as três aberturas e registre de acordo com os seguintes critérios (*nota:* será avaliado somente o padrão de abertura):
    a. *Reto:* Se não houver desvio perceptível durante a abertura.
    b. *Desvio Lateral para a esquerda ou direita:* Para os desvios que são perceptíveis visualmente para um lado na abertura máxima, registre o lado para o qual o desvio ocorre.
    c. *Desvio corrigido (desvio em "S"):* O indivíduo apresenta um desvio perceptível para a direita ou esquerda, que é corrigido para a linha média antes ou ao alcançar a abertura máxima sem auxílio.
    d. *Outro:* O indivíduo apresenta uma abertura em solavancos (não é suave ou contínua) ou tem uma abertura diferente das fornecidas; indique na ficha esta ocorrência e o tipo de desvio. Se o indivíduo apresentar mais de um padrão de abertura, use esta categoria e escreva "mais de um".
4. *Extensão vertical de movimento mandibular.* Se o indivíduo estiver usando uma prótese e esta estiver solta, aperte-a contra o rebordo antes de iniciar todas as medidas de abertura.
    a. Abertura sem auxílio sem dor
        i. *Obtendo a medida.* Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição confortável. ("Coloque a

sua boca em uma posição de conforto.”) Peça para o paciente abrir a boca o máximo possível (sem auxílio), sem sentir dor. (“Eu gostaria que você abrisse a boca o máximo possível, mas sem provocar dor.”) Posicione a ponta da régua milimetrada na incisal do incisivo central superior que estiver mais vertical e meça verticalmente até a incisal do incisivo inferior oposto; registre esta medida. Indique na ficha qual incisivo superior foi utilizado. Se o indivíduo não abriu pelo menos 30 mm, repita a abertura para confirmar que o paciente compreendeu a instrução. Se a segunda abertura não ultrapassar 30 mm, registre a medida.

b. *Abertura máxima sem auxilio*

i. *Obtendo a medida.* Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição confortável. Então peça para o indivíduo abrir a boca o máximo possível, mesmo que ele/ela sinta dor (“Gostaria que você abrisse a boca o máximo possível, mesmo que seja um pouco desconfortável”). Posicione a ponta da régua milimetrada na incisal do incisivo central superior que estiver mais vertical e meça verticalmente até a incisal do incisivo inferior oposto; registre esta medida.

ii. *Dor.* Pergunte para o indivíduo se ele/ela sentiu dor na abertura máxima sem auxílio (“Quando você abriu a boca desta vez, sentiu alguma dor?”). Registre se houve dor e a sua localização. A anotação se dá de duas maneiras: pelo lado esquerdo ou direito, e mais especificamente se a dor foi ou não na articulação. Dois registros são necessários nos itens 4.b e 4.c para avaliar a dor: registre o lado da dor como “nenhum” (0), “direito” (1), “esquerdo” (2), ou “ambos” (3). Também registre a dor na articulação como “presente” (1) ou “ausente” (0). Se o indivíduo não sentir dor, circule “NA” (9) para o local. Se ele/ela indicar pressão ou tensão, registre como “nenhum*”.*

c. *Abertura máxima com auxilio*

i. *Obtendo a medida.* Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição confortável. Peça para o indivíduo abrir a boca o máximo possível, mesmo que ele/ela sinta dor. Depois que o indivíduo abrir a boca, posicione seu polegar nos incisivos centrais superiores do indivíduo, e cruze seu dedo indicador em direção aos incisivos centrais inferiores do indivíduo. Nesta posição você terá a ação de alavanca necessária para forçar a abertura de boca do indivíduo. Use pressão moderada, mas não force uma abertura muito exagerada (“Estou

checando para ver se consigo abrir mais a boca e irei parar se você levantar a mão"). Meça verticalmente da incisal do mesmo incisivo central superior usado antes até a incisal do incisivo inferior com a régua milimetrada; registre a medida.

ii. *Dor*. Registre se o indivíduo sentiu dor e a sua localização ("Você sentiu dor enquanto eu tentei abrir mais a sua boca com meus dedos?"). Registre o local da dor como na abertura máxima sem auxilio. Se o indivíduo relatar pressão ou tensão, registre como "Sem dor".

d. *Overbite*. Peça para o paciente ocluir os dentes completamente. Com uma caneta ou a unha, marque a linha onde a incisal do mesmo incisivo central superior utilizado antes transpassa o incisivo inferior. Meça a distância da incisal do incisivo inferior até a linha demarcada e registre a medida.

5. *Ruídos da ATM na palpação para extensão vertical de movimento*.
Instruções Gerais: Os indivíduos indicarão a presença ou ausência de ruídos; se presente, os examinadores registrarão o tipo de ruído. Posicione o dedo indicador esquerdo sobre a ATM direita do paciente e o dedo indicador direito sobre a ATM esquerda do paciente (área pré-auricular).
A polpa do dedo direito é colocada logo à frente do tragus. Peça para que o paciente abra lentamente a boca o máximo possível, mesmo se causar dor. Cada fechamento deverá trazer os dentes para a posição de máxima intercuspidação habitual (MIH). Pergunte ao indivíduo: "Enquanto eu mantiver meus dedos sobre sua articulação, eu gostaria que você abrisse sua boca o máximo que você pudesse e, então, fechasse vagarosamente até que seus dentes ocluíssem por completo." Peça para o paciente abrir e fechar três vezes. Registre a ação/ruído que a articulação produzir na abertura e fechamento conforme detectada durante a palpação e como definido abaixo.

a. *Definição dos ruídos*

0= *Nenhum*

1= *Estalido*. Um ruído distinto, de duração rápida e muito limitada, com começo e final nítidos, que geralmente soa como um "estalido". Circule este item somente se o estalido for reproduzível em duas de três aberturas/fechamentos.

2= *Crepitação grosseira*. Um ruído contínuo, por um longo período durante o movimento. Não é rápido como um estalo; o ruído pode produzir barulhos contínuos e simultâneos. Não é um ruído abafado; é um ruído de osso esfregando em osso ou pedra contra pedra.

3= *Crepitação fina*. Um rangido fino que é continuo por um longo período durante o movimento de abertura ou fechamento. Não é breve como um estalido; este ruído pode ser composto de vários

barulhos simultâneos. Pode ser descrito como um ruído de algo se esfregando contra uma superfície áspera.

b. *Pontuação dos ruídos*. Enquanto que muitos dos seguintes tipos de ruídos não sejam pertinentes para os critérios diagnósticos específicos, esta exaustiva lista de definições é fornecida para melhor delinear como os tipos de ruídos necessários para RDC podem diferir de outros sons.

   i. *Estalo reproduzível na abertura*. Se durante a abertura e fechamento em MIH for observado um estalo em dois de três movimentos de abertura, registre positivo para estalo na abertura.

   ii. *Estalo reproduzível no fechamento*. Um estalo presente em dois de três movimentos de fechamento mandibular.

   iii. *Estalo recíproco reproduzível*. Este ruído é determinado pela medida milimétrica dos estalos na abertura e fechamento e da eliminação de ambos os estalos quando o indivíduo abre e fecha a partir de uma posição protruída. Com a régua milimetrada, meça a distância interincisal de quando os primeiros estalos de abertura e fechamento são escutados. Meça da borda incisal do incisivo central superior, já identificado no item 4, até a borda incisal do incisivo inferior oposto. Se o estalo cessar e, por isso, não puder ser medido, deixe os espaços da ficha em branco. [*Nota do tradutor: isto é, na ausência de estalo, as lacunas de preenchimento dos itens 5a e 5b permanecem em branco*] (A análise computadorizada irá indicar que este não é um estalido recíproco; mesmo que o estalido *estivesse* presente, ele não *continuou* presente.) Avalie a eliminação dos estalos na abertura protrusiva pedindo para que o indivíduo primeiro protrua a mandíbula ao máximo. Em seguida, peça para que o indivíduo abra e feche desta posição mandibular protruída. Os estalos de abertura e fechamento serão naturalmente eliminados. Circule "Sim" (1) se durante abertura e fechamento o estalo puder ser eliminado na posição mais protruída ou mais anterior da mandíbula. Se o estalo não for eliminado, circule "Não" (0). Se o indivíduo não apresentar estalos reproduzíveis na abertura ou fechamento, circule "NA".

   iv. *Estalo não-reproduzível* (não registre). Um estalo não-reproduzível está presente se o ruído só é demonstrado periodicamente durante abertura ou fechamento; não pode ser reproduzido em pelo menos dois de três movimentos inteiros. Mais de um ruído pode ser circulado para abertura (a), fechamento (b). Se o item Nenhum (0), for circulado, nenhuma outra resposta poderá ser circulada.

6. *Movimentos Mandibulares Excursivos*.
    a. *Excursão Lateral Direita*
        i. *Obtendo as medidas*. Peça para o indivíduo abrir um pouco a boca e mover a mandíbula o máximo possível para a direita, mesmo se for desconfortável. Se necessário, repetir o movimento. (*Exemplo*: "mova sua mandíbula o máximo para a direita, mesmo que seja desconfortável, e retorne com a sua mandíbula para a posição normal. Mova sua mandíbula novamente para o lado direito.") Com os dentes levemente separados, use uma régua milimetrada para medir do nicho labioincisal entre os incisivos centrais superiores até o nicho labioincisal entre os incisivos centrais inferiores; registre a medida.
        ii. *Dor*. Pergunte ao indivíduo se ele/ela sentiu dor. Registre se o indivíduo sentiu dor e o seu local. A localização é registrada de duas maneiras: lado esquerdo e/ou direito, e especificamente se sentiu dor na articulação. Dois registros são necessários para os itens 6.a ao 6.c para avaliar a dor: registre o lado da dor como "nenhum" (0), "direito" (1), "esquerdo" (2), ou "ambos" (3). Também registre se a dor está presente (1) ou ausente (0). Se o indivíduo não sentir dor, circule "NA" (9). ("Você sentiu dor quando moveu a mandíbula para o lado?") Se o indivíduo relatar pressão ou tensão registre como "Nenhum".
    b. *Excursão Lateral Esquerda*
        i. *Obtendo a Medida*. Peça para o indivíduo mover a mandíbula o máximo possível para o lado esquerdo. ("Agora eu gostaria que você movimentasse a mandíbula o máximo possível para o outro lado e retornasse a posição normal.") Registre esta medida da mesma maneira como para a excursão lateral direita.
        ii. *Dor*. Pergunte ao indivíduo se ele/ela sentiu dor e o seu local. ("Você sentiu dor quando moveu a mandíbula para o lado?") Registre os locais de dor como na excursão lateral direita. Se o indivíduo relatar pressão ou tensão, registre como "Nenhum".
    c. *Protrusão*
        a. *Obtendo a Medida*. Peça para o indivíduo abrir um pouco a boca e protruir à mandíbula. ("Deslize a sua mandíbula para frente o máximo possível, mesmo que seja desconfortável.") Se o paciente tem um trespasse vertical exagerado, peça a ele/ela para abrir ainda mais de forma que ele/ela faça protrusão sem interferência dos incisivos superiores.

ii. *Dor*. Pergunte ao indivíduo se ele/ela sentiu dor. Registre se o indivíduo sentiu dor e o local. ("Você sentiu dor quando movimentou sua mandíbula para frente?"). Registre os locais de dor conforme durante a excursão lateral direita. Se o indivíduo relatar pressão ou tensão, registre como "Nenhum".

d. *Desvio de Linha Média*. Se os nichos entre os incisivos centrais superiores e inferiores não estiverem alinhados verticalmente, determine a diferença horizontal entre os dois enquanto o indivíduo estiver em MIH. Meça em milímetros à distância do nicho inferior para o nicho superior e em qual lado o nicho inferior está localizado. Se o desvio de linha média for menor do que 1mm, ou não houver desvio, registre "00".

7. *Ruídos da ATM a Palpação Durante Excursão Lateral e Protrusão*.
Peça para o indivíduo mover a mandíbula para a direita, esquerda e para frente (ver item 6).

a. *Definição dos Ruídos*. Ver item 5

b. *Pontuação dos Estalidos*.

i. *Estalido Laterotrusivo ou Protrusivo Reproduzível*. Ocorre quando a ATM estala em dois a cada três movimentos laterais ou protrusivos da mandíbula respectivamente.

ii. *Estalido Laterotrusivo ou Protrusivo Não-reproduzível*. Um estalido não-reproduzível está presente quando este ocorre somente periodicamente durante os movimentos laterotrusivos ou protrusivos, mas não podem ser reproduzidos em pelo menos dois de três movimentos. Não registrar.

C. Instrução Geral para Palpação Muscular e Articular

1. O exame dos músculos e cápsulas articulares para avaliar sensibilidade necessita que você pressione o local específico utilizando a ponta do dedo indicador e do terceiro dedo com uma pressão padronizada: as palpações serão feitas com 1 kg de pressão para os músculos extra-orais e 0,5 kg de pressão para as articulações e músculos intra-orais. Palpe os músculos utilizando a mão oposta para abraçar a cabeça, obtendo estabilidade. A mandíbula do indivíduo deve estar em repouso, sem contato entre os dentes. Palpe enquanto os músculos estiverem em estado passivo. Se necessário, peça para o paciente apertar os dentes e relaxar para que você possa identificar e garantir que você esteja palpando o local correto do músculo ("Vou pressionar alguns músculos. Gostaria que você apertasse os dentes e relaxasse, e em seguida mantivesse seus dentes levemente afastados".) Primeiro localize o sítio de palpação usando os guias descritos e pressione. Como o local de sensibilidade máxima pode variar de indivíduo para indivíduo e é localizado, é importante que você pressione várias áreas de uma região específica para determinar se a sensibilidade

existe. Antes de começar a palpação, diga: "Nesta parte do exame, gostaria que me dissesse se sentiu dor ou pressão enquanto eu palpo algumas partes da sua cabeça e face." Pergunte ao indivíduo para dizer se a palpação é dolorosa ou se ele/ela sente apenas uma pressão. Se o indivíduo relatar dor, pergunte se é leve, moderada ou severa. Registre qualquer resposta equivocada ou relato de pressão como "Sem Dor".

2. *Descrição dos Sítios Musculares Extra-orais (pressão digital de 1 kg).*
    a. *Temporal (Posterior).* Palpe as fibras posteriores desde a área de trás das orelhas até acima das orelhas. Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para ajudar a identificar o músculo. Percorra os dedos em direção a face do indivíduo (medialmente) até a borda anterior da orelha.
    b. *Temporal (Médio).* Palpe as fibras na depressão em torno de 4-5cm lateralmente à borda lateral da sobrancelha.
    c. *Temporal (Anterior).* Palpe as fibras na fossa infratemporal, imediatamente acima do processo zigomático. Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para ajudar a identificar o músculo.
    d. *Origem do Masseter.* Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para você observar o local do masseter. Palpe a origem do músculo começando pela área 1cm à frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, e palpe anteriormente até a borda do músculo.
    e. *Corpo do Masseter*. Comece logo abaixo do processo zigomático na borda anterior do músculo. Palpe desta região para baixo e para trás em direção ao ângulo da mandíbula em uma região de mais ou menos dois dedos de largura.
    f. *Inserção do Masseter*. Palpe a área 1cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula.
    g. *Região Mandibular Posterior (Estilo-hióideo/Digástrico Posterior)* (pressão digital: 0,5 kg). Peça para o indivíduo inclinar a cabeça um pouco para trás. Localize a área entre a inserção do músculo esternocleidomastóideo e a borda posterior da mandíbula. Posicione o dedo em uma direção medial e para cima (e não na mandíbula). Palpe a área imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula.
    h. *Região Submandibular (Pterigóideo Medial, Supra-hióideos, Digástrico Anterior)* (pressão digital: 0,5 kg). Localize o sítio abaixo da mandíbula em um ponto 2cm anterior ao ângulo da mandíbula. Palpe superiormente, em direção a mandíbula. Se o indivíduo sentir muita dor nesta área, tente determinar se ele/ela está relatando dor muscular ou nodular. Se forem os nódulos, indique na ficha.
3. *Descrição de Sítios de Palpação Articulares Específicos* (pressão digital: 0,5 kg).

a. *Pólo Lateral*. Posicione seu dedo indicador imediatamente anterior ao trágus da orelha e sobre a ATM do indivíduo. Peça para o indivíduo abrir um pouco a boca até que você sinta o pólo lateral do côndilo transladar para frente. Use 0,5 kg de pressão no lado que está sendo palpado, segurando a cabeça com a mão oposta.
b. *Ligamento Posterior*. Este sítio pode ser palpado pelo meato acústico. Posicione a ponta do dedo mínimo direito no meato externo esquerdo do indivíduo e a ponta do dedo mínimo esquerdo no meato externo direito do indivíduo. Aponte os dedos em direção ao examinador e peça para o indivíduo abrir a boca levemente (ou de forma mais ampla se necessário) para assegurar que o movimento articular seja sentido com as pontas dos dedos. Pressione firmemente o lado direito e o esquerdo enquanto o paciente estiver em MIH. (Trocar as luvas de procedimento).

4. *Descrição dos Sítios de Palpação Intra-orais Específicos* (pressão digital: 0,5 kg). Explique para o indivíduo que você agora palpará áreas dentro da boca. Peça para o paciente manter a mandíbula em uma posição relaxada.
   a. Área do Pterigóideo Lateral. Antes da palpação, certifique-se que as unhas dos dedos estão curtas para evitar falso-positivo. Peça para o indivíduo abrir a boca e mover a mandíbula para o lado que está sendo examinado. ("Mova a mandíbula em direção a minha mão"). Posicione o dedo indicador na porção lateral do rebordo alveolar acima dos molares superiores do lado direito. Mova o dedo distalmente, para cima, e medialmente para a palpação. Se o dedo indicador for muito grande, use o dedo mínimo.
   b. Tendão do Temporal. Após completar a palpação do pterigóideo lateral, rotacione o dedo indicador lateralmente próximo ao processo coronóide, peça para o indivíduo abrir a boca levemente, e mova seu dedo para cima em direção a borda anterior do processo coronóide. Palpe a porção mais superior do processo. *Nota*: É difícil determinar em alguns indivíduos se eles estão sentindo dor no pterigóideo lateral ou no tendão do temporal. Rotacione e palpe com o dedo indicador medialmente e então lateralmente. Se ainda estiver difícil, o pterigóideo lateral é geralmente o mais sensível dos dois.

Esta Tradução é parte da seguinte publicação
Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord 1992;6:339-342.

Tradução
Professor Francisco J. Pereira Jr. – Em caso de dúvidas ou sugestões contatar francisco@oclusaoedtm.com.br

CRITÉRIOS de DIAGNÓSTICO em PESQUISA

A. Eixo 1: Condições Clínicas de DTM

As vantagens e desvantagens das várias classificações para as DTM foram discutidas na Parte I. O objetivo da classificação proposta nesta seção é de fornecer critérios padronizados para fins de pesquisa, baseados no estágio atual do conhecimento sobre as DTM. É importante enfatizar que os critérios de classificação e os métodos de avaliação foram criados para maximizar a confiabilidade das pesquisas e minimizar a variabilidade nos métodos de exame e no julgamento clínico que possam influenciar o processo de classificação. Sendo assim, os critérios de classificação são para fins de pesquisas clinicas e epidemiológicas. As vantagens e limitações destes critérios para a prática clínica não foram consideradas.

Os seguintes aspectos da classificação proposta são desenhados para aumentar a padronização dos diagnósticos das pesquisas:

1. Foi feita uma tentativa de não se utilizar termos suscetíveis a interpretações ambígüas. Palavras como "raramente" ou "freqüentemente" foram evitadas. As frases como "abertura limitada" foram substituídas por medidas especificas, por exemplo, "abertura máxima sem auxílio menor ou igual a 35mm."
2. Cada critério está relacionado a um grupo específico de itens de exame e/ou entrevista, que podem ser encontrados nos materiais de avaliação propostos (ver Parte III na história, exame e especificações). Para cada item do exame, especificações detalhadas são fornecidas para a realização dos procedimentos clínicos utilizados para obtenção da medida. Usando as especificações fornecidas, os examinadores (dentistas ou THD) podem ser calibrados a níveis confiáveis para obtenção de cada medida.
3. Os critérios têm sido testados para confirmação de sua consistência interna e lógica através de sua aplicação a bases de dados de exames e entrevistas já existentes com milhares de casos e controles de DTM. (Estas análises estão sendo preparadas para publicação.) Este exercício nos assegura que os critérios podem, de fato, ser operacionalizados e que eles produzem prevalências razoavelmente semelhantes, padrões lógicos de diagnósticos múltiplos e uma diferenciação de populações com diagnósticos dito como mutuamente exclusivos. É possível que ambigüidades ou inconsistências persistam mesmo com estas precauções. Se forem encontradas por um investigador usando estes critérios, os autores gostariam de ser informados para que sejam feitas mudanças nas próximas versões. É essencial reconhecer que a validação destes critérios de diagnóstico (em termos de mecanismos causais, prognóstico, resposta ao tratamento, consistência interna de achados objetivos e outros critérios de validação) ainda deverá ser avaliada através de sua aplicação em pesquisas.

Este sistema de diagnóstico, como é proposto, não é hierárquico e permite a possibilidade de múltiplos diagnósticos para um mesmo indivíduo. Os diagnósticos são divididos em três grupos:

I. Diagnósticos musculares

a. Dor miofascial
b. Dor miofascial com abertura limitada

II. Deslocamento de disco
a. Deslocamento de disco com redução
b. Deslocamento de disco sem redução, com abertura limitada
c. Deslocamento de disco sem redução, sem abertura limitada

III. Artralgia, artrite, artrose
a. Artralgia
b. Osteoartrite da ATM
c. Osteoartrose da ATM

Este sistema de diagnóstico não é abrangente; ainda existe uma falta de informação quanto à confiabilidade dos critérios e métodos de avaliação para que desordens mais raras possam ser incluídas com o intuito de se desenvolver um sistema de classificação mais abrangente. Ao invés disso, os participantes concordaram que um sistema de classificação padronizado para as DTM mais comuns deveria ser a prioridade neste momento.

As regras para os diagnósticos são: Um *indivíduo* poderá receber no máximo um diagnóstico muscular (Grupo I) (ou dor miofascial ou dor miofascial com limitação de abertura, mas não ambos). Além disso, cada *articulação* poderá conter no máximo um diagnóstico do Grupo II e um do Grupo III. *Isto é, os diagnósticos dentro de qualquer grupo são mutuamente exclusivos.* Isto significa que um indivíduo pode receber desde nenhum diagnóstico (sem condições articulares ou musculares) até cinco diagnósticos (um diagnóstico muscular + um diagnóstico do Grupo II e um diagnóstico do Grupo III para cada articulação). Na prática, os casos com mais de três diagnósticos são muito raros.

As sessões seguintes listam os critérios para cada desordem. Os itens dados após cada critério referem-se ao item do exame (E) e/ou questionário (Q) utilizados para se avaliar aquele critério.

Grupo I: Desordens Musculares

As desordens musculares incluem tanto as desordens dolorosas como as não-dolorosas. Esta classificação lida somente com as desordens dolorosas mais comuns associadas as DTM. Ao usar esta classificação, as seguintes condições menos comuns deverão ser excluídas: espasmo muscular, miosite e contratura. Os critérios para estas desordens estão incluídos no Apêndice ao final dos critérios para o Eixo I.

I.a. Dor Miofascial: Dor de origem muscular, incluindo uma reclamação de dor, assim como dor associada a áreas localizadas sensíveis a palpação do músculo.

1. Relato de dor na mandíbula, têmporas, face, área pré-auricular, ou dentro da orelha em repouso ou durante a função (Q3); mais

2. Dor relatada pelo indivíduo em resposta a palpação de três ou mais dos 20 sítios musculares seguintes (os lados esquerdo e direito contam como sítios separados para cada músculo): temporal posterior, temporal médio, temporal anterior, origem do masseter, corpo do masseter, inserção do masseter, região posterior de mandíbula, região submandibular, área do pterigóideo lateral e tendão

do temporal. Pelo menos um dos sítios deve estar no mesmo lado da queixa de dor. (E 1, 8, 10).

I.b. Dor Miofascial com Abertura Limitada: Movimento limitado e rigidez do músculo durante o alongamento na presença de uma dor miofascial.

1. Dor miofascial conforme definida no item 1.a; mais
2. Abertura sem auxílio e sem dor < 40 mm (E 4a, 4d); mais
3. Abertura máxima com auxílio (extensão passiva) de 5 mm ou mais, maior que a abertura sem auxílio e sem dor (E 4a, 4c, 4d).

Grupo II: Deslocamentos do Disco

II.a. Deslocamento do Disco Com Redução: O disco está deslocado de sua posição entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, mas há uma redução na abertura, freqüentemente resultando em um ruído. Note que quando este diagnóstico for acompanhado de dor na articulação, um diagnóstico de artralgia (III.a) ou osteoartrite (III.b) também deverá ser considerado.

1. Ou:
    a. Estalido recíproco na ATM (estalido em abertura e fechamento verticais, sendo que o estalido na abertura ocorre em uma distância interincisal pelo menos 5 mm maior que à distância interincisal na qual ocorre o estalido durante o fechamento e considerando-se que o estalido é eliminado durante a abertura protrusiva), reproduzível em dois de três experimentos consecutivos (E5); ou
    b. Estalido da ATM em um dos movimentos verticais (abertura ou fechamento), reproduzível em dois de três experimentos consecutivos *e* estalido durante excursão lateral ou protrusão, reproduzível em dois de três experimentos consecutivos. (E 5a, 5b, 7).

II.b. Deslocamento do Disco Sem Redução, Com Abertura Limitada: Uma condição na qual o disco é deslocado da posição normal entre o côndilo e a fossa para uma posição anterior e medial ou lateral, associado com abertura mandibular limitada.

1. História de limitação significante de abertura (Q 14 – ambas as partes); mais
2. Abertura máxima sem auxílio menor ou igual a 35 mm (E 4b, 4d); mais
3. Abertura com auxílio aumenta a abertura máxima em 4 mm ou menos (E 4b, 4c, 4d); mais
4. Excursão contralateral < 7 mm e/ou desvio sem correção para o lado ipsilateral durante abertura (E 3, 6a ou 6b, 6d); mais
5. Ou: (a) ausência de ruídos articulares, ou (b) presença de ruídos articulares não concordando com os critérios para o deslocamento de disco com redução (ver II.a) (E 5, 7).

II.c. Deslocamento do Disco Sem Redução, Sem Abertura Limitada: Uma condição na qual o disco é deslocado de sua posição entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, não associada com abertura limitada.

1. História de limitação significante de abertura mandibular (Q14 – ambas as partes); mais
2. Abertura máxima sem auxílio > 35 mm (E 4b, 4d); mais
3. Abertura com auxílio aumenta a abertura em 5mm ou mais (E 4b, 4c, 4d); mais
4. Excursão contralateral maior ou igual a 7mm (E 6a ou 6b, 6d); mais
5. Presença de ruídos articulares não concordando com os critérios de deslocamento de disco com redução (ver II.a) (E 5, 7).
6. (Nos estudos que permitem uso de imagens, os critérios associados às imagens também devem coincidir. O investigador deve relatar se o diagnóstico foi dado com a utilização de imagem ou se foi baseado somente em critérios clínicos e história). Imagens por artrografia ou ressonância magnética (IRM) revelam deslocamento do disco sem redução.

a. *Artrografia*: (1) Na posição de MIH, o compartimento anterior parece ser maior e mais marcado com contraste do que em uma articulação normal; (2) durante a abertura, uma quantidade significante de contraste é retida anteriormente.
b. *IRM*: (1) Em MIH, a banda posterior do disco está claramente localizada anterior à posição de 12:00, pelo menos na posição de 11:30; (2) em abertura completa, a banda posterior permanece anterior a posição de 12:00.

Grupo III: Artralgia, Artrite, Artrose

Ao fazer diagnósticos das desordens deste grupo, as poliartrites, as injúrias traumáticas agudas e infecções na articulação devem antes ser excluídas, como descrito na página 330.

III.a. Artralgia: Dor e sensibilidade na cápsula articular e/ou no revestimento sinovial da ATM.

1. Dor em um ou ambos sítios articulares (pólo lateral e/ou ligamento posterior) durante a palpação (E9); mais
2. Um ou mais dos seguintes auto-relatos de dor: dor na região da articulação, dor na articulação durante abertura máxima sem auxílio, dor na articulação durante abertura com auxílio, dor na articulação durante excursão lateral. (E 2, 4b, 4c, 4d, 6a, 6b)
3. Para o diagnóstico de artralgia simples, uma crepitação grosseira deve estar ausente. (E 5, 7).

III.b. Osteoartrite da ATM: Uma condição inflamatória dentro da articulação que resulta de uma condição degenerativa das estruturas articulares.

1. Artralgia (ver III.a); mais

2. a ou b (ou ambos):
a. Crepitação grosseira na articulação (E 5,7).
b. *Imagem* - Tomogramas mostram um ou mais dos seguintes: erosão do delineamento cortical normal, esclerose de partes ou de todo o côndilo e eminência articular, achatamento das superfícies articulares, presença de osteofito.

III.c. Osteoartrose da ATM: Uma desordem degenerativa da articulação na qual a forma e estrutura articulares estão anormais.

1. Ausência de todos os sinais de artralgia, isto é, ausência de dor na região da articulação e ausência de dor a palpação na articulação, durante abertura máxima sem auxílio e nas excursões laterais (ver III.a); mais
2. a ou b (ou ambos):
a. Crepitação grosseira na articulação (E 5,7).
b. *Imagem* - tomogramas mostram um ou mais dos seguintes: erosão do delineamento cortical normal, esclerose de partes ou de todo o côndilo e eminência articular, achatamento das superfícies articulares, presença de osteofito.

APENDICE DO EIXO I: Descartando Condições Articulares e Musculares Antes do Uso dos Critérios do RDC

I. Espasmo Muscular, Miosite e Contratura.

Enquanto os critérios de diagnóstico para espasmos musculares, miosite e contratura não são precisos, as seguintes diretrizes gerais são oferecidas: o *espasmo muscular* é caracterizado por uma contração muscular contínua; a *miosite* é caracterizada por uma sensibilidade generalizada em um músculo específico associado com um trauma ou infecção conhecida; a *contratura* é caracterizada por uma limitação de movimentos e rigidez durante a extensão passiva. Estes critérios são menos específicos do que aqueles oferecidos para as categorias principais do RDC devido à falta de pesquisa destas condições menos comuns.

II. **Poliartrites, Injúria Traumática Aguda.** Os casos de artralgia da ATM *e* envolvimento sintomático de outras articulações do corpo sem evidência traumática devem ser avaliados por um reumatologista, em relação à presença ou ausência de uma condição *poliartrítica* específica, como a artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil, doenças articulares induzidas pelo depósito de cristais, doença de Lyme, ou outras condições sistêmicas relativamente raras que afetam as articulações. Por causa da falta de uma abordagem bem definida para o diagnóstico, e a eficácia limitada dos testes diagnósticos disponíveis, diferentes reumatologistas podem usar critérios diferentes para definir a presença ou ausência de tal poliartrite. O diagnóstico do reumatologista deve ser visto como "padrão ouro". Os casos com diagnóstico de um envolvimento poliartrítico sistêmico não devem ser agrupados com qualquer outra subentidade

listada em "Outras Condições Articulares". Um item para as poliartrites foi incluído como questão 16 do questionário. Se a resposta para a parte a ou b da questão 16 for "sim", ou se ambas as partes c e d forem respondidas com "sim", o caso deve ser avaliado por um reumatologista.

Os casos *agudos* de exposição traumática da face ou mandíbula devem ser examinados para uma possível artropatia traumática aguda da ATM. O quadro clínico é caracterizado por dor e sensibilidade da ATM afetada, limitação de movimento devido à dor e perda ou uma diminuição de contatos oclusais no lado afetado devido ao aumento da pressão intra-articular. Esta categoria diagnóstica não deve ser incluída nas subentidades listadas em "Outras Condições Articulares". Um item para a artrite traumática aguda foi incluído como questão 17 do questionário.

Esta Tradução é parte da seguinte publicação
Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord 1992;6:327-330.

Tradução
Professor Francisco J. Pereira Jr. – Em caso de dúvidas ou sugestões contatar francisco@oclusaoedtm.com.br

RDC / TMD

AXIS II: PROTOCOLO DE PONTUAÇÃO PARA DOR CRÔNICA AVALIADA

Nº de ID _____

Data:----------/----------/--------

ALGUMA DOR POR DTM RELATADA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? (*Questionário, Questão 3)*

Se NÃO, Dor Crônica Avaliada (DCA) = 0

Se SIM, Continuar

INTENSIDADE CARACTERÍSTICA DA DOR (ICD): (*Escala DCA, Questões 7, 8, e 9)*. Calcular abaixo:

ICD = _____ + _____ + _____ = _____ dividir por 3 = _____ x 10 = ☐

(*Questão #7)* (*Questão #8)* (*Questão #9)*

PONTOS DE INCAPACIDADE:

Dias de Incapacidade: *(Escala DCA, Questão 10)*

Número de dias incapacitados = _____.
(*Questão #10)*

Pontuação de Incapacidade:
(Escala DCA, Questões 11,12 e 13)

_____ + _____ + _____ = _____
(*Questão 11)* (*Questão 12)* (*Questão 13)*

dividir por 3 = _____

x 10 = _____

0- 6 dias = **0** Pontos de incapacidade

7-14 dias = **1** Ponto de incapacidade

15 - 30 dias = **2** Pontos de incapacidade

31+ dias = **3** Pontos de incapacidade

Pontuação de **0 - 29** = **0** Pontos de incapacidade

Pontuação de **30- 49** = **1** Ponto de incapacidade

Pontuação de **50- 69** = **2** Pontos de incapacidade

Pontuação de ≥ **70** = **3** Pontos de incapacidade

_____ + _____ = ☐ **(PONTOS DE INCAPACIDADE)**

(Pontos por dias de incapacidade) *(Pontos por pontuação de incapacidade)*

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DA DOR CRÔNICA:

Grau 0 Sem dor por DTM nos últimos 6 meses

Baixa Incapacidade

Grau I *Baixa Intensidade* Intensidade Característica da Dor < 50, e menos do que 3 Pontos de Incapacidade
Grau II *Alta Intensidade* Intensidade Característica da Dor ≥ 50, e menos do que 3 Pontos de Incapacidade

Alta Incapacidade
Grau III *Limitação Moderada* 3 a 4 Pontos de Incapacidade, independente da Intensidade Característica da dor
Grau IV *Limitação Severa* 5 a 6 Pontos de Incapacidade, independente da Intensidade Característica da dor

RDC / TMD

AXIS II: PONTUANDO OS ITENS DA ESCALA

1) Somar o número de itens respondidos **(N.T. mesmo que a resposta seja = 0)**. Anote o "Total de Itens" respondidos abaixo na terceira coluna. Se o número "Total de Itens" for menor do que 2/3 do número mínimo indicado na primeira coluna, a escala não poderá ser pontuada e deverá ser registrada como "nula". **(N.T. os números mínimos estão indicados no rodapé)**

2) Some os itens respondidos para todos os itens respondidos: Nem um pouco =0; um pouco = 1; Moderadamente = 2; Muito = 3; Extremamente = 4. Anote a "Pontuação total" abaixo.

3) Divida a pontuação obtida pelo número de itens respondidos.
Anote a "Pontuação da Escala" abaixo.

4) Utilize o guia abaixo para classificar o paciente em cada escala.

	Número Mínimo	Pontuação Total	[dividido por]	Total de Itens	[igual a]	Pontuação da Escala
Depressão:	(20)					
Itens: b, e, h, i, k, l, m, n, v, y, cc, dd, ee, f, g, q, z, aa, bb, ff		☐	÷	☐	=	☐
Sintomas físicos não específicos (incluíndo itens de dor):	(12)	☐	÷	☐	=	☐
Itens: a, c, d, j, o, p, r, s, t, u, w, x						
Sintomas físicos não específicos (excluíndo itens de dor):	(7)	☐	÷	☐	=	☐
Itens: c, r, s, t, u, w, x						

N.T. 2/3 do número mínimo para: Depressão = 12; Sintomas físicos não específicos (incluindo itens de dor) = 8; Sintomas físicos não específicos (excluindo itens de dor) = 5.

Tradução:
Marcio Lima Grossi - DDS, MS, PhD – Professor Associado, PUC, Rio Grande do Sul, RS
Caio Marcelo Panitz Selaimen - DDS, MS, PhD - Professor Associado, PUC, Rio Grande do Sul, RS

Revisão:
Francisco J. Pereira Jr. - CD, MS, PhD

RDC/TMD

RESUMO DOS DADOS OBTIDOS DO PACIENTE/INDÍVÍDUO

Nº de Identificação: _____ (Tipo:)

Dados Demográficos:

Nome: _____

Idade _____ Sexo_____ Etnia _____ Raça_____

Escolaridade_____ Renda Familiar Anual_____

Características Relatadas pelo Paciente:

Estalido	Sim	Não	Mordida Desconfortável / Não habitual	Sim	Não
Crepitação	Sim	Não	Rigidez pela Manhã	Sim	Não
Apertamento/Rangido Noturno	Sim	Não	Zumbido nos ouvidos	Sim	Não
Apertamento / Rangido Diurno	Sim	Não			

Eixo I - Diagnóstico

Grupo I. Desordens Musculares (Circule somente uma resposta para o Grupo I)

A. Dor Miofascial (I.a.)
B. Dor Miofascial com Limitação de Abertura (I.b.)
C. Sem diagnóstico no Grupo I

Grupo II. Deslocamento do Disco (Circule somente uma resposta para cada articulação para o Grupo II)

Articulação Direita	**Articulação Esquerda**
A. Deslocamento do Disco com Redução (II.a.)	A. Deslocamento do Disco com Redução (II.a.)
B. Deslocamento do Disco sem Redução, Com Limitação de Abertura (II.b.)	B. Deslocamento do Disco sem Redução, Com Limitação de Abertura (II.b.)
C. Deslocamento do Disco sem Redução, Sem Limitação de Abertura (II.c.)	C. Deslocamento do Disco sem Redução, Sem Limitação de Abertura (II.c.)
D. Sem Diagnóstico para ATM Direita no Grupo II	D. Sem Diagnóstico para ATM Esquerda no Grupo II

Grupo III. Outras Condições Articulares (Circule somente uma resposta para cada articulação para o Grupo III)

Articulação Direita	**Articulação Esquerda**
A. Artralgia (III.a.)	A. Artralgia (III.a.)
B. Osteoartrite da ATM (III.b)	B. Osteoartrite da ATM (III.b)
C. Osteoartrose da ATM (III.c)	C. Osteoartrose da ATM (III.c)
D. Sem Diagnóstico para ATM Direita no Grupo III	D. Sem Diagnóstico para ATM Esquerda no Grupo III

Eixo II - Perfil

1. Grau da Dor Crônica Avaliada

(I – IV) _____

2. Grau de Depressão

Normal Moderado Severo

3. Graduação dos Sintomas Físicos Não Específicos Incluindo Dor

Normal Moderado Severo

4. Limitações Relacionadas ao Funcionamento Mandibular

(Nº de respostas positivas/ Nº de itens respondidos)_____

Tradução: Francisco J. Pereira Jr. – CD, MS, PhD

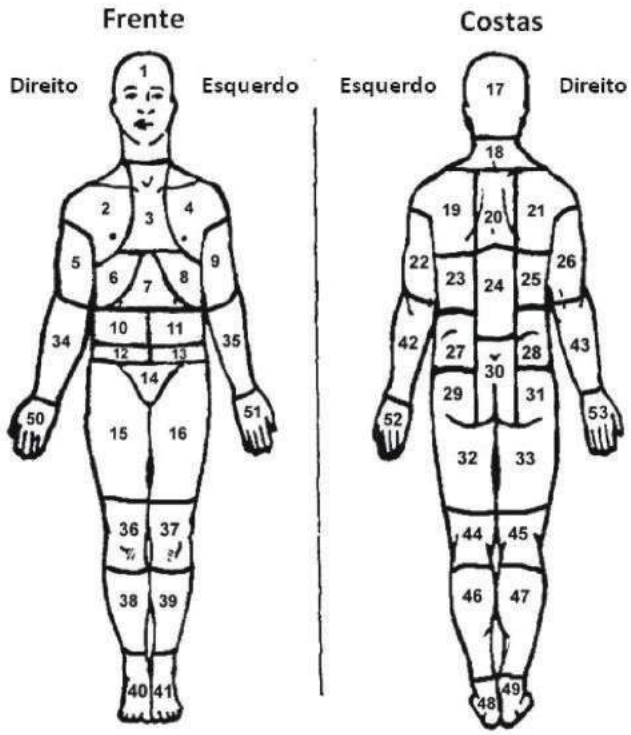
ANEXO G – Questionário BDI

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1.Sim ☐ 2.Não ☐

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3)Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor | O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor | O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

© Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of Brief Pain Inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer. 2010 Mar 10. [Epud ahead of print].

7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?

Nome	Dose/ Freqüência	Data de Início

8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?
Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.

Sem alívio |— 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% —| alívio completo

9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

Atividade geral

Não interferiu |— O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 —| interferiu completamente

Humor

Não interferiu |— O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 —| interferiu completamente

Habilidade de caminhar

Não interferiu |— O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 —| interferiu completamente

Trabalho

Não interferiu |— O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 —| interferiu completamente

Relacionamento com outras pessoas

Não interferiu |— O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 —| interferiu completamente

Sono

Não interferiu |— O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 —| interferiu completamente

Habilidade para apreciar a vida

Não interferiu |— O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 —| interferiu completamente

© Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of Brief Pain Inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer. 2010 Mar 10. [Epud ahead of print].

ANEXO H – Questionário DN4

ANEXO H

Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática 4 – DN4[1] *Versão Brasileira 1.0*[2,3]

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

ENTREVISTA DO PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

	Sim	Não
1 - Queimação		
2 - Sensação de frio dolorosa		
3 - Choque elétrico		

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

	Sim	Não
4 - Formigamento		
5 - Alfinetada e Agulhada		
6 - Adormecimento		
7 - Coceira		

EXAME DO PACIENTE

Questão 3. A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes caraterísticas?

	Sim	Não
8- Hipoestesia ao toque		
9- Hipoestesia a picada de agulha		

Questão 4. Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:

	Sim	Não
10 - Escovação		

ESCORE

0 – Para cada item negativo 1 – Para cada item positivo Dor neuropática – escore total a partir de 4/10

( ) dor nociceptiva ( ) dor neuropática ( ) DN4 não se aplica ao caso

---

[1] Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. 2005 Mar;114(1-2):29-36.
[2] Santos JG, Brito JO, de Andrade DC, Kaziyama VM, Ferreira KA, Souza I, Teixeira MJ, Bouhassira D, Baptista AF. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. J Pain. 2010 May;11(5):484-90. Epub 2009 Dec 16.
[3] Ferreira KASL, Teixeira MJ. Tradução e validação da versão brasileira do Questionário DN4 para identificação de dor neuropática. Revista Dor é Coisa Séria. 2008;26 – 29.

ANEXO I – Questionário SF-36

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

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva-mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

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

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

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.
Domínio:

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

- Saúde mental

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

Domínio:

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

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

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

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

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

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

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

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas)7 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

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

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

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

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

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

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

Referência: Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999 Mai-Jun;39(3):143-50.

ANEXO J – Questionário EADS-21

EADS-21 Nome_____Data____/____/___

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a você ***durante a semana passada.*** Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo para indicar a sua resposta em cada afirmação.
A classificação é a seguinte:
0- não se aplicou nada a mim
1- aplicou-se a mim algumas vezes
2- aplicou-se a mim muitas vezes
3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldade de respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade de tomar iniciativa de fazer alguma coisa	0	1	2	3
6	Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores, por exemplo, nas mãos	0	1	2	3
8	Senti que estava utilizando muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti-me quase entrando em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que às vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que minha vida não tinha sentido	0	1	2	3

Referência: Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicol Saúde & Doenças. 2004;5(2):229-39.

ANEXO K – Questionário EPCD

Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor – EPCD

Na maior parte do tempo nos dizemos coisas. Por exemplo: nos encorajamos a fazer coisas, nos culpamos quando cometemos um erro ou nos recompensamos por algo que fizemos com sucesso. Quando estamos com dor, frequentemente também nós dizemos coisas que são diferentes das coisas que dizemos quando estamos nos sentindo bem. Abaixo existe uma lista de pensamentos típicos de pessoas que estão com dor. Por favor, leia cada uma dessas frases e marque com que frequência você tem estes pensamentos quando sua dor está forte. Por favor, circule o número que melhor descreve a sua situação utilizando esta escala: 0 = quase nunca até 5 = quase sempre.

	Quase nunca				Quase sempre	
	0	1	2	3	4	5
1. Não posso mais suportar esta dor.						
2. Não importa o que fizer minhas dores não mudarão.						
3. Preciso tomar remédios para dor.						
4. Isso nunca vai acabar.						
5. Sou um caso sem esperança.						
6. Quando ficarei pior novamente?						
7. Essa dor esta me matando.						
8. Eu não consigo mais continuar.						
9. Essa dor esta me deixando maluco.						

Referência: Sardá Jr. J, Nicholas MK, Pereira IA, Pimenta CAM, Asghari A, Cruz RM. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. Acta Fisiátr. 2008;15(1):31-6.