MONIRA SAMAAN KALLÁS

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE INCAPACIDADE DECORRENTE DE DOR OROFACIAL DE MANCHESTER

São Paulo

2009

Monira Samaan Kallás

Tradução e adaptação transcultural da Escala de Incapacidade decorrente de Dor Orofacial de Manchester

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Michel Crosato

São Paulo

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Kallás MS. Tradução e adaptação transcultural da Escala de Incapacidade decorrente de Dor Orofacial de Manchester [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

São Paulo, ____/____/2009

Banca Examinadora

1) Prof Dr. _____

Titulação:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

2) Prof Dr. _____

Titulação:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

3) Prof Dr. _____

Titulação:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

A dor é suprema na hierarquia das sensações e prioritária em qualquer tratamento.

Wilma Alexandre Simões

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho com grande
carinho a todos os pacientes
participantes do estudo e
pacientes atendidos ao longo de
treze anos de atuação clínica...

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe, Linda Samaan, exemplo de resiliência. A meu pai, que mesmo distante há dezoito anos, sempre me deu energia com as boas lembranças que deixou.

Ao estimado orientador, prof Dr. Edgard Michel Crosato, exemplo de disciplina e competência. Obrigada por toda paciência e principalmente por apostar em mim.

Ao professor Vishal R. Aggarwal, autor da Escala de Incapacidade de Dor Orofacial de Manchester. Obrigada pela parceria no trabalho e solicitude durante todo o processo.

A Antônio Carlos Frias, eterno orientador e modelo de paciência e concentração. Aos professores do Departamento de Odontologia Social, Maria Ercília de Araujo, José Leopoldo Ferreira Antunes, Maria Gabriela Haye Biazevic, Simone Rennó Junqueira, Maristela Vilas Boas Fratucci, Rogério Nogueira de Oliveira e Edgard Crosato, os quais apesar do pouco convívio, sempre me receberam com atenção e disposição. E aos meus professores referência Paulo Capel Narvai, David Kallás e Esper Georges Kallás.

Aos professores do Departamento de Prótese e Oclusão da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo: Sergio Nakazone Júnior, Matsuyoshi Mori, Tomie Nakakuki de Campos e Rogério Issao Sonoki.

Aos colegas, professores e doutores participantes do processo de tradução e adaptação transcultural.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo Andréia dos Santos Teixeira, Maria Laura de Toledo e Sônia Castro Lucia Lopes, sempre atenciosas e dispostas a ajudar.

Às bibliotecárias Maria Cláudia Pestana e Glauci Elaine Damásio Fidelis pela atenção no processo de formatação e edição final. Às queridas professoras Sueli Martins Machado, Elaine e Fernanda pela revisão final.

A CAPES pela bolsa concedida.

Aos colegas de trajetória Diba Samaan, Teresa Maria da Ponte, Lívia Maria Campos, Paula Fernandes Barbosa, Victor Rogerio, Claudio Spencer, Silvio e Monica Duailibi, Ricardo Psicolaro, Renata Negreiros, Rosane Oliveira, Rosely Carvalho, Antonio Palma Semaan, Fernando de Oliveira Pereira, Edson Pollo, Wilson Weber, Carlos Eduardo Valeriano, Flavia Ribeiro e Gustavo Buoro. Obrigada por me ensinarem tanto sem falar nada...

Aos meus queridos irmãos Nassim, Diba, Farid, Leila e Bárbara. Obrigada por estarem sempre de braços abertos e colos aconchegantes.

Aos sobrinhos Karen, Felipe, Ibrahim, Lucas, David, Georges, Linda I, Luísa, Nabila, Gabriel, Lara, Bárbara, Miguel, Linda II e Leticia. Obrigada por serem as grandes alegrias da minha vida.

E a David Kallás, por me ajudar a ser uma mulher cada vez mais doce, inspirada e feliz.

Kallás MS. Tradução e adaptação transcultural da Escala de Incapacidade decorrente de Dor Orofacial de Manchester [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

Neste estudo foi realizada a tradução e adaptação transcultural para o português no contexto da cultura brasileira e validada a versão do Questionário de Incapacidade decorrente de Dor Orofacial de Manchester. As diretrizes seguidas para a tradução e adaptação transcultural foram propostas por Beaton et al. (2000) e Wild et al. (2005). A versão final instituída (Brasil - MOPDS) foi aplicada em 50 pacientes com Dor Orofacial da clínica ambulatorial de ATM e Oclusão do Departamento de Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. A Brasil – MOPDS foi administrada duas vezes por um entrevistador (intervalo de 15-20 dias) e uma vez por um entrevistador independente. A versão brasileira do questionário OHIP-14 e a Escala Visual Analógica (EVA) foram realizadas em uma das entrevistas. Para análise da consistência interna foi utilizado Alpha de Cronbach e o Coeficiente de Correlação de Spearman. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) e o Coeficiente de Correlação de Bland-Altmann (CCBA) foram computados para avaliar a validade e a confiabilidade externa e interna. A consistência interna encontrada foi alta (α = 0,9175) e as correlações interobservador (ICC = 0,924) e intraobservador (ICC = 0,982) foram excelentes. As validades comparadas ao OHIP-14 (r = 0,857) e a EVA (r = 0,758) foram altas. A Brasil – MOPDS foi validada e adaptada com sucesso para aplicação em pacientes brasileiros, com validade e confiabilidade interna e externa satisfatória.

Palavras-Chave: Tradução e adaptação transcultural, Dor Orofacial, Qualidade de Vida

Kallás MS. Translation and cross-cultural adaptation of Manchester Orofacial Pain Disability Scale [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

ABSTRACT

In this study was done the translation and cross cultural adaptation of the Manchester Orofacial Pain Disability for the Portuguese language. The guidelines followed for this process was suggested by Beaton et al. (2000) and Wild et al. (2005). Therefore, the final version (Brazil - MOPDS) was established and applied in 50 patients with Orofacial Pain selected in TMJ and Occlusion clinic ambulatory of University of São Paulo University Dentistry School. The Brazil – MOPDS was administered twice by one interviewer (15-20 days interval) and once by an independent interviewer. The Brazilian OHIP short version (OHIP-14) and the Visual Analogical Scale (VAS) were applied on the same day. For internal consistency analysis, the Cronbach´s Alpha test, Spearman's Correlation Coefficient, intra-class Correlation Coefficient (ICC) and Bland-Altman's Correlation Coefficient were used to evaluate the validation and internal and external reliability. Results: The internal consistency found was high (α=0, 9175). Inter-observer correlations (ICC = 0.924) and intra-observer (ICC= 0.982) were excellent. Validity compared with OHIP-14 (r= 0.857) and VAS (r= 0.758) were high. Brazil – MOPDS was successfully translated and adapted to be applied to Brazilian patients, with satisfactory internal and external reliability.

Keywords: Translation and cross-cultural adaptation; Orofacial Pain; Quality of Life

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporo Mandibular
Brasil - MOPDS	Versão Brasileira da Escala de Incapacidade de Dor Orofacial de Manchester
Br-MPQ	Versão Brasileira do Questionário de Mc Gill
CCBA	Coeficiente de Correlação de Bland-Altman
CCDO	Centro de Controle de Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco
DTM	Distúrbios Temporomandibulares
EVA	Escala Visual Analógica
GHQ-12	General Health Questionnaire
GOHAI	General (Geriatric) Oral Health Assessment Index
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicap
IHS	International Headache Society
MOPDS	Manchester Orofacial Pain Disability Scale
NRS	Escala Númerica de Dor
OHIP-14	Oral Health Impact Profile – 14
OH-QoL	Oral Health Quality of Life

OHRQoL	Oral Health Related Quality of Life
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCC	Coeficiente de Correlação de Spearman
SROH	Self Reported Oral Health
VRS	Escala Verbal de Dor

SUMÁRIO

p.

1 INTRODUÇÃO 12

2 REVISÃO DA LITERATURA 16

3 PROPOSIÇÃO 45

4 MÉTODO 46

5 RESULTADOS 54

6 DISCUSSÃO 59

7 CONCLUSÃO 64

REFERÊNCIAS 65

ANEXOS 73

1 INTRODUÇÃO

A Dor Orofacial (na face ou na boca) é uma síndrome dolorosa regional comum. Na forma aguda é mais comumente relacionada à dor de dente ou problema periodontal, mas na forma crônica é atribuída a sintomas de condições clínicas como desordens temporo mandibulares e dor facial atípica. Essas condições clínicas podem causar incapacidades, produzindo impactos sobre a qualidade de vida, queda no desempenho laboral, no aprendizado e dificuldades no convívio social (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2001).

Locker (1996) apontou a elevada prevalência de dores de origem odontogênica e o impacto que problemas dessa ordem causam às pessoas, às comunidades e aos serviços odontológicos. A dor prejudica o sono, o trabalho, o lazer e o relacionamento com as pessoas. Tem um importante impacto na vida dos indivíduos pelo sofrimento e limitações causados no cotidiano e acarreta um dramático efeito para a sociedade, devido ao elevado custo do tratamento e ao custo das horas perdidas no processo produtivo (MACFARLANE; GLENNY; WORTHINGTON, 2001; MICHEL-CROSATO et al., 2006).

Segundo Junqueira (2001) “um diagnóstico de saúde populacional deve ser realizado para que o planejamento dos serviços de saúde seja compatível com a realidade epidemiológica local. Para isso, devem ser considerados, além de indicadores relacionados com o setor saúde, aspectos socioeconômicos mais gerais”. Deve haver a incorporação não apenas de uma avaliação do estado clínico,

mas também das dimensões psicológica e social. Para avaliar se a qualidade de vida das pessoas com dentes ausentes é afetada de maneira adversa em termos funcionais, psicológicos e sociais, como a habilidade para comer os alimentos de que mais gostam, sorrir e falar com clareza e interagir socialmente devem ser usadas medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal (PINTO, 2000). Isso tornou os questionários que medem incapacidades que as doenças causam importantes ferramentas para direcionar políticas publicas de saúde (BIAZEVIC; ARAÚJO; MICHEL-CROSATO, 2002).

Com o aumento do número de projetos de pesquisa internacionais, a necessidade de adaptar medidas de status de saúde para usar além da língua de origem tem crescido rapidamente. Os questionários, em sua maioria, foram desenvolvidos em países de língua inglesa, mas mesmo dentro desses países, pesquisadores devem considerar populações imigrantes em pesquisas de saúde, especialmente quando a sua exclusão pode levar a vieses sistemáticos em estudos de utilização de cuidados de saúde ou qualidade de vida. Assim, tornou-se necessária além da simples tradução, a adaptação transcultural de um questionário de status de saúde para ser usado em uma cultura de um novo país (BEATON et al., 2000).

Numerosos instrumentos para medir o impacto de condições orais comuns ao bem-estar e qualidade de vida vêm sendo desenvolvidos ao longo dos últimos quinze anos. São medidas de autorrelatos interessados na influencia dos sinais e sintomas clínicos nos aspectos sociais, psicológicos e no bem–estar (ATCHISON; DOLAN, 1990; DOLAN; GOOCH; BOURQUE, 1991; KRESSIN et al., 1996; LEAO; SHEIHAM, 1996; LOCKER, MILLER, 1994; STRAUUSS; HUNT, 1993). Entretanto,

as diferentes condições orais podem afetar funções distintas e conduzir a diversos problemas físicos e emocionais. Instrumentos anteriores não foram concebidos especificamente para medir o impacto associado com Dor Orofacial. Relativamente poucos estudos têm usado esses instrumentos para avaliar o impacto psicossocial e funcional da Dor Orofacial. Um estudo realizado por Murray et al. (1996) utilizou uma forma abreviada do Oral Health Impact Profile (OHIP) (SLADE, SPENCER, 1994), para medir a qualidade de vida dos pacientes encaminhados para uma clinica especializada de Dor Orofacial. No entanto, os resultados desse estudo não podem ser generalizados, pois foi utilizada uma casuística de pacientes encaminhados para uma instalação de cuidados de tratamento terciário e que são, portanto, mais susceptíveis de representar os mais graves ou intratáveis casos de Dor Orofacial. Além disso, o OHIP não é um instrumento para uma doença específica, sendo pouco preciso para detectar importantes influências das condições específicas, tais como Dor Orofacial. Outro importante aspecto é que somente foi validado em pessoas com mais de 60 anos e por isso pode não ser adequado para medir o impacto das condições orofaciais em todos os grupos etários. Globalmente, um índice específico para medir incapacidades das condições de Dor Orofacial irá permitir que o impacto da condição seja determinado com maior precisão. Além disso, as investigações epidemiológicas de dor de outras síndromes regionais têm sido mais bem sucedidas na identificação de fatores etiológicos importantes para as condições de incapacidade de dor ao invés de investigar todas as pessoas que relatam dor em um lugar específico (GARROW et al., 2000).

Com o intuito de facilitar os estudos epidemiológicos de dor, este estudo tem por objetivo realizar a tradução e adaptação transcultural da Escala de Incapacidade de Dor Orofacial de Manchester.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceito e classificação de Dor Orofacial

Dor Orofacial é um campo da Odontologia dedicado ao diagnóstico e tratamento de Dores Orofaciais Crônicas e Complexas, além de desordens motoras. Contudo, devido à rica inervação da cabeça, face e estruturas orais, as dores orofaciais são geralmente complexas, o que pode dificultar seu diagnóstico. Assim, essa especialidade odontológica tem se desenvolvido por vários anos com o objetivo de prover melhor entendimento acerca de um grupo de pacientes que, de alguma forma, não tinham dores de origem dentária e nem condições óbvias médicas que explicassem suas dores na face. Depois de um longo período propondo tratamentos baseados apenas no aspecto mecanicista da doença, a ciência Odontologia percebeu a importância de entender mecanismos básicos de diagnóstico diferencial para melhor controlar esses casos. Essa mudança de mentalidade tem levado a modificação na educação em odontologia, assim como nos procedimentos clínicos executados (TOSTA et al., 2005; CONTI et al., 2003; MACFARLANE et al., 2003).

O diagnóstico das Dores Orofaciais pode demandar um exame detalhado, em decorrência do fenômeno da dor referida ou difusa. Não são raros os pacientes que percorrem diversos ambulatórios e persistem com os sintomas. Uma alteração pulpar pode simular uma Otite, Sinusopatia ou Desordem Temporomandibular. Por outro lado, uma alteração na musculatura mastigatória pode simular Dor de Dente.

A superposição dos diversos sintomas associados aos vários grupos diagnósticos da região de cabeça e pescoço estabeleceu a necessidade de um maior conhecimento do comportamento dessas patologias, tendo em vista que as falhas nesses diagnósticos podem acarretar implicação para os pacientes e elevados custos para o sistema de saúde. Não são raros os casos em que diversos dentes são extraídos por erros de diagnóstico. Outra questão relevante relacionada às Dores Orofaciais diz respeito a sua localização (Figura 2.1) (KAUFMAN; PATEL, 2001).

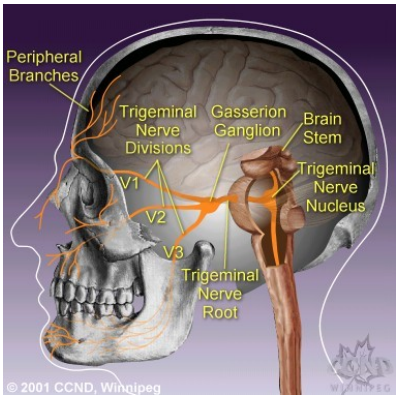

Figura 2.1-Representação do nervo trigêmeo – sua origem e três ramificações principais (nervo oftálmico, maxilar e mandibular) Fonte: www.umanitoba.ca/.../manuscript/types.html

A região do trigêmeo compreende uma série de estruturas anatômicas responsáveis pela expressão de emoções e comunicação (Figura 2.2). A presença de dor nessa região pode levar a sofrimento com características diferentes das que ocorrem em outros segmentos do corpo (ANTUNES; PERES, JUNIOR, 2006).

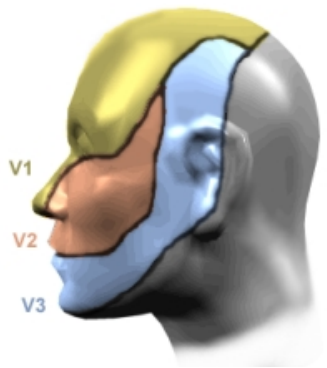

Figura 2.2 - Estruturas anatômicas compreendidas pelo nervo trigêmeo (V1 – nervo oftálmico, V2 – nervo maxilar e V3 – nervo mandibular). Fonte: www.umanitoba.ca/.../manuscript/types.html

A classificação das dores orofaciais estabelecida com critérios de diagnóstico de abrangência internacional possibilita uma linguagem universal, muito necessária para se realizarem comparações científicas em trabalhos de pesquisa, além de proporcionar uma comunicação efetiva e produtiva entre os clínicos (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

A primeira tentativa mundial de classificar as dores de cabeça, face e pescoço foi realizada em 1962 pelo Comitê Ad Hoc para Classificação de Cefaléia do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Cegueira. A adoção de critérios baseados em sintomas clínicos, incluindo várias falhas e a ausência de critérios específicos que caracterizassem as diferentes entidades de dor, fez com que essa classificação não tivesse tido abrangência universal (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Somente em 1988 foi publicada pela Sociedade Internacional de Cefaléias (IHS, 2004) uma nova classificação referida como “classificação e critérios de diagnóstico para desordens de cefaléia, neuralgias cranianas e dor facial”, seguida, em 1990, por uma classificação da Academia Americana de Dor Orofacial, editada por Charles McNeill. Por apresentarem critérios de diagnóstico específicos, essas

classificações foram aceitas e utilizadas internacionalmente pelos vários profissionais da área de saúde que lidam com as experiências de dor. Porém, conforme relato da própria sociedade Internacional de Cefaléia, a classificação de dor é um trabalho contínuo, cujas atualizações estão sendo publicadas conforme novos dados vão surgindo. Em 2004 foi publicada sua segunda edição, mais completa e específica; essa classificação veio corrigir algumas limitações da anterior (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Segundo Quail (2005), a dor facial é causa freqüente da procura do médico ou dentista. Embora na maioria dos casos a causa seja dental ou da articulação temporomandibular, os casos remanescentes são difíceis de diagnosticar e tratar (Quadro 2.1).

A Dor Orofacial (na face ou na boca) é a síndrome dolorosa regional mais comum. Na forma aguda é mais comumente relacionada à dor de dente ou problema periodontal, mas na forma crônica, é atribuída a sintomas de condições clínicas, como desordens temporomandibulares e dor facial atípica. Essas condições clínicas comumente causam incapacidade, produzindo impacto negativo sobre a qualidade de vida, ocasionando sofrimento, queda no desempenho laboral, no aprendizado e dificuldades no convívio social (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Localização da dor	Causas das dores orofaciais
Dental, oral, faríngea	Causas infecciosas Cáries dentárias Doença periodontal, doenças na mucosa Herpes simples, cellulites Tonsilites
	Traumáticas Dentes fraturados
	Neoplásicas Carcinoma primário, doença metastática
	Lesões inflamatórias Úlceras aftosas, líquen plano
Disfunção temporomandibular	
Doenças ósseas faciais	Infecciosas Osteomielite
	Traumáticas Fraturas
Glândulas Salivares	Infecciosas Parotidite
	Metabólica Formação de cálculo Neoplasia
Doença do seio paranasal	
Desordens neurológicas	Incluindo neuralgias trigeminais e glossofaríngeas. Neuropatias por compressão Condições pós-infecciosas: herpes zoster Migraine
Vascular	Arterite cranial Angina peitoral
Psicogênica	

Quadro 2.1 – Localização e causas das dores orofaciais segundo Quail em 2005.

A classificação das dores orofaciais estabelecida com critérios de diagnóstico de abrangência internacional é indispensável para a pesquisa. Cada paciente incluído em um projeto de pesquisa, em uma triagem medicamentosa, em um estudo fisiopatológico ou bioquímico deve preencher um campo do critério diagnóstico (IHS, 2004), o que possibilita uma linguagem universal, que proporciona comparações científicas e uma comunicação efetiva e produtiva entre os clínicos (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2001).

13.1 Nevralgia do trigêmeo
13.1.1 Nevralgia clássica do trigêmeo
13.1.2 Nevralgia sintomática do trigêmeo
13.2 Nevralgia glossofaríngea
13.2.1 Nevralgia glossofaríngea clássica
13.3 Nevralgia do nervo intermédio
13.4 Nevralgia laríngea superior
13.5 Nevralgia nasociliar
13.6 Nevralgia supraorbital
13.7 Nevralgias de outras ramificações terminais
13.8 Nevralgia occipital
13.9 Síndrome língua-pescoço
13.10 Cefaléia por compressão externa
13.11 Cefaléia por estímulos frios
13.11.1 Cefaléia atribuída à aplicação de estímulos frios
13.11.2 Cefaléia atribuída à ingestão ou inalação de estímulos frios
13.12 Dor constante causada por compressão, irritação ou distorção de nervos cranianos ou raízes cervicais superiores por lesões estruturais
13.13 Neurite ótica
13.14 Neuropatia ocular diabética
13.15 Dor na face ou na cabeça atribuída a herpes zoster
13.15.1 Dor na face ou na cabeça atribuída a herpes zoster aguda
13.15.2 Nevralgia pós-herpética
13.16 Síndrome Tolosa-Hunt
13.17 Oftalmoplegia migratória
13.18 Causa central da dor facial
13.18.1 Anestesia dolorosa
13.18.2 Dor central pós-trauma
13.18.3 Dor facial atribuída à esclerose múltipla
13.18.4 Dor facial idiopática persistente
13.18.5 Síndrome de queimação bucal
13.19 Outras nevralgias cranianas ou outras dores faciais mediadas centralmente

Quadro 2.2 - Classificação de dor facial segundo a IHS (item 13 da classificação: Cranial neuralgias and central causes of facial pain)

2.2 Prevalência de dor Orofacial

Pimentel et al. (2008) descreveram o perfil dos pacientes encaminhados ao Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO) da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP, no período de janeiro de 2006 a agosto de 2007, em relação

aos critérios demográficos. A amostra constou de 667 pacientes de ambos os sexos, onde se buscou informações sobre data do início do tratamento, endereço, data de nascimento, sexo e estado civil. Os autores apresentaram que a maioria dos participantes era do sexo feminino (84,0%), sendo a maioria solteira (64,6%), proveniente da cidade do Recife (35,3%) e na faixa etária de 30 a 59 anos (54,9%). Com relação à dor, a sintomatologia foi mais frequente na faixa etária de 30 a 44 anos (29,0%) e em solteiros (62,3%). O estudo revela que a análise descritiva apontou para o fato de que algumas variáveis demográficas são importantes para a explicação e para o entendimento da dor apresentada pelos pacientes.

Wong et al. (2008) investigaram os impactos dos sintomas da Dor Orofacial em 1.222 chineses com mais de 18 anos de idade. A entrevista foi realizada via telefone e incorporava perguntas das características de Dor Orofacial recente. O maior impacto foi a preocupação em relação à saúde oral e dental (49,8%), seguida por evitar determinados alimentos (40,4%).

Em 2003 Nardi e colaboradores (NARDI, 2003; NARDI; BIAZEVIC; MICHEL-CROSATO, 2006; MICHEL-CROSATO et al. 2006; NARDI et al., 2009) verificaram a prevalência de dor orofacial, o absenteísmo e a qualidade de vida em trabalhadores do Sul do Brasil. As dores orofaciais mais predominantes foram: nos dentes (86,3%), ao redor ou atrás dos olhos (28,2%) e nas ATMs (20,2%). A prevalência de absenteísmo por Dor Orofacial foi de 15,0%. Os tipos de Dor Orofacial que mais provocaram absenteísmo foram: a dor de dente espontânea (9,7%), a dor de dente provocada por líquidos frios ou quentes ou por alimentos doces (6,5%) e a dor ao redor ou atrás dos olhos (3,2%). Embora a gravidade de Dor Orofacial tenha sido baixa, sua prevalência foi alta e prejudicou a qualidade de vida dos trabalhadores.

Em 1997 e 1998, Macfarlane et al. (2004a) conduziram um estudo com 2.504 participantes, na faixa etária entre 18-65 anos em um questionário autocompletado para estimar a prevalência de Dor Orofacial (cronicidade, localização e descrições verbais de dor). Obtiveram um modelo estatístico para classificar esses pacientes em três grandes grupos: músculo-ligamentar, tecidos moles, dentoalveolar e neurológico/vascular. Apesar da necessidade de validação dessa performance em grandes populações, os autores concluíram que o questionário pode ser utilizado em estudos populacionais onde o exame clínico não é possível, para determinar prevalência, fatores etiológicos e identificar a história natural da doença.

Goes et al. (2008) avaliaram a prevalência e a severidade da dor em adolescentes brasileiros através de um questionário e descreveram como a dor afeta o cotidiano desses adolescentes através do OIDP (Oral Impact Daily Performance) para os membros de suas famílias. Concluíram que houve impacto da dor na qualidade de vida tanto dos adolescentes quanto de suas famílias e a maior prevalência dessa correlação foi em meninas com baixo nível socioeconômico.

Borges et al. (2008) estimaram a prevalência de dor dental e gengival e fatores associados entre 16.126 jovens brasileiros (15 a 19 anos de idade) que participaram do levantamento epidemiológico de saúde bucal SB Brasil 2002-2003 durante seis meses. Através de regressão simples e múltipla de Poisson observou-se elevada prevalência de dor dental e gengival: 35,6% (95%CI: 34,8-36,4). O aumento da prevalência de dor foi associado com o sexo feminino, estudantes de escolas públicas, baixo nível de renda e atraso escolar. Adolescentes com elevados níveis de cáries e cálculos dentais também relataram maior prevalência de dor dental.

2.3 Modelos para medir a Dor Orofacial e instrumentos que a medem

A Dor é um fenômeno que não pode ser objetivamente mensurado. Talvez esse seja um dos aspectos mais frustrantes e limitantes para o clínico e o pesquisador nessa área. A mensuração da dor constitui aspecto ainda não completamente equacionado e, certamente, fator de confusão na caracterização das síndromes dolorosas e nos resultados dos tratamentos e de pesquisa (SOUZA, 2002).

A mensuração apenas na intensidade da dor raramente é um indicador adequado de bem-estar e da resposta à terapêutica. Dor crônica perturba o sono, causa fadiga, altera a concentração, modifica o humor, o estilo de pensamento e o comportamento e dificulta o desempenho de atividades da vida diária. Algumas intervenções talvez não modifiquem o aspecto intensidade da dor, mas podem modificar o modo de o indivíduo lidar com a situação. Avaliar o resultado de tais intervenções apenas pela intensidade da dor é inapropriado. Não há um só procedimento ou instrumento que avalie todas as facetas da experiência dolorosa crônica; há necessidade de seleção de diversos instrumentos, considerando-se as características dos doentes, das síndromes e das intervenções de dor (SOUZA, 2002).

A avaliação não deve centrar-se apenas nas experiências da nocicepção, todos os aspectos que a constituem, mas deve conter a apreciação e a descrição da dor, incluindo a influência dos aspectos culturais ou emocionais que não são “vieses” do relato, mas o resultado do imbricamento dos aspectos que a constituem. Disso resulta, muitas vezes, pouco paralelismo entre a doença “observável” e a magnitude

e características da queixa álgica, a incapacidade laborativa, os prejuízos para o desempenho das atividades de vida diária, as anormalidades emocionais e comportamentais e o sofrimento. A imprecisão na avaliação da dor pode dever-se à inadequada seleção e uso de instrumentos de avaliação (SOUZA, 2002).

Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos que, usualmente, mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso. Em outras palavras, não existe um instrumento padrão que permita a um observador externo, objetivamente, mensurar essa experiência interna, complexa e pessoal (SOUZA, 2002).

Porém, a mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, pois se torna impossível manipular um problema dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. Sem tal medida, torna-se difícil determinar se um tratamento é necessário, se o prescrito é eficaz ou mesmo quando deve ser interrompido. É sensato aprender a trabalhar com o conceito de que os dados obtidos por autorrelato ou por avaliação física e exames complementares apresentam margem de erro. A observação do comportamento doloroso (verbalização da dor, posturas de proteção e imobilização, inatividade, agitação motora, expressão facial de desconforto, choro, gemido, procura pelo sistema de saúde, ingestão de analgésicos, afastamento do trabalho e das atividades físicas) pode ser feita por meio de filmagens, relato dos familiares ou preenchimento de diário de dor pelo familiar ou doente (SOUZA, 2002).

A mensuração das respostas do sistema neurovegetativo simpático é mais frequente na dor aguda, situação em que tais respostas são mais expressivas. É importante ressaltar que a avaliação da dor requer o uso de diversos métodos e

instrumentos de análise, a somatória dos dados observados possibilita ao profissional julgamento clínico adequado (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2001).

Vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns métodos consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional que varia apenas em intensidade, mas outros a consideram como uma experiência multidimensional composta também por fatores afetivo-emocionais (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2001).

Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a intensidade da dor e têm sido usados freqüentemente em hospitais e/ou clínicas para se obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. Exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérico-verbal e a escala analógico-visual que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação fácil e rápida (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2001).

Os instrumentos multidimensionais, de outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. As principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2001).

Algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os autorregistros por parte do paciente. Exemplos desses instrumentos são : 1) a escala de descritores verbais diferenciais; 2) o Questionário McGill de avaliação da dor; e, 3) a teoria da detecção do sinal. Com essas escalas, torna-se possível avaliar a dor em suas múltiplas dimensões, ou seja, os componentes sensoriais, afetivos e avaliativos que estão refletidos na

linguagem usada para descrever a experiência dolorosa (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2001).

As medidas mais comuns para medir a intensidade da dor são:

1) A escala analógica visual (VAS) - consiste em uma linha de 10 cm, cujos limites estão marcados com os extremos da dor;
2) A escala verbal (VRS) - consiste em uma lista de adjetivos que descrevem diferentes níveis de intensidade de dor. Essas escalas devem incluir adjetivos extremos dessa dimensão e adjetivos adicionais que capturem gradações de intensidade;
3) As escalas numéricas (NRS) – onde os pacientes são solicitados a avaliar a dor que estão sentindo numa escala que vai de 0 a 10, ou de 0 a 100, com a compreensão de que esses números representam os extremos de intensidade contínua da dor;
4) Questionário de Dor de McGill - rápido modo de mensurar a experiência subjetiva da dor. Permite a avaliação qualitativa sensorial e afetiva relativas ao processo de dor e é capaz de medir várias qualidades da dor. Essa ferramenta foi desenvolvida por Melzack na Universidade de McGill, no Canadá, em 1975, e tornou-se uma das ferramentas mais usadas para mensuração de dor.

Dimensão	**Conceito**	**Instrumento de medida**
Intensidade	Estimativa quantitativa da severidade de dor	VAS (escala analógica visual) VRS (escala verbal) NRS (escala numérica)
Efeito	Efeito emocional que a dor pode produzir	Questionário McGill
Localização	Autopercepção da localização da dor	Questionário McGill

Quadro 2.3 - Dimensões a serem avaliadas em estudos epidemiológicos de dor (PERES ; ANTUNES, 2006)

2.4 Implicações da Dor Orofacial na qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANZATION, 1946).

Oliveira e Nadanovsky (2006) avaliaram os efeitos da Dor Orofacial na relação entre saúde oral e qualidade de vida durante a gravidez e documentaram medidas tomadas de gestantes que procuraram alívio para Dor Orofacial. Participaram do estudo 504 mulheres e 168 delas tiveram dor pelo menos seis meses antes da entrevista, as quais foram convidadas a responder o OIDP. Os resultados desse estudo indicaram que Dor Orofacial durante a gravidez foi um importante problema para esse grupo de mulheres e teve efeito negativo em sua qualidade de vida.

Tratos psicológicos e comportamentais podem ser importantes para o diagnóstico e administração da Dor Orofacial. Em um estudo que compara os níveis de depressão e somatização em pacientes com diagnóstico simples e múltiplo de desordens temporomandibulares, Yap et al. (2002) utilizando o eixo I (clínico) e o eixo II (incapacidade e status psicológico relacionado à dor), analisaram 170 pacientes com idade média de 33 anos e com diagnóstico clínico de distúrbios temporomandibulares definidos: grupo A- apenas dor miofascial (eixo I); grupo B- apenas dor de deslocamento de disco (grupo II); grupo C- apenas outras condições da articulação como artralgia, osteoartrite e osteoartrose (grupo III); grupo D- dor miofascial e deslocamento do disco (grupo I e II); grupo E- dor miofascial e outras condições articulares (grupos I e III); grupo F- deslocamento de disco e outras condições articulares (grupo II e III) e grupo G- dor miofascial, deslocamento do

disco e outras condições articulares (grupos I, II e III). Os autores concluíram que pacientes com dor miofascial e outras condições articulares (grupo E) tiveram níveis significantemente maiores de depressão e somatização em relação aos pacientes diagnosticados apenas com deslocamento de disco (grupo B).

Naito et al. (2006) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre *status* de saúde oral e sua relação com a qualidade de vida, no período de janeiro de 1973 até junho de 2004. Eles concluíram que a avaliação da relação da saúde com a qualidade de vida e a saúde oral com instrumentos validados é insuficiente, sugerindo a necessidade de maiores evidências para sustentar essa interpretação.

Lacerda, Traebert e Zambenedetti (2008) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a prevalência de Dor Orofacial e sua relação com o absenteísmo em trabalhadores do setor metalúrgico e mecânico do município de Xanxerê, Santa Catarina. Realizou-se um estudo transversal envolvendo todos os trabalhadores do sexo masculino (n = 480) das 13 indústrias do setor no município, sendo que as informações foram coletadas por meio de entrevistas estruturadas. Informações sociodemográficas, prevalência, severidade e localização de Dor Orofacial no último semestre, bem como relatos sobre falta ao trabalho devido à dor orofacial compuseram o questionário. Dados de identificação, setor e turno de trabalho foram coletados nos departamentos de recursos humanos das empresas. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e testes de associação de qui-quadrado de Pearson entre absenteísmo e dor orofacial. A prevalência de Dor Orofacial foi de 66,1%, sendo dor de dente provocada ou dor de dente espontânea os tipos mais freqüentes. O absenteísmo devido a Dor Orofacial no último semestre foi relatado por 9,3% dos trabalhadores, mostrando-se associado à dor de dente espontânea, dor provocada por líquidos quentes e frios ou alimentos doces, dor de ouvido e

sensação de queimação na bochecha e lábios. Os trabalhadores com dor intensa relataram maior percentual de absenteísmo. Os autores concluíram que a prevalência de Dor Orofacial foi alta na população estudada.

Oliveira et al. (2003) realizaram um estudo do impacto da dor na vida de indivíduos portadores de Disfunção da Articulação Temporomandibular (DTM). Foram estudados 22 pacientes (20 mulheres e dois homens, com idade média de 28 anos) portadores de DTM, que procuraram atendimento fisioterapêutico especializado, submetidos a uma versão brasileira do Questionário McGill de Dor (Br-MPQ), que inclui questões específicas sobre a qualidade de vida, como: 1) prejuízo social; 2) atividades da vida diária; 3) percepção do outro; 4) tolerância à dor; 5) sensação de estar doente; 6) sensação de utilidade; 7) satisfação com a vida. Os resultados mostraram que a dor da DTM prejudicou as atividades do trabalho (59,09%), da escola (59,09%), o sono (68,18%) e o apetite/alimentação (63,64%). Os autores concluíram que a dor da DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente e que o questionário empregado, embora não específico, permitiu avaliá-lo adequadamente.

Outra classificação do absenteísmo apresentada por Midorikawa (2000) aborda o aspecto da ausência ao trabalho e o absenteísmo de corpo presente. O primeiro pode ser medido e ter seu custo calculado pela ausência do indivíduo. O segundo, que não pode ser medido, é quando o trabalhador não consegue exercer suas atividades laborais habituais em função da dor. As doenças bucais como a cárie e a doença periodontal podem, muitas vezes, levar a um quadro de sintomatologia dolorosa de pouca intensidade. Assim, o trabalhador tolera durante dias, eventualmente durante semanas, a dor e o desconforto, antes de procurar ajuda profissional. Em sua revisão, Midorikawa (2000) relata que próximo a 25% do

absenteísmo por doenças não ocupacionais está diretamente relacionado às condições orais. A dor de dente ocupa o terceiro lugar entre as causas de falta ao trabalho, perdendo apenas para dor de estômago e dor de cabeça. Para o autor, a presença precária no trabalho por motivos de saúde, além de interferir diretamente na produtividade, pode, por razões relacionadas à dor e à falta de concentração, levar à depressão, ansiedade e irritabilidade, aumentando o risco da ocorrência de erros técnicos, conflitos interpessoais e acidentes de trabalho.

Hassel et al. (2006) realizaram estudo com o objetivo de investigar os fatores associados com a saúde bucal autorrelatada e a qualidade de vida em 158 idosos alemães institucionalizados. A relação entre condições de saúde oral e qualidade de vida foi avaliada usando o OHIP e as características da prótese (retenção da prótese removível, número de dentes em oclusão estática) e medidas gerais (idade, sexo, nível de escolaridade e status de dor geral). O tipo de dentadura não teve impacto significante no OHIP-SC, entretanto, há aspectos funcionais das próteses que são importantes fatores não dentais e têm efeito golpeante na OHRQoL (Oral Health Related Quality of Life) .

Luo et al. (2007) determinaram as características da Dor Orofacial, associando efeitos de incapacidades e efeitos na qualidade de vida na população de um asilo chinês. Participaram do estudo pessoas idosas com sintomas de Dor Orofacial e um grupo controle sem relato de dor, através do questionário OHIP-14 e do GHQ-12 (questionário de saúde geral) e exame clínico. A Dor Orofacial teve um impacto substancial nas atividades cotidianas, nível de estresse psicológico e qualidade de vida em idosos chineses. As condições com maior impacto adverso na qualidade de vida foram dores nos tecidos musculares/ligamentares e dores dentoalveolares.

A OMS reconhece que dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais podem resultar das doenças bucais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). A dor tem um importante impacto na vida dos indivíduos pelo sofrimento e limitações causados no cotidiano e acarreta um dramático efeito para a sociedade, devido ao elevado custo do tratamento, bem como das horas perdidas no processo produtivo (MACFARLANE et al, 2002).

Diversos autores desde há muito já apontavam a elevada prevalência de dores de origem odontogênica e o impacto que problemas dessa ordem causam às pessoas, às comunidades e aos serviços odontológicos (LOCKER, CLARKE, PAYNE, 2000; RILEY, GUILBERT, HEFTC, 2002). Estudo envolvendo população de trabalhadores de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, observou alto percentual de trabalhadores (73,6%) referindo interferência em atividades diárias, gerada por problemas odontológicos. O desconforto e a dor foram o primeiro e o terceiro sintomas que mais geraram interferência, respectivamente (GOMES, ABEGG, 2007). No estudo de Lacerda et al. (2004), a Dor Orofacial foi o principal fator de risco para o impacto no desempenho diário por motivos odontológicos na população adulta.

Macfarlane et al. (2004b) demonstraram o impacto da Dor Orofacial no trabalho em um estudo com 2.504 pacientes, dos quais 17% relataram absenteísmo e incapacidade de desenvolver suas atividades como antes da dor.

Versloot, Veerkamp e Hoogstraten (2006) usaram as nove questões do DDQ – Questionário de Desconforto Dental para avaliar o efeito do tratamento dentário no comportamento de crianças na pré-escola (44 pais participaram) e secundariamente para completar um estudo de *follow-up* acerca do efeito do tratamento dentário (71

pais participaram). Eles concluíram que o DDQ é um instrumento sensível para medir desconforto antes e depois do tratamento restaurador quando o período de *follow-up* é curto. O DDQ pode dar suporte aos cuidadores de saúde, professores e pais em suas avaliações em dor dental em crianças.

2.5 Questionários de qualidade de vida

Os indicadores de saúde oral relacionados à qualidade de vida são muito usados para complementar dados clínicos em estudos longitudinais e transversais (MARTIN, ROSEL-GALLARDO, 2009).

Existe um consenso sobre o fato de dores crônicas produzirem efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais (BROWN et al. 1996) que merecem atenção na avaliação(GREENE, 2001) e que, muitas vezes, são controlados ou revertidos por medidas terapêuticas (CARLSON et al.,2001, OLIVEIRA et al., 2003).

Qualidade de vida é definida como a avaliação da pessoa sobre si mesma e funcionalidade em diferentes domínios da vida. É uma avaliação subjetiva, fenomenológica, multidimensional e dinâmica, e ainda quantificativa (NIV; KREITLER, 2001).

Segue a descrição de alguns questionários de qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizados em estudos epidemiológicos sobre o tema:

2.5.1 GOHAI

O GOHAI (General (Geriatric) Oral Health Assessment Index) é uma medida de 12 itens de relatos de pacientes com problemas orais e impactos psicossociais associados com doenças bucais. Foi criado para ser utilizado na avaliação da eficácia do tratamento dentário na prática dentária individual ou em grupos de pacientes nos ensaios clínicos. Seus 12 itens foram derivados de um conjunto inicial de 36 itens desenvolvidos na sequência de uma revisão de literatura, consultas com os prestadores de cuidados de saúde e entrevistas qualitativas com pessoas idosas frequentadoras de centros e clínicas dentárias (LOCKER; ALLEN, 2007).

No entanto, os itens foram escolhidos de forma a refletir três dimensões distintas: função física, função psicossocial, dor e desconforto. Assim, o item processo de seleção parece ter sido seguido por um perito e não pelo doente/ abordagem centrada no indivíduo. Embora os itens selecionados abordem questões que pareçam importantes, os autores não fornecem nenhuma evidência de que este é o caso. Tendo em conta que existem apenas 12 itens, é provável que as preocupações de alguns pacientes não foram capturadas por esta medida. Isto é reconhecido pelos autores quando sugerem que a medida poderia ser expandida para “refletir mais elementos de qualidade de vida". A validação inicial da medida foi baseada na associação da pontuação do GOHAI com a pontuação clínica de medidas do estado de saúde oral. Estudo de uma população idosa institucionalizada teve uma abordagem mais ampla e relatou significância, apesar da baixa correlação entre a pontuação do GOHAI e uma escala de satisfação de vida, muito embora a

baixa associação tenha alcançado significância quando controlada por outros preditores de satisfação de vida. Consequentemente, a medida satisfaz alguns dos critérios exigidos acerca da qualidade de vida relacionada à saúde. Como o próprio título sugere, o GOHAI é considerado como uma medida subjetiva do estado de saúde bucal (DOLLAN, 1997).

2.5.2 OHIP

Martin e Rosel-Gallardo (2009) validaram o OHIP-14 para uso em adultos espanhóis. Em um estudo transversal, 270 pacientes o responderam, sendo examinados de acordo com a metodologia da OMS para cáries, doenças periodontais e próteses. Análises de confiabilidade e validade foram realizadas para avaliar as propriedades psicométricas do OHIP-14 usando dois métodos do escore total (a aditiva e a contagem simples). Os autores comprovaram que o OHIP-14sp é um instrumento preciso, válido e confiável para avaliar qualidade de vida e condições bucais.

O OHIP foi baseado no modelo ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap) da doença e suas consequências. Pretende-se avaliar o "impacto social" das desordens orais, ou seja, a disfunção, desconforto e incapacidade causados por estas condições. O objetivo da medida é amplo; avaliar as prioridades dos cuidados de saúde documentando o impacto social entre indivíduos e grupos, a compreensão dos comportamentos de saúde bucal, avaliação

e tratamento dentário. Como tal, a intenção era desenvolver uma medida de autopercepção da saúde bucal.

No desenvolvimento da medida, um conjunto inicial de 535 declarações foi obtido a partir de entrevistas abertas com 64 pacientes odontológicos recrutados a partir de consultórios privados e clínicas odontológicas hospitalares, sendo reduzido para um conjunto de 46 únicas declarações baseadas na forma, conteúdo e capacidade de representar um dos seis domínios derivados do modelo conceitual. Três outras declarações que representam o conceito de deficiência foram tomadas a partir de uma medida de um estatuto sanitário genérico existente.

Embora o componente qualitativo do processo de desenvolvimento sugira que o OHIP está centrado no doente, o item redução de processo foi centrado no perito, destinado a selecionar os itens de acordo com seus próprios pesos em um quadro conceitual e não em função da sua importância para os pacientes de quem derivaram. Não é descrito o critério de exclusão das declarações retidas (LOCKER, ALLEN, 2007).

Foram atribuídos pesos do grau de severidade para cada uma das declarações, concebidos de modo a refletir a sua importância relativa, mas estes foram baseados nos acordos de um painel composto por membros de grupos da comunidade, dentistas e estudantes. Consequentemente, o peso pode não refletir a gravidade, bem como a importância dos eventos descritos pelos itens percebidos pelos pacientes odontológicos individuais ou como um grupo.

O OHIP foi inicialmente validado por demonstrar uma associação entre pontuações de escala e subescala e necessidade percebida de visitar um dentista. Outras validações do OHIP, como um estatuto de uma medida de saúde bucal foram fornecidas por numerosos investigadores; escores discriminam diferenças entre os

dentados e desdentados e mostram pequenas a moderadas correlações com uma vasta gama de indicadores clínicos tradicionais e da autopercepção de condições orais, tais como xerostomia. Algumas evidências de que os eventos capturados pelo OHIP podem ter um significado mais amplo do que saúde bucal foram fornecidas pelo estudo referenciado com idosos institucionalizados. Os dados indicavam que os escores do OHIP foram significativamente associados com a vida e satisfação; ao contrário do GOHAI, a associação permaneceu significativa após o controle de outros fatores preditores (LOCKER, ALLEN, 2007).

Assim, o que poderia ser considerado como uma medida subjetiva de saúde bucal centrada em peritos pode captar eventos que têm impacto sobre o bem-estar geral e a qualidade de vida.

2.5.3 OIDP

O OIDP é uma medida distinta em muitos aspectos. Primeiro, é um dos poucos que foi desenvolvido com um propósito muito explícito, qual seja, ser utilizado em conjunto com as medidas normativas para avaliar necessidades dentárias da população, a fim de facilitar o planejamento do serviço odontológico. Em segundo lugar, as medidas são referidas como as "finais", ou seja, impactos comportamentais dos distúrbios orais e do grau em que as capacidades física, psicológica e social estão comprometidas (BERNABÉ; TSAKOS; SHEIHAM, 2007).

Tem por base uma versão modificada do modelo ICIDH, as questões que abordam o desenvolvimento físico, psicológico e social destinam-se a ser

equivalentes "a dimensões e desvantagens da deficiência" do modelo. Talvez, porque ele foi desenvolvido no início dos anos 1990, descrições do desenvolvimento do OIDP não incluem termos, tais como a saúde relacionada com a qualidade de vida ou a qualidade de vida.

O OIDP originalmente foi composto de nove itens selecionados a partir da Tabela européia comparativa dos índices de incapacidades e de outras medidas de *status* de saúde geral e de saúde bucal.

A lógica de seleção dos nove itens que originalmente compreendem o OIDP não é fornecida pelo que é incerto, se a medida atinge conteúdo válido. Além disso, uma vez que nenhum paciente ou leigo parece ter sido envolvido na seleção das atividades a serem abordados pela medida do OIDP, parece ser este o mais centrado nos peritos, em comparação com todas as outras medidas relatadas.

No entanto, o OIDP é distinto, no ponto em que emprega um sistema de pontuação mais complexo do que a maioria das medidas e avalia a frequência e a gravidade das repercussões (ROBINSON et al; 2003).

A pontuação do item gravidade indica quantos problemas são causados pelo evento descrito pelo item causas para a vida diária. Assumindo que a gravidade pode ser equiparada a importância, esta abordagem do item autoponderação significa que a medida vai ao encontro da importância do critério acima definido.

Ao avaliar a validade da construção das associações do OIDP foram examinados juntamente indicadores clínicos da saúde bucal, tais como o número de dentes ausentes. A validade foi avaliada por meio de critérios das associações entre os escores do OIDP e a “percepção global do problema de condição bucal” individual. Uma vez que não é claro o que significa a medida desta última variável, é

incerto se o OIDP foi validado contra as medidas de qualidade de vida procuradas (ASTROM, OKULLO, 2003).

2.5.4 OH-QoL

O OH-QoL (Oral Health Quality of Life) foi desenvolvido "para medir o bem-estar subjetivo de uma pessoa em relação à sua saúde bucal e estado funcional, isto é, para avaliar o impacto da saúde bucal no estado funcional e na qualidade de vida e “modelar a relação das medidas objetivas e subjetivas de saúde bucal com o estado funcional e a qualidade de vida”. Consequentemente, a medida estabelece uma distinção entre o “objetivo”, denominado saúde bucal autorrelatada (SROH), e o “subjetivo”, denominado saúde bucal e qualidade de vida (QoL-OH) (LOCKER, ALLEN, 2007).

O primeiro é avaliado por meio de um conjunto de questões relativas aos sintomas e problemas funcionais orais, ao passo que a última pergunta é sobre a importância da saúde bucal e o estado funcional da pessoa e seu nível de satisfação com o seu atual estado e funcionamento oral. Questões acerca de importância e satisfação replicam a estrutura de muitos questionários de qualidade de vida que medem a apreciação subjetiva dos diversos aspectos da vida das pessoas.

Os itens para os componentes dos questionários SROH e OH-QoL foram obtidos da literatura e de opiniões de especialistas, abrangendo seis domínios: sabor e funções salivares; estética dental e facial; saúde bucal e geral no estado funcional;

fala; mastigação; deglutição. Na sequência dos testes preliminares, o SROH foi reduzido para 40 itens e o OHQoL para 15 itens, sendo ao final do questionário OH-QoL, os itens distribuídos entre os do SROH, com os itens "subjetivos" seguidos pelos “objetivos”. Assim, as perguntas de importância e satisfação foram feitas em relação a apenas um terço dos sintomas orais e perguntas de *status* funcional. A pontuação para o OH-QoL é obtida multiplicando as classificações de importância e de satisfação para cada item e tendo a média desses produtos.

A medida foi validada através da análise das correlações das pontuações entre OH-QoL, classificação das escalas somáticas construídas a partir da clínica, itens SROH e indicadores de saúde bucal. Também foi validada pelo exame da pontuação de duas medidas mais vastas, o Inventário de Qualidade de Vida, uma medida de satisfação de vida, e do teste de Autoconfiança na Vida. Essas correlações foram significativas: r = 0,46 e 0,29, respectivamente. Sua principal vantagem é que ele usa perguntas pessoais de eventos acerca da importância e satisfação para indicar o significado e a importância da saúde bucal. Embora a sua caracterização de autorrelato de sintomas e limitações funcionais como 'objetivo' possa ser questionada, faz uma distinção importante entre a saúde e a qualidade de vida: o fato de que a saúde possa ser comprometida não significa automaticamente que a qualidade de vida seja reduzida, ao contrário do pressuposto no conceito e nas medidas de OH-QoL (LOCKER, ALLEN, 2007).

2.5.5 RDC/TMD

Wilhelmsen, Guimarães e Smith (2006) realizaram a análise dos casos atendidos durante um ano em uma clínica de disfunção temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial avaliando o perfil dos pacientes em relação ao sintoma dor. Foram incluídos os prontuários de 297 pacientes atendidos no serviço durante um ano. O critério de inclusão foi o diagnóstico de DTM e Dor Orofacial baseado no critério RDC/TMD, associado ou não a outros diagnósticos (comorbidades) e o de exclusão, fichas com diagnóstico inconcluso, com diagnósticos não relacionados à região cefálica ou fichas incompletas. A maioria dos pacientes (65,7%) apresentava dor há mais de seis meses, sendo 81,0% do sexo feminino, na faixa etária de 21 a 40 anos (49,0%). DTM muscular isolada e combinada com outros diagnósticos foi encontrada em 82,5% da amostra. DTM muscular combinada com outros diagnósticos (comorbidades) foi encontrada em 27,6% dos pacientes, sendo que destes, 74,4% apresentavam dor há mais de seis meses. A maior prevalência de comorbidades foi cervicalgia e cefaléia (86,0%). No último retorno mais da metade de todos os pacientes atendidos se diziam assintomáticos (20,0%) ou melhores (35,0%).

John et al. (2007) realizaram estudo com 416 pacientes que procuraram tratamento para suas queixas nos músculos mastigatórios e articulação temporomandibular, com pelo menos um diagnóstico de acordo com a versão alemã da RDC/TMD, critério de pesquisa diagnóstica para desordens temporomandibulares para caracterizar o nível de imparidade do impacto da saúde oral na qualidade de vida em uma população com desordens temporomandibulares. Os autores concluíram que OHRQoL foi marcadamente ímpar em pacientes com desordens

temporomandibulares. O nível de OHRQoL variou através das categorias de diagnóstico, com ênfase no Eixo II, o eixo psicossocial; a variação foi refletida especialmente em seus níveis graduados de dor crônica.

2.6 Tradução e adaptação transcultural de um questionário

A construção e adaptação de instrumentos de avaliação de atributos mentais apresentam metodologia específica, que deve ser seguida, na tentativa de se construir e selecionar instrumentos que delimitem e auxiliem a discriminação dos diversos domínios que compõem o fenômeno doloroso e resultam em “balanças” que pesam com acurácia o que se propõe pesar. Apenas a tradução para o português de questionários e escalas que avaliam aspectos da dor, sem atentar para a análise de similaridade cultural e conceitual do fenômeno e para as características psicométricas do instrumento é fator de confusão adicional que contribui para a fragilidade da avaliação (RODRIGUES et al., 2009).

Aggarwal et al. (2005) realizaram um estudo para validar um questionário que tinha como objetivo verificar o impacto da Dor Orofacial na qualidade de vida dos pacientes. Participaram do estudo, 171 pacientes que possuíam sintomatologia dolorosa. Os autores concluíram que o instrumento estava adequado para mensurar este impacto.

Lucena et al. (2006) avaliaram a validade da versão portuguesa do RCD/TMD - critérios de pesquisa diagnóstica para desordens temporomandibulares/eixo II (avaliação psicológica). Participaram do estudo 155 pacientes com sinais e sintomas

de DTM avaliados no centro de controle de Dor Orofacial da Escola de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Brasil. Utilizaram o eixo I – avaliação clínica e classificação de DTM – OHRQoL, OIDP e OHIP- 14 . A versão portuguesa do RCD/TMD eixo II foi considerada consistente, reproduzível e válida, preparando o caminho para o Brasil em estudos epidemiológicos transculturais de DTM.

Com o aumento do número de projetos de pesquisa internacionais, a necessidade de adaptar medidas de *status* de saúde para usar além da língua de origem tem crescido rapidamente. A maioria dos questionários foi desenvolvida em países de língua inglesa, mas mesmo dentro desses países, pesquisadores devem considerar populações imigrantes em pesquisas de saúde, especialmente quando a sua exclusão pode levar a vieses sistemáticos em estudos de utilização de cuidados de saúde ou qualidade de vida (RODRIGUES et al., 2009).

A adaptação trans-cultural de um questionário de status de saúde autocompletado é necessária para que possa ser usado em uma cultura de um novo país (BEATON et al., 2000).

3 PROPOSIÇÃO

Com o intuito de facilitar os estudos epidemiológicos de dor, este estudo teve por proposição realizar a tradução e adaptação transcultural da escala de incapacidade de Dor Orofacial de Manchester. Para esse fim foram elaborados alguns objetivos específicos, apresentados a seguir:

1) Realizar a tradução para o idioma português da Brasil – MOPDS.

2) Proceder a retradução (back translation) a fim de avaliar a equivalência gramatical e semântica da versão proposta.

3) Validar a versão brasileira da Brasil – MOPDS.

4) Comparar a Brasil – MOPDS com o OHIP.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Tradução e validação de instrumento (Anexo A).

4.2 População do estudo

Cinquenta primeiros pacientes consecutivos com Dor Orofacial referenciados para a clínica ambulatorial de ATM e Oclusão da Disciplina de Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo no período de agosto de 2008 a março de 2009.

4.3 Critérios de inclusão

Pacientes adultos entre 15 e 65 anos com Dor Orofacial crônica há mais de um mês.

4.4 Critérios de exclusão

Pacientes portadores de necessidades especiais.

Pacientes analfabetos.

4.5 Diretrizes para o processo de tradução e adaptação cultural

As diretrizes seguidas foram as propostas por Beaton et al. (2000) e Wild et al. (2005).

4.5.1 Estágio I: Tradução Inicial

Etapa 1. Preparação: respeitando-se os direitos autorais, o autor do questionário foi contatado e solicitou-se seu aval para traduzir o questionário, além de convidá-lo a participar do trabalho (Anexo F).

4.5.2 Estágio II: Síntese das Traduções

Etapa 2. Primeira tradução: a primeira tradução do questionário foi realizada diretamente de sua versão original em inglês para a língua portuguesa falada no Brasil por um tradutor juramentado sem conhecimento odontológico, sem vínculo acadêmico e desconhecedor do propósito e do conteúdo do estudo (Anexo B1). Também realizou a primeira tradução um profissional da área de Odontologia, com vínculo acadêmico e conhecedor do estudo (Anexo B2).

Etapa 3. Concordância entre as traduções: as duas traduções foram comparadas e sintetizadas em uma única versão brasileira para a tradução de volta à língua inglesa (Anexo B3).

4.5.3 Estágio III: Tradução de volta ao inglês (Back Translation)

Etapa 4. Tradução de volta ao inglês (back translation): foi realizada por dois professores de Inglês, nativos, sem qualquer conhecimento do questionário original e odontológico (Anexos B4 e B5).

Etapa 5. Revisão da back translation: com o intuito de eliminar qualquer ambiguidade e assegurar a equivalência conceitual da tradução realizou-se a

revisão da back translation contando com a colaboração do autor do questionário (Anexos B6 e B7).

4.5.4 Estágio IV: Comitê de especialistas

Etapa 6. Comitê de ética – harmonização: O Comitê de Especialistas foi composto por dois professores brasileiros da Língua Inglesa, um professor doutor de Língua Portuguesa e o autor do trabalho, os quais realizaram uma versão pré-final (Anexo B8).

Foram avaliadas quatro equivalências:

a) Semântica: análise do significado das palavras, quando existia mais de um significado e das dificuldades gramaticais da tradução. Foram alteradas as posições das questões fala, sono, mastigação, trabalho, vida social e incapacidade psicológica gerada pela dor.

b) Idiomática: análise de algum termo coloquial quando necessária a adaptação ao vocabulário brasileiro.

c) Experiencial: análise das situações do questionário original com o cotidiano brasileiro – realizada durante o questionário cognitivo, onde oito pacientes nativos e que configuraram características dos pacientes do estudo (idade, sexo, raça, gênero) analisaram as questões. Durante essa etapa duas questões foram eliminadas: “I have lost earnings” (tive uma redução da minha renda) e “I am irritable, angry and easily frustrated” (estou irritadiço, tenso e facilmente frustrado) por terem

significado parecido em outras questões (“I have had to take time off work” e “I feel weary/tired” e “I feel embarrassed and self conscious” consequentemente).

d) Conceitual: análise dos exemplos citados no questionário original com o cotidiano brasileiro.

4.5.5 Estágio V: Teste da versão pré-final

Etapa 7. Questionário cognitivo: os questionários foram entregues para oito pacientes nativos que configuraram características dos pacientes do estudo (idade, sexo, raça, gênero).

Etapa 8. Revisão do questionário cognitivo: os resultados dos questionários cognitivos foram revisados pelos autores do projeto e a tradução foi finalizada.

Etapa 9. Revisão: com o objetivo de assegurar a tradução e conferir mínimos detalhes que podem ter sido esquecidos durante o processo.

Etapa 10. Versão Final: descrição completa da metodologia usada e todos os itens do processo, justificando as decisões tomadas durante toda a tradução (Anexo C).

Durante o processo de tradução, as seguintes adaptações foram realizadas para o contexto brasileiro: mudança da ordem das questões e remoção de duas questões (“houve uma redução da minha renda” e “estou irritadiço, tenso e facilmente frustrado”).

4.6 Instrumentos de coleta

Escala traduzida Brasil – MOPDS e questionários para análise psicométricas: OHIP-14 (Anexo E) e Escala Visual Analógica (Anexo D).

4.7. Metodologia da aplicação do questionário

Etapa 1: para cada entrevistado foi aplicada a Brasil – MOPDS e o OHIP-14 pelo autor do trabalho. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Etapa 2: a Brasil – MOPDS e a escala visual analógica foram aplicadas por um segundo avaliador.

Etapa 3: o mesmo avaliador da etapa 1 aplicou novamente a Brasil – MOPDS em um intervalo médio de 15 dias após a primeira aplicação.

4.8 Avaliações das propriedades psicométricas

A validade de construção foi verificada pela comparação da Brasil – MOPDS com o OHIP (Etapa 1), utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Spearman (SCC).

A confiabilidade foi verificada pela aplicação da Brasil - MOPDS em dois momentos pelo mesmo avaliador, confiabilidade interna; e pelo segundo avaliador, confiabilidade externa, Etapas 1 e 3 e Etapas 1 e 2, respectivamente. Para tal foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasses (ICC) e o teste de Bland-Altmann.

4.9 Considerações éticas

A realização da pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP (Anexo G).

Todos os pacientes sorteados para a composição da amostra foram informados da natureza da pesquisa e assinaram o termo de livre consentimento esclarecido (Anexo H).

O paciente foi convidado a responder às perguntas do questionário de forma totalmente voluntária. Teve o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios fornecidos pela Universidade aos quais tenha direito (tratamento odontológico).

O objetivo do estudo foi avaliar a tradução da escala de incapacidade de Dor Orofacial de Manchester. As participações nesta pesquisa consentiram em responder a escala em três momentos diferentes, a escala visual analógica e o questionário de qualidade de vida OHIP-14. Responder aos questionários não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica para o voluntário. O intuito da pesquisa foi acadêmico e didático, não foi oferecido nem vendido nenhum produto ou serviço.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição da amostra

Um total de 50 indivíduos participou do estudo, com uma idade média de 40,7 anos (DP= 14,02) sendo 86% do sexo feminino. Como variáveis socioeconômicas: número de integrantes na família com média de 3,4 (DP= 1,16) e 68% com pelo menos 12 anos de estudo (2º grau completo) (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 - Distribuição da amostra segundo sexo, escolaridade, idade e número de pessoas na família. São Paulo, 2009

	Frequência (n)	*Percentual (%)*
Sexo		
Feminino	43	86
Masculino	7	14
Escolaridade		
1º grau completo	10	20
2º grau incompleto	6	12
2º grau completo	34	68
Idade		
Até 29 anos	12	24
30 – 49 anos	23	46
40 a 69 anos	15	30
Número de pessoas na família		
1	2	4
2	10	20
3	14	28
4	15	30
5	8	16
6	1	2

5.2 Propriedades Psicométricas

5.2.1 Confiabilidade

A confiabilidade foi estimada pela avaliação da consistência interna e a estabilidade (teste-reteste).

5.2.2 Consistência Interna

O instrumento demonstrou excelente consistência interna, indicada pelo Cronbach-α = 0,9. Os resultados do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (SCC) para cada questão, o resultado geral do teste e o valor da estatística Cronbach-α, caso cada uma das questões fossem excluídas da Escala de Incapacidade de Dor Orofacial de Manchester são mostrados na Tabela 5.2.

Tabela 5.2 - Correlação entre perguntas com o resultado geral da Brasil – MOPDS e valores de Cronbach-α se a pergunta for excluída. São Paulo, 2009 (n = 50)

Atividades da EIDOF Manchester	***Correlação entre a pergunta e o resultado geral ****	***Cronbach-α se a pergunta for excluída***
Não consigo abrir a minha boca tanto quanto antes	0.4819	0.9169
Acho difícil falar durante períodos longos	0.6351	0.9135
Sinto dificuldade em sorrir ou gargalhar	0.5507	0.9151
Não consigo tocar o meu rosto	0.2926	0.9197
Tenho dificuldade para adormecer	0.6587	0.9129
Acordo de noite sentindo dor	0.7455	0.9109
Não consigo encontrar uma posição confortável para dormir	0.5679	0.9148
Não consigo comer alimentos duros como maçãs ou torradas	0.5264	0.9159
Demoro para terminar minhas refeições	0.5777	0.9149
Não consigo sair para comer em restaurantes	0.6308	0.9134
Não tenho prazer em comer	0.6800	0.9125
Sinto dor ao beijar	0.6394	0.9133
Tive que me afastar do trabalho	0.4463	0.9167
As pessoas acham que eu sou uma pessoa de difícil convivência	0.5349	0.9151
Tenho dificuldade para me concentrar	0.5587	0.9148
Tenho problemas em fazer as tarefas domésticas	0.5773	0.9144
Prefiro ficar só	0.7391	0.9109
Cancelei atividades sociais e férias	0.6154	0.9137
Sinto-me aborrecido (a) ou cansado (a)	0.6543	0.9129
Não consigo parar de chorar	0.5630	0.9147
Estou preocupado imaginando que tenho uma doença grave	0.3740	0.9186
Sinto-me envergonhado (a) e constrangido (a)	0.7273	0.9122
Sinto-me deprimido	0.7872	0.9100
Sinto que deixei em ter prazer pela vida	0.7438	0.9128

* Correlação de Pearson questão-resultado geral.

5.2.3 Estabilidade (Teste – Reteste)

Os dados obtidos na correlação interobservador na administração do questionário indicaram uma excelente concordância com ICC = 0,924 (IC 95% -

0,46 – 0,98) (p<0,001). No intuito de avaliar graficamente a concordância ou discrepância entre as somas das respostas numéricas dadas pelos pacientes no mesmo dia da entrevista, porém utilizando-se entrevistadores diferentes, os resultados das aplicações da Brasil – MOPDS foram plotadas em um diagrama de Bland- Altman (Figura 5.1).

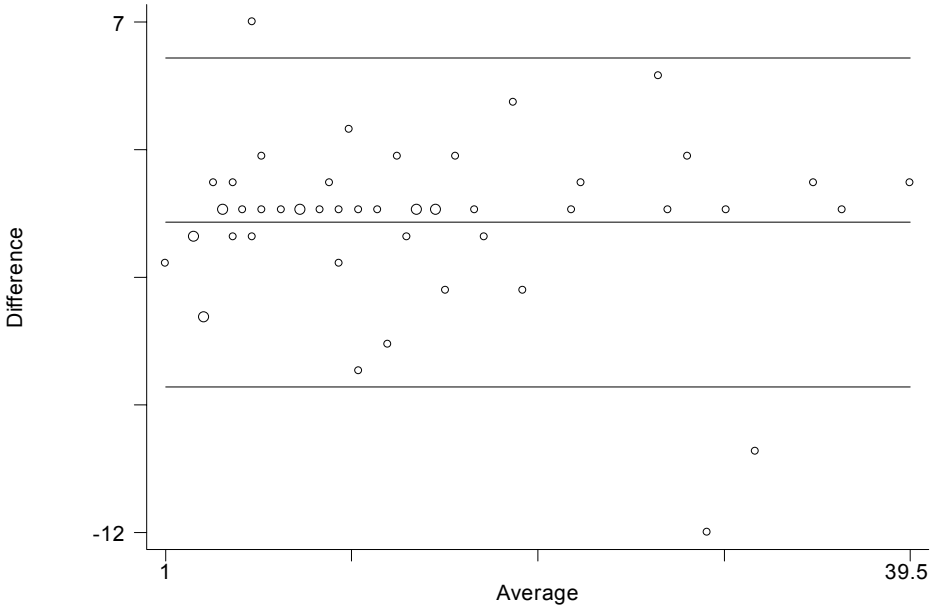

Figura 5.1- Diagrama de Bland-Altman com a reprodutibilidade entre as avaliações interobservador

Os dados obtidos na correlação intraobservador na administração da escala indicaram também uma excelente concordância com ICC = 0,982 (IC 95% 0,967 – 0,997) (p<0,001). O valor da média aritmética (diagrama de Bland- Altman) foi igual a - 0,48 (IC 95% - 1,08 a 0,12) (Figura 5.2).

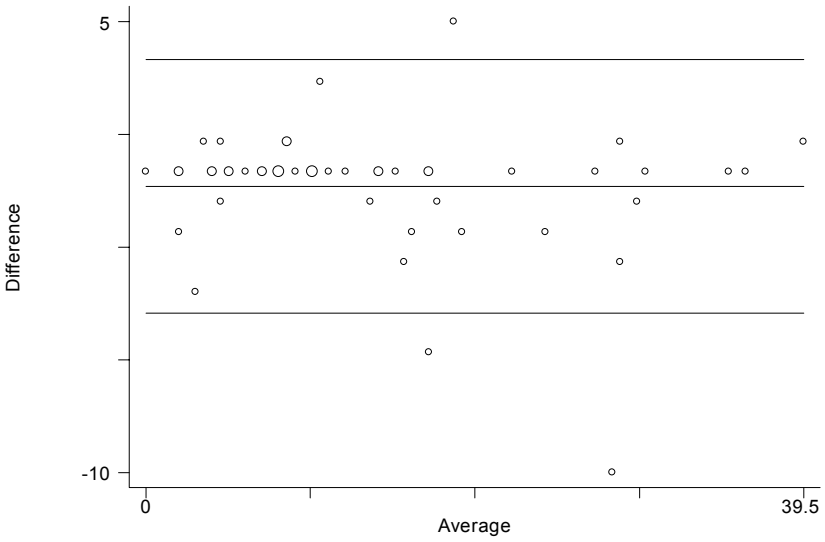

Figura 5.2. Diagrama de Bland-Altmann com a reprodutibilidade entre as avaliações intraobservador

5.2.4 Validade

A validade foi obtida pela comparação dos dados da escala com os resultados do OHIP-14 e a EVA.

Na correlação entre os escores da Brasil – MOPDS e o OHIP-14, encontrou-se uma correlação alta, r = 0,857 (IC 95% 0,765 – 0,915) (p<0,001)

A correlação dos escores da Brasil – MOPDS com a EVA foi r = 0,758 (IC 95% 0,615 – 0,852) (p<0,001), apontando uma correlação alta.

6 DISCUSSÃO

Existe um consenso sobre o fato de dores crônicas produzirem efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais (BROWN et al., 1996), que merecem atenção na avaliação (GREENE, 2001) e que, muitas vezes, são controlados ou revertidos por medidas terapêuticas (CARLSON et al., 2001; OLIVEIRA et al., 2003).

Os indicadores de saúde bucal relacionados à qualidade de vida são muito usados para complementar dados clínicos em estudos longitudinais e transversais (SLADE, 1997; MARTIN; ROSEL-GALLARDO, 2009).

Embora alguns termos em inglês não apresentem descritores equivalentes em português, ajustes trans-culturais provaram ser uma válida e eficiente alternativa para superar essa dificuldade, que pode ser confirmada na aplicação da versão final do questionário. Adaptações para a cultura local são essenciais para uma correta avaliação do processo de dor (RODRIGUES et al. 2009).

A construção e adaptação de instrumentos de avaliação de atributos mentais apresentam metodologia específica, que deve ser seguida, na tentativa de se construir e selecionar instrumentos para delimitar e auxiliar na discriminação dos diversos domínios que compõem o fenômeno doloroso, resultando em “balanças” que pesam com acurácia o que se propõe pesar, com índices de validade e confiabilidade estabelecidos. As diretrizes seguidas nesta pesquisa foram propostas por Beaton et al. (2000) e Wild et al. (2005),

Questionários validados e adaptados trans-culturalmente devem ser interpretados com cautela, porque os resultados geralmente discordam dos achados

clínicos. A memória dos pacientes para dor, em particular no recordar, é suscetível a distorções e é afetada pela dor presente e níveis de humor. Os pacientes cujo nível de dor presente ou depressão aumentou com o tempo tendem a superestimar a dor original e vice-versa. A memória do paciente com ansiedade ou depressão é duvidosa. Assim, para o máximo valor, questionários de dor deveriam ser usados seriadamente ao longo do tempo em vez de em um único ponto. Se achados significantes são identificados e registrados, um exame clínico e anamnese devem ser conduzidos (screening) (OKESON, 1996).

As normas metodológicas encontradas na literatura relatam que a adaptação transcultural de questionários de pesquisa não deve se restringir apenas a tradução, mas também incluir a retro tradução, a validação, a adaptação cultural e validação (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Porém Lenderking (2005) discute esse processo de tradução e adaptação transcultural ao criticar as várias razões do relatório de tradução e adaptação de medidas de resultado da força tarefa do ISPOR (Instituto de Farmacoeconomia e pesquisas de resultado) e faz suas recomendações tendo por base sua vasta experiência, ao invés de resultados empíricos: 1. Quanto vale a mais e quanta qualidade é adicionada pela retro tradução e passos cognitivos que justifiquem seus custos? 2. São necessárias todas essas etapas para a tradução? 3. As recomendações para a retro tradução e as etapas cognitivas deveriam ter por base estudos empíricos que poderiam ilustrar os passos da validade e confiabilidade. 4. Se os pesquisadores não realizarem todos os passos descritos nas orientações, a tradução será considerada inválida pelos órgãos regulatórios ou pela comunidade científica?

Em epidemiologia, a validação da coleta de dados é um dos mais importantes aspectos na consistência do estudo e cada sociedade apresenta características próprias, que refletem a cultura de um país, o que os diferencia uns dos outros. Assim, os mesmos problemas são expressos de diferentes formas de uma cultura para outra. Então, quando se intenta aplicar um instrumento de um conjunto de dados de qualidade de vida deve ser utilizada a metodologia proposta pela literatura para que o resultado final seja um instrumento que apresente clareza, linguagem simples, equivalência e que diga respeito aos conceitos culturais (MCKENNA; DOWARD, 2005; CICCONELLI et al., 1999).

Conceitos como ansiedade, estresse e doença têm significados distintos e podem estar associados a diferentes comportamentos para pessoas que vivem em contextos sociais diferentes. Portanto, antes de aplicar questionários psicológicos desenvolvidos para um determinado contexto cultural em outra realidade, é necessário conduzir uma avaliação meticulosa da equivalência semântica entre um instrumento original e sua versão adaptada. De acordo com as diretrizes propostas na literatura, esta adaptação transcultural deveria enfatizar a equivalência semântica, ao invés da tradução literal dos termos. O objetivo é expressar conceitos de maneira que façam sentido à nova população-alvo. Esta é a abordagem geral adotada neste estudo. Por outro lado, sempre que foi possível no processo de tradução, escolheu-se uma tradução mais próxima ao original para manter o significado central sem comprometer uma compreensão precisa do enunciado e preservar as propriedades psicométricas do questionário.

Embora seja de certa forma controversa se este é o melhor método de avaliar a equivalência semântica, o presente estudo adotou este processo através de duas traduções e duas retro traduções. O uso de dois tradutores foi considerado útil, pois

as duas versões puderam ser comparadas e discutidas com o intuito de desenvolver uma versão sintética. Este procedimento permitiu uma discussão extensa quando foram identificadas discrepâncias para chegar à melhor solução possível. Embora os tradutores não tivessem conhecimento do questionário e trabalhassem de forma independente, sua experiência na área e a familiaridade com as construções foram essenciais e úteis no processo de determinação de equivalência semântica. Alguns problemas geralmente encontrados na tradução de instrumentos da língua original para outra resultam da falta de familiaridade dos tradutores com a área de pesquisa. Os tradutores especialistas, neste caso, lançaram luz sobre questões que poderíamos ter falhado em identificar, uma vez que os autores estão tipicamente muito próximos do assunto e certamente não estão cegos quanto ao estudo.

A consistência interna de um grupo de itens pode ser avaliada pelo teste de Cronbach–α, quando é necessário saber se esses itens podem resultar em uma escala de medida com o mesmo domínio. Este teste indica o grau de correlação de um item com a escala e com ele mesmo. Para ser considerado relevante, o grau de correlação deve ser maior que 0,5. O menor valor usado como referência em estudos clínicos é 0,7. Assim, a consistência interna foi válida com um alfa global de 0,9 excedendo os valores de recomendação de estudos clínicos.

No que diz respeito aos valores de correlação, os testes de Spearman revelaram diferentes propriedades psicométricas para cada escala estudada (OHIP-14 e EVA), demonstrando que a versão proposta do instrumento teve uma correlação positiva, o que indica que a versão validada realmente mede o que se propõe a medir.

O teste de Bland-Altmann, associado com o ICC, foi utilizado por prover mais informações do que o uso de um dos testes isoladamente. Uma das principais

vantagens desse método, no qual as diferenças entre os escores da primeira e da segunda avaliação são plotadas diante dos valores médios obtidos, é permitir o reconhecimento tanto a amplitude da variação como a existência de vieses sistemáticos entre as duas entrevistas, sendo necessário no mínimo 50 indivíduos para sua aplicação (RODRIGUES et al., 2009).

O uso de instrumentos formais e objetivos reflete certamente no diagnóstico, na definição das condutas terapêuticas e na elaboração dos planos de intervenção, melhorando a eficácia e eficiência dos tratamentos oferecidos.

Além do impacto que tais instrumentos terão na prática clínica e na pesquisa, constituirão um passo fundamental para a identificação dos problemas de Dor Orofacial em nosso meio e de seus fatores de risco, permitindo o melhor planejamento de políticas de saúde em dor e avaliação das intervenções e tratamentos oferecidos. Além disso, a tradução de um instrumento já existente contribui para a realização de estudos transculturais que podem trazer maiores esclarecimentos e compreensão dos quadros dos distúrbios em questão.

7 CONCLUSÃO

O processo de validação da Versão Brasileira da Escala de Incapacidade de Dor Orofacial de Manchester seguindo a metodologia proposta pela literatura resultou na reprodutibilidade e aplicabilidade do instrumento, válida para a população brasileira, tornando possível a inclusão do Brasil em estudos epidemiológicos de impactos de Dor Orofacial na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS[1]

Aggarwal VR, Lunt M, Zakrzewska JM, Macfarlane GJ, Macfarlane TV. Development and validation of the Manchester Orofacial pain disability scale. Community Dent Oral Epidemiol 2005;33(2):141-9.

Antunes JLF, Peres MA, Junior OC. Fundamentos de Odontologia/Epidemiologia em saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Astrom AN, Okullo I. Validity and reliability of Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. BMC Oral health 2003;3(1):5.

Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ 1990;54:680–7.

Beaton D, Bombardier C, Guilemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reportmeasures Spine. 2000;24(24):3186-91.

Bernabé E, Tsakos G, Sheiham, A. Intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances by type of self-perceived oralproblems. Eur j Oral Sci 2007; 115:111-6.

Biazevic MGH, Araujo ME, Michel-Crosato E. Indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde bucal: revisão sistemática. UFES. Rev de Odontologia 2002;4(2):13-25.

---

[1] De acordo com Estilo Vancouver – Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. Cad Saúde Pública 2008;24(8):1825-34.

Brown FF, Robinson ME, Riley JL, Gremillion HA. Pain severity, negative affect, and microstressers as predictors of life interference in TMD patients. Cranio1996; 14(1):63-70.

Carlson CR, Bertrand PM, Ehrlich AD, Maxwell AW, Burton RG. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2001;15(1):47-55.

Cicconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinao I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil Sf-36). Rev Bras Reumatol 1999; 39(3):14-50.

Conti PCR, Pertes RA, Heir GM, Nasri C, Cohen HV, Araújo CRP. Orofacial Pain: basic mechanisms and implication for successful management. 2003; J Appl Oral Sci 2003;11(1):1-7.

Dolan TA, Gooch BF, Bourque LB. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. Community Dent Oral Epidemiol 1991;19:1–8.

Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. J Dent Educ 1997;61(1):37-46.

Garrow AP, Papageorgiou AC, Silman AJ, Thomas E, Jayson MI, Macfarlane GJ. Development and validation of a questionnaire to assess disabling foot pain. Pain 2000;85:107–13.

Goes PS, Watt RG, Hardy R, Sheiham A. Impacts of dental pain on daily activities of adolescents aged 14-15 years and their families. Acta Odontol Scand 2008;66(1):7-12.

Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2007;23(7):1707-14.

Greene CS. The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. J Orofac Pain 2001;15(2):93-105.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol 1993;46(12):1417-32.

Hassel AJ, Koke U, Schmitter M, Rammelsberg P. Factors associated with oral health-related quality of life in institutionalized elderly. Acta Odontol Scand 2006;64(1):9-15.

International Classification of Headache Disorders (HIS). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. 2. ed. Cephalgia 2004; 24(Suppl 1):1-150.

John MT, Reissmann DR, Schierz O, Wassell RW. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2007;21(1):46-54.

Junqueira SR. Financiamento da saúde, indicadores sociais e recursos odontológicos dos Municípios do Estado de São Paulo no final do Século XX [Tese de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2001.

Kaufmann AM, Patel M. The trigeminal website at the centre of cranial nerve disorders. University of Manitoba, Winnipeg, Canadá 2001 (www.umanitoba.ca/.../manuscript/types.html) acesso em out/2008.

Kressin N, Spiro A, Bosse R, Garcia R, Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. Med Care 1996;34:416–27.

Lacerda JT et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontologica em uma população adulta. Rev Saúde Pública 2004;38(3):453-8.

Lacerda JT, Traebert J, Zambenedetti ML. Dor orofacial e absenteísmo em trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica. Saúde e Sociedade 2008;17(4), 182-91.

Lacerda JT. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo; 2005.

Leao A, Sheiham A. The development of a sociodental measure of dental impacts on daily living. Community Dent Health 1996;13:22–6.

Lenderking WR. Comments ont the ISOPR Task Force Report on Translation and Adaptation of Outcomes Measures: Guidelines and the need for more research. Value in Health. 2005;8(2):92-3.

Locker D. Applications of self-reported assessments of oral health outcomes. J. Dent. Educ. 1996;60:494-500.

Locker D, Allen F. What do measures of ‘oral-health-related quality of life’mesure? Community Dent Oral Epidemiol 2007;35:401-11.

Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being and life satisfaction in a older adult population. J Dent Res 2000;79: 970-5.

Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. J Public Health Dent 1994;54:167–76.

Lucena LB, Kosminsky M, da Costa LJ, de Góes PS.Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. Braz Oral Res. 2006; 20(4): 312-7.

Luo Y, McMillan AS, Wong MC, Zheng J, Lam CL.Orofacial pain conditions and impact on quality of life in community-dwelling elderly people in Hong Kong. J Orofac Pain. 2007;21(1):63-71.

Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Craven R, Zakrzewska JM, Atkin P, Escudier MP, et al. Can one predict the likely specific Orofacial pain syndrome form a self-predict questionnaire? Pain. 2004a;111:270-7.

Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV.. Predictors of outcome for orofacial pain in the general population: a four-year follow-up study. J Dent Res 2004b;83:712-17.

Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Orofacial pain in the community: prevalence and associated impact. Community Dent Oral Epidemiol 2002;30(1):56-60.

Macfarlane TV, Glenny AM, Worthington HV. Systematic review of population-base epidemiological studies of oro-facial pain. J Dent 2001;29:451-67.

Macfarlane TV. Blinkhorn AS, Davies RM, Worthington HV. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. J Dent 2003;31(8):535-42.

Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009;14(1):E44-50.

McKenna SP, Doward LC. The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. Value Health 2005;8(2):89-91.

Michel-Crosato E, Nardi A, Biazevic MGH, Crosato E. Relação entre dor orofacial e qualidade de vida: um estudo em trabalhadores. Rev Odontol UNESP 2006;8:45-52.

Midorikawa ET. A odontologia como saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do

cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Murray H, Locker D, Mock D, Tenenbaum HC. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. J Orofac Pain 1996;10:316–23.

Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. J Oral Sci 2006;48(1):1-7.

Nardi F. Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do Sul do Brasil [Dissertação de Mestrado]. Santa Catarina: 2003.

Nardi A, Michel-Crosato E, Biazevic MGH, Crosato E, Pizzato E, Queluz, DP. Relationship between orofacial pain and absenteeim among workers in Southern Brazil. Brazilian J Oral Sci 2009;81-7.

Nardi A, Michel-Crosato E, Biazevic MGH. Dores dental e facial em trabalhadores do sul do Brasil, 2003. Rev Odontol UNESP 2006;35:81-7.

Niv D, Kreitler S. Pain and quality of life. Pain Practice 2001;1(2):150–61.

OKeson JP. Orofacial Pain. Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Hannover Park: Quintessence Publishing; 1996.

Oliveira AS, Bermudez CC, Souza Ra, Souza CMF, Dias EM, Castro CES et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunções temporomandibular. J Appl Oral Sci 2003;11(2):138-43.

Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. J Orofac Pain 2006; 20(4): 297-305.

Pimentel PHWG, Júnior LGTMC, Junior AFC, Kosminsky M, Aroucha JMCNL. Perfil demográfico dos pacientes atendidos no centro de controle da dor orofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Rev Cir Traumatologia Buco-Maxilo-facial 2008;8(2):69-76.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000.

Quail G. Atypical facial pain - a diagnostic challenge. Aust Fam Physician 2005;34(8):641-5.

Riley JL. , Gilbert GH, Heftc MW. Orofacial pain-related communication patterns: sex and residential setting differences among community-dwelling adults. Pain. 2002;99:415–22.

Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31:90-9.

Rodrigues MFP, Michel-Crosato E, Traebert JL, Cardoso JR. Psychometric properties and cross-cultural adaptation of the Brasilian Quebec Back Pain Disability Scale Questionnaire. Spine 2009;34:e459-e64.

Sheiham A, Spencer J. Health needs assessment. In: Pine CM editor. Community Oral Health. Oxford: Wrigh; 1997. p. 39-54.

Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Editora Maio; 2001.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health 1994;11:3–11.

Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997, p.160.

Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Lat-Americana Enf. 2002;10(3):446-47.

Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. J Am Dent Assoc 1993;124:105–10.

Tosta M, Miranda I, Mauro T, Garcia LA, Souza DC. Odontalgias de etiologia não odontogênica / Nonodontogenic toothache. Rev APCD. 2005;59(3):223-6.

Versloot J, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Dental Discomfort Questionnaire for young children following full mouth rehabilitation under general anaesthesia: a follow-up report. Eur Arch Paediatr Dent 2006;7(3):126-9.

Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. Value Health 2005;8:94-104.

Wilhelmsen SMS, Guimarães AS, Smith RL. Aspectos da duração da dor em pacientes atendidos em um ambulatório de disfunção temporomandibular. Rev Dor 2006;7(3):819-26.

Wong MCM, McMillan AS, Zheng J, Lam CLK. The consequences of orofacial pain symptoms: a population-based study in Hong Kong. Community Dent Oral Epidemiol 2008;36:417–24.

World Health Organization: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York; 1946 [http://whqlibdoc.who.int/hist/official records/2e.pdf]. [accessed 15 abr 2009].

Yap AUJ, Keson BCT, Chua EK, Tan H. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent 2002;88(5):479-84

ANEXO A – Versão original da escala questionário de incapacidade de Dor Orofacial de Manchester

Disability questionnaire – Manchester Pain orofacial pain disability.

Have you had any pain in your face, mouth or jaws for more than 24 h in the past month? Yes No. Have you sought professional advice for this pain? Yes No .Below are statements about problems people have because of pain in their face, mouth or jaws. For each statement, please indicate if this has applied to you in the past month. If so, was this in this only on some days or on most or every day in the last month?

Because of pain in my face, jaws or mouths:	During the past month this has applied to me (please tick on line under appropriate statement		
	None of the time	On some days	On most /everyday(s)
I cannot open my mouth as wide as I could			
I cannot touch my face			
I have difficulty falling asleep			
I wake up at night in pain			
I cannot find a comfortable position in which to sleep			
I cannot eat hard foods like apples or toast			
I take longer to finish my meals			
I no longer enjoy my food			
I find it sore to kiss			
I find it difficulty to smile or laugh			
People find me difficult to live with			
I have had to take time off work			
I have lost earnings			
I have found it difficult to concentrate			
I have problems performing normal household tasks			
I would rather be by myself			
I find it difficult to talk for long periods of time			
I have canceled social activities and holidays			
I am unable to eat out in restaurants			
I feel weary/tired			
I am irritable, angry and easily frustrated			
I cannot stop crying			
I am worried that I may have a serious illness			
I feel embarrassed and self conscious			
I feel depressed			
I feel I no longer take any pleasure in life			

I have read and considered ALL of the above statements _____.

ANEXO B-1 - Primeira Tradução – tradução juramentada

ROSANA SAKUGAWA RAMOS CRUZ GOUVEIA
TRADUTORA PÚBLICA E INTÉRPRETE COMERCIAL
IDIOMA: INGLÊS MATRÍCULA JUCESP Nº 1655
RG: 13.168.075-4 CCM: 094.573 00 CPF: 054.735.098-86

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Nº DA TRADUÇÃO/VERSÃO: 233 LIVRO Nº 03 FOLHA: 824

Certifico e dou fé para os devidos fins, que nesta data me foi apresentado um documento no idioma inglês identificado como "The Manchester orofacial pain disability scale", que ora traduzo para o vernáculo somente o "Appendix: Disability Questionnaire" ("Apêndice: Questionário de Deficiências"), página 149, no seguinte teor:

Apêndice: Questionário de deficiências

Você sentiu alguma dor no seu rosto, boca ou mandíbulas por mais de 24 horas no último mês?
Sim Não
Você procurou ajuda profissional devido a essa dor?
Sim Não

Abaixo enumeramos algumas descrições de problemas enfrentados por pessoas em decorrência de dor no rosto, boca ou mandíbulas.
Para cada sentença, descrever se o fato se aplica a você no último mês.
Em caso afirmativo, descreva se ocorreu durante alguns dias, na maioria dos dias ou todos os dias do último mês?

	Durante o último mês, essa descrição se aplica a mim: (selecionar a linha sob a descrição adequada)		
Devido à dor no meu rosto, mandíbulas ou boca:	Em nenhum dia	Em alguns dias	Na maioria/todos os dias
Não consigo abrir a minha boca tanto quanto antes	--	--	--
Não consigo tocar o meu rosto	--	--	--
Tenho dificuldade para pegar no sono	--	--	--
Acordo de noite sentindo dor	--	--	--
Não consigo encontrar uma posição confortável para dormir	--	--	--
Não consigo comer alimentos duros como maçãs ou torradas	--	--	--
Levo mais tempo para terminar minhas refeições	--	--	--
Não mais aprecio me alimentar	--	--	--
Sinto dor quando beijo	--	--	--
Encontro dificuldades para sorrir ou rir	--	--	--
As pessoas acham difícil conviver comigo	--	--	--
Tive que pedir afastamento do meu emprego	--	--	--
Houve uma redução na minha renda	--	--	--
Tenho enfrentado dificuldades para me concentrar	--	--	--
Tenho tido problemas para realizar minhas tarefas diárias	--	--	--
Prefiro ficar só	--	--	--
Acho difícil falar durante períodos longos	--	--	--
Cancelei atividades sociais e férias	--	--	--
Não consigo sair para comer em restaurantes	--	--	--
Sinto-me desanimado / cansado	--	--	--
Estou irritadiço, tenso e facilmente frustrado	--	--	--
Não consigo parar de chorar	--	--	--
Estou preocupado imaginando que tenho uma doença grave	--	--	--
Sinto-me envergonhado e constrangido	--	--	--
Sinto-me deprimido	--	--	--
Sinto que deixei de sentir prazer pela vida	--	--	--

Li e refleti sobre TODAS as sentenças acima --.

149

[Fim do documento]

Rua Góis de Araújo 120 – Vl.D.Pedro II – São Paulo - CEP 02243-070
Telefone: (11) 6201 5599.
e-mail: rosanagouveia@uol.com.br

TRADUTORA PÚBLICA ROSANA SAKUGAWA RAMOS CRUZ GOUVEIA JUCESP 1655 INTERPRETE COMERCIAL

ANEXO B-2 - Primeira Tradução – tradução de um profissional com vínculo acadêmico

Questionário de Deficiências

Você teve alguma dor na face, boca ou mandíbula por mais de 24 horas no mês passado? Sim / Não. Você procurou algum profissional por causa desta dor? Sim / Não. Abaixo estão listadas afirmações sobre problemas que as pessoas têm por causa de dor na face, boca ou mandíbula. Para cada afirmação, por favor, indique se ela se aplica no seu caso, considerando os últimos 30 dias. Se sim, ela esteve presente em alguns dias ou na maioria dos últimos 30 dias?

Por causa da dor na minha face, boca ou mandíbula…	Durante os últimos 30 dias isso se aplica a mim (por favor, marque a afirmação abaixo que julgar adequada)		
	Em nenhum momento	Em alguns dias	Na maioria ou em todos os dias
Eu não consigo abrir bastante a minha boca como antes			
Eu não consigo tocar minha face			
Eu tenho dificuldade para adormecer			
Eu acordo com dor durante o sono			
Eu não consigo encontrar uma posição confortável para dormir			
Eu não consigo comer alimentos duros (exemplo: maçã, carne, pão)			
Eu demoro pra terminar a refeição			
Eu não tenho prazer em comer			
Eu sinto dor ao beijar			
Eu sinto dificuldade em sorrir ou gargalhar			
As pessoas acham que eu sou uma pessoa de difícil convivência			
Eu tive que me afastar do Trabalho			
Meu salário ficou prejudicado			
Eu tenho dificuldade para me concentrar			
Eu tenho problemas em fazer as tarefas domésticas			
Tenho me sentido solitário(a)			
Eu tenho dificuldade em conversar por muito tempo			
Eu desmarquei compromissos sociais e férias			
Não como fora de casa, em restaurantes			
Eu me sinto aborrecido(a) ou cansado(a)			
Eu me sinto irritado, aborrecido ou facilmente decepcionado			
Tenho chorado muito			
Eu me preocupo por achar que tenho uma doença grave			
Eu me sinto confuso(a) e constrangido(a)			
Eu sinto depressão			
Não tenho mais prazer em minha vida			

Eu li e considerei TODAS as afirmações acima.

ANEXO B-3 - Concordância entre as traduções

Questionário de deficiências

Você teve alguma dor na face, boca ou mandíbula por mais de 24 horas no mês passado? Sim / Não. Você procurou ajuda profissional devido a essa dor? Sim / Não. Abaixo enumeramos algumas descrições de problemas que as pessoas têm por causa de dor na face, boca ou mandíbula. Para cada afirmação, por favor, indique se ela se aplica a você no último mês. Em caso afirmativo, ocorreu durante alguns dias ou todos os dias do último mês?

Devido à dor no meu rosto, mandíbulas ou boca	Durante os últimos 30 dias, essa descrição se aplica a mim (por favor, marque a afirmação abaixo que julgar adequada)		
	Em nenhum dia	Em alguns dias	Na maioria ou em todos os dias
Não consigo abrir a minha boca tanto quanto antes			
Não consiga tocar o meu rosto			
Tenho dificuldade para adormecer			
Acordo de noite sentindo dor			
Não consigo encontrar uma posição confortável para dormir			
Não consigo comer alimentos duros como maçãs ou torradas			
Demoro em terminar minhas refeições			
Não tenho prazer em comer			
Sinto dor ao beijar			
Sinto dificuldade em sorrir ou gargalhar			
As pessoas acham que eu sou uma pessoa de difícil convivência			
Tive que me afastar do Trabalho			
Meu salário ficou prejudicado			
Tenho dificuldade para me concentrar			
Tenho problemas em fazer as tarefas domésticas			
Prefiro ficar só			
Acho difícil falar durante períodos longos			
Cancelei atividades sociais e férias			
Não consigo sair para comer em restaurantes			
Sinto-me aborrecido (a) ou cansado (a)			
Sinto-me irritado, aborrecido ou facilmente decepcionado			
Não consigo parar de chorar			
Estou preocupado imaginando que tenho uma doença grave			
Sinto-me envergonhado (a) e constrangido (a)			
Sinto-me deprimido			
Sinto que deixei em ter prazer pela vida			

Li e considerei TODAS as afirmações acima.

.

ANEXO B-4 - Back Translation (Retro Tradução) – tradutor 1

Questionnaire on Deficiencies

Did you feel any pain in you face, mouth or lower jaw for a period of over 24 hours last month? Yes / No .Did you seek professional help to deal with this pain? Yes / No. Listed below are some descriptions of problems people have resulting from face, mouth or lower jaw pain. Please answer each statement marking with an X whether the problem applies to you or not, and if it does, indicate whether the problem was experienced only on some days or during the entire month.

Because of the pain in my face, lower jaw or mouth…	This description applies to me in the last 30 days (please mark the statements below with an X as applicable)		
	No days	Some days	Almost all or all days
I cannot open my mouth as much as I used to.			
I cannot touch my face.			
I have a hard time falling asleep.			
I wake up at night feeling pain.			
I cannot find a comfortable sleeping position.			
I cannot eat hard food like apples or toast.			
It takes a long time to finish my meals.			
I take no pleasure in eating.			
It hurts to kiss someone.			
I have trouble smiling or laughing.			
People think I am hard to get along with.			
I had to leave my job.			
My salary was affected.			
I have trouble concentrating.			
I find it hard to do household chores.			
I prefer to be alone.			
I find it hard to speak for long periods of time.			
I suspended my social activities and vacation.			
I cannot go out to restaurants.			
I feel upset or tired.			
I get annoyed, upset or depressed easily.			
I cannot stop crying.			
I'm worried thinking I may have a serious disease.			
I feel embarrassed and awkward.			
I feel depressed.			
I feel I've lost my joy of life.			

I have read and considered ALL the statements above.

ANEXO B-5 - Back Translation – tradutor 2

Deficiency Survey

Have you experienced pain in your face, mouth, or jaw for more than 24 continuous hours in the last month? Yes / No. Did this pain cause you to seek professional help? Yes / No. Below is a list of descriptions of some of the problems people have had because of pain in their face, mouth or jaw. For each item that applies to you, please indicate whether or not it is something you have experienced in the last month. If you have, was it something you experienced over a few days or during every day in the last month?

Due to pain in my face, jaw, or mouth	During the last 30 days, this description has applied to me (for each statement please indicate "yes" below the category that you feel is appropriate)		
	Not at all	On some days	Most days or every day
I can not open my mouth as much as I could before			
I can not touch my face			
I have difficulty sleeping			
I wake up at night in pain			
I can not find a comfortable position in which to sleep			
I can not eat hard foods like apples or toast			
It takes me a long time to finish my meals			
I find no joy in eating			
I feel pain when I kiss			
It is hard to smile or laugh			
People find me hard to live with			
I have had to leave my job			
I have lost wages			
It is hard for me to concentrate			
I have trouble doing housework			
I prefer to be alone			
I find it difficult to talk for long periods of time			
I have cancelled social events and vacations			
I can not go out to restaurants to eat			
I feel bored or tired			
I feel irritable, upset, or easily disappointed			
I can not stop crying			
I am worried that I have a serious illness			
I feel ashamed and embarrassed			
I feel depressed			
I feel like I have stopped enjoying life			

I have read and considered ALL of the statements above.

ANEXO B-6 - Revisão das Back Translation – versão da autora do trabalho

Questionário de deficiências

Você teve alguma dor na face, boca ou mandíbula por mais de 24 horas no mês passado? Sim / Não. Você procurou ajuda profissional devido a essa dor? Sim / Não. Abaixo enumeramos algumas descrições de problemas que as pessoas têm por causa de dor na face, boca ou mandíbula. Para cada afirmação, por favor, indique se ela se aplica a você no último mês. Em caso afirmativo, ocorreu durante alguns dias ou todos os dias do último mês?

Devido à dor no meu rosto, mandíbulas ou boca	Durante os últimos 30 dias, essa descrição se aplica a mim (por favor, marque a afirmação abaixo que julgar adequada)		
	Em nenhum dia	Em alguns dias	Na maioria ou em todos os dias
Não consigo abrir a minha boca tanto quanto antes			
Não consigo tocar o meu rosto			
Tenho dificuldade para adormecer			
Acordo de noite sentindo dor			
Não consigo encontrar uma posição confortável para dormir			
Não consigo comer alimentos duros como maçãs ou torradas			
Demoro em terminar minhas refeições			
Não tenho prazer em comer			
Sinto dor ao beijar			
Sinto dificuldade em sorrir ou gargalhar			
As pessoas acham que eu sou uma pessoa de difícil convivência			
Tive que me afastar do Trabalho			
Meu salário ficou prejudicado			
Tenho dificuldade para me concentrar			
Tenho problemas em fazer as tarefas domésticas			
Prefiro ficar só			
Acho difícil falar durante períodos longos			
Cancelei atividades sociais e férias			
Não consigo sair para comer em restaurantes			
Sinto-me aborrecido (a) ou cansado (a)			
Sinto-me irritado, aborrecido ou facilmente decepcionado			
Não consigo parar de chorar			
Estou preocupado imaginando que tenho uma doença grave			
Sinto-me envergonhado (a) e constrangido (a)			
Sinto-me deprimido			
Sinto que deixei em ter prazer pela vida			

Li e considerei TODAS as afirmações acima.

ANEXO B-7 - Revisão das back translation –versão do autor do questionário

Questionnaire on Deficiencies (this word needs changing perhaps to pain related disturbances or disability)

Have you experienced pain in your face, mouth, or jaw for more than 24 continuous hours in the last month? Yes / No. Did this pain cause you to seek professional help? Yes / No
Below is a list of descriptions of some of the problems people have had because of pain in their face, mouth or jaw. For each item that applies to you, please indicate whether or not it is something you have experienced in the last month. If you have, was it something you experienced over a few days or more often in the last month?

Due to pain in my face, jaw, or mouth	During the last 30 days, this description has applied to me (for each statement please indicate with an "X " the category that you feel is appropriate)		
	Not at all	On some days	Most days or every day
I can not open my mouth as much as I could before			
I can not touch my face			
I have difficulty sleeping			
I wake up at night feeling pain			
I can not find a comfortable position in which to sleep			
I can not eat hard foods like apples or toast			
It takes me a long time to finish my meals			
I find no joy in eating			
I feel pain when I kiss			
It is hard to smile or laugh			
People find me hard to live with			
I have had to leave my job			
I have lost wages			
It is hard for me to concentrate			
I have trouble doing housework			
I prefer to be alone			
I find it difficult to talk for long periods of time			
I suspended my social activities and vacation			
I can not go out to restaurants to eat			
I feel bored or tired			
I feel irritable, upset, or easily disappointed			
I can not stop crying			
I'm worried thinking I may have a serious disease			
I feel ashamed and embarrassed			
I feel depressed			
I feel like I have stopped enjoying life			

I have read and considered ALL of the statements above Yes / No

ANEXO B-8 - Concordância e versão para o cognitivo

Questionário de incapacidades/distúrbios relacionados

Você teve alguma dor na face, boca ou mandíbula por mais de 24 horas no mês passado? Sim / Não. Você procurou ajuda profissional devido a essa dor? Sim / Não. Abaixo enumeramos algumas descrições de problemas que as pessoas têm por causa de dor na face, boca ou mandíbula. Para cada afirmação, por favor, indique se ela se aplica a você no último mês. Em caso afirmativo, ocorreu durante alguns dias ou quase todos os dias do último mês?

Devido à dor no meu rosto, mandíbulas ou boca	Durante os últimos 30 dias, essa descrição se aplica a mim (por favor, marque a afirmação abaixo que julgar adequada)		
	Em nenhum dia	Em alguns dias	Na maioria ou em todos os dias
Não consigo abrir a minha boca tanto quanto antes			
Não consigo tocar o meu rosto			
Tenho dificuldade para adormecer			
Acordo de noite sentindo dor			
Não consigo encontrar uma posição confortável para dormir			
Não consigo comer alimentos duros como maçãs ou torradas			
Demoro para terminar minhas refeições			
Não tenho prazer em comer			
Sinto dor ao beijar			
Sinto dificuldade em sorrir ou gargalhar			
As pessoas acham que eu sou uma pessoa de difícil convivência.			
Tive que me afastar do Trabalho			
Meu salário ficou prejudicado			
Tenho dificuldade para me concentrar			
Tenho problemas em fazer as tarefas domésticas			
Prefiro ficar só			
Acho difícil falar durante períodos longos			
Cancelei atividades sociais e férias			
Não consigo sair para comer em restaurantes			
Sinto-me aborrecido (a) ou cansado (a)			
Sinto-me irritado, aborrecido ou facilmente decepcionado			
Não consigo parar de chorar			
Estou preocupado imaginando que tenho uma doença grave			
Sinto-me envergonhado (a) e constrangido (a)			
Sinto-me deprimido			
Sinto que deixei em ter prazer pela vida			

Li e considerei TODAS as afirmações acima.

ANEXO B-9 - Versão final

Questionário de incapacidade de Dor Orofacial de Manchester

Você teve alguma dor na face, boca ou mandíbula por mais de 24 horas no mês passado? Sim / Não. Você procurou ajuda profissional devido a essa dor? Sim / Não. Abaixo enumeramos algumas descrições de problemas que as pessoas têm por causa de dor na face, boca ou mandíbula. Para cada afirmação, por favor, indique se ela se aplica a você no último mês. Em caso afirmativo, ocorreu durante alguns dias ou quase todos os dias do último mês?

Devido à dor no meu rosto, mandíbulas ou boca	Durante os últimos 30 dias, essa descrição se aplica a mim (por favor, marque a afirmação abaixo que julgar adequada)		
	Em nenhum dia	Em alguns dias	Na maioria ou em todos os dias
Não consigo abrir a minha boca tanto quanto antes			
Acho difícil falar durante períodos longos			
Sinto dificuldade em sorrir ou gargalhar			
Não consigo tocar o meu rosto			
Tenho dificuldade para adormecer			
Acordo de noite sentindo dor			
Não consigo encontrar uma posição confortável para dormir			
Não consigo comer alimentos duros como maçãs ou torradas			
Demoro para terminar minhas refeições			
Não consigo sair para comer em restaurantes			
Não tenho prazer em comer			
Sinto dor ao beijar			
Tive que me afastar do Trabalho			
As pessoas acham que eu sou uma pessoa de difícil convivência			
Tenho dificuldade para me concentrar			
Tenho problemas em fazer as tarefas domésticas			
Prefiro ficar só			
Cancelei atividades sociais e férias			
Sinto-me aborrecido (a) ou cansado (a)			
Não consigo parar de chorar			
Estou preocupado imaginando que tenho uma doença grave			
Sinto-me envergonhado (a) e constrangido (a)			
Sinto-me deprimido			
Sinto que deixei em ter prazer pela vida			

Li e considerei TODAS as afirmações acima.

ANEXO C - Versão final brasileira da escala de incapacidade de Dor Orofacial de Manchester

Questionário de incapacidade de Dor Orofacial de Manchester

Você teve alguma dor na face, boca ou mandíbula por mais de 24 horas no mês passado? Sim / Não. Você procurou ajuda profissional devido a essa dor? Sim / Não. Abaixo enumeramos algumas descrições de problemas que as pessoas têm por causa de dor na face, boca ou mandíbula. Para cada afirmação, por favor, indique se ela se aplica a você no último mês. Em caso afirmativo, ocorreu durante alguns dias ou quase todos os dias do último mês?

Devido à dor no meu rosto, mandíbulas ou boca	Durante os últimos 30 dias, essa descrição se aplica a mim (por favor, marque a afirmação abaixo que julgar adequada)		
	Em nenhum dia	Em alguns dias	Na maioria ou em todos os dias
Não consigo abrir a minha boca tanto quanto antes			
Acho difícil falar durante períodos longos			
Sinto dificuldade em sorrir ou gargalhar			
Não consigo tocar o meu rosto			
Tenho dificuldade para adormecer			
Acordo de noite sentindo dor			
Não consigo encontrar uma posição confortável para dormir			
Não consigo comer alimentos duros como maçãs ou torradas			
Demoro para terminar minhas refeições			
Não consigo sair para comer em restaurantes			
Não tenho prazer em comer			
Sinto dor ao beijar			
Tive que me afastar do Trabalho			
As pessoas acham que eu sou uma pessoa de difícil convivência			
Tenho dificuldade para me concentrar			
Tenho problemas em fazer as tarefas domésticas			
Prefiro ficar só			
Cancelei atividades sociais e férias			
Sinto-me aborrecido (a) ou cansado (a)			
Não consigo parar de chorar			
Estou preocupado imaginando que tenho uma doença grave			
Sinto-me envergonhado (a) e constrangido (a)			
Sinto-me deprimido			
Sinto que deixei em ter prazer pela vida			

Li e considerei TODAS as afirmações acima.

ANEXO D – Escala visual analógica

Assinale na linha abaixo o local onde você acredita que represente melhor a sua dor na face ou dentes,

O zero representa ausência de dor e o dez dor insuportável.

└──┘

0 10

Sem Dor Dor Insuportável

ANEXO E - Questionário de qualidade de vida e saúde – OHIP-14

Versão brasileira do OHIP14

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

1. Você teve problemas para falar alguma palavra?
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?
5. Você ficou preocupado?
6. Você ficou estressado?
7. Sua alimentação ficou alterada?
8. Você teve que parar suas refeições?
9. Você encontrou dificuldade para relaxar?
10. Você se sente envergonhado?
11. Você ficou irritado com outras pessoas?
12. Você teve dificuldade para realizar suas funções diárias?
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?

ANEXO F – Autorização do autor da versão original

Master Degree Program Idiopathic Orofacial Pain

Division of Epidemiology and Health Sciences - Stopford Building

Oxford Road – ManchesterI

Mr. PHD Dr. Vishal R. Aggarwal

I finalize my graduation in dentistry in 1997 and since that time I've been working as general dental practitioner and with orthodontics in my office. Since 2003 I've been studying in São Paulo University themes about decay (DMTF index) and epidemiology.

This year I began the master degree course and as in many countries here in Brazil an important health public problem is the work absenteeism because of idiopathic orofacial pain.

Reading your article (Aggarwal VR, McBeth J, Lunt M, Zakrzewska JM, Macfariane GJ. Development and Validation of Classification Criteria for Idiopathic orofacial Pain for Use in Population-based Studies. Journal of Orofacial Pain. v. 21, n. 3, Summer 2007) I decided to study idiopathic orofacial pain questionnaires to use here, helping the public services to identify and classify this kind of oral pains and treat them with more efficacies.

With this purpose I would like your permission and collaboration to validate and use it here. Thanks for your help and contact us.

Carefully

Monira Samaan Kallás (master degree student) - monira@uol.com.br / monira@usp.br

Prof. Dr. Michel Edgard Crosato (professor of the department of Social Odontology of the University of São Paulo) – advisor - michelcrosato@usp.br

Dear Monira,

Thanks for your e-mail. I would be happy to collaborate. I can send you a copy of the questionnaire if you would like. I have published the thesis extensively in several papers which you can access on pubmed but i would be happy to send you electronic copies of the questionnaires if you want. Please let me known which ones you would like and I will e-mail them to you.

kind regards

Vishal

ANEXO G - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia

Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR - 183292
Protocolo 36/2008

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa APROVOU o protocolo de pesquisa "**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE INCAPACIDADE DE DOR OROFACIAL DE MANCHESTER**", de responsabilidade do(a) Pesquisador(a) **Monira Samaan Kallás** sob orientação do(a) Prof(a). Doutor(a). **Edgard Michel Crosato**.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 11 de agosto de 2008.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO H - Termos de livre consentimento esclarecido (diretor da instituição e participantes da pesquisa)

Termo de Livre consentimento esclarecido – direção da instituição

Tradução e Adaptação Trans-cultural da Escala de Incapacidade e Dor Orofacial de Manchester (SP/2008)

São Paulo, 2008.

Senhor (a) Diretor (a),

Com nossos cumprimentos, dirigimo-nos a Vossa Senhoria para informar que o Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo está realizando uma pesquisa sobre um questionário de dor orofacial. O presente tem a finalidade de informar V.Sa. sobre a pesquisa e solicitar sua colaboração.

Nessa investigação científica, será realizado um questionário que visa medir a incapacidade causada por Dor Orofacial em pacientes selecionados. As atividades da equipe odontológica não deverão representar qualquer alteração significativa na rotina da instituição. Nenhum produto será aplicado nem qualquer tipo de tratamento realizado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Por isso, consideramos indispensável a participação dessa instituição. O profissional encarregado de fazer os contatos, fornecer informações e providenciar os dados que necessitaremos para planejar nosso trabalho nesse local são os cirurgiões-dentistas,

Dr. Edgard Michel Crosato (Prof. Dr. da Disciplina de Odontologia Social da FOUSP)	Telefone: (11) 3091-7891
Dra. Monira Samaan Kallás (Cirurgiã-Dentista, Mestranda da Disciplina de Odontologia Social da FOUSP)	Telefone: (11)2949-7973

Termo de Consentimento livre e esclarecimento – participantes

Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia –

Departamento. de Odontologia Social

Tradução e Adaptação Trans-cultural da Escala de Incapacidade e Dor Orofacial de Manchester (SP/2008)

Prezado(a) Senhor(a),

O Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo juntamente com o Centro de Dor orofacial. Estão fazendo uma pesquisa para traduzir e adaptar culturalmente um questionário de Dor Orofacial que auxilie na mensuração da incapacidade que a Dor Orofacial crônica pode ocasionar. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas o resultado da pesquisa ajudará muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. O objetivo do estudo é traduzir e adaptar culturalmente a Escala de Dor Orofacial de Manchester.

As participações nesta pesquisa consistirão no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas. O preenchimento do questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado. O estudo também servirá para futuros programas de prevenção em dor orofacial. O intuito da pesquisa é acadêmico e didático, não será oferecido nem vendido nenhum produto ou serviço.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde pública em nosso Estado e no Brasil.

Título do estudo: Tradução e Adaptação Trans-cultural da Escala de Incapacidade e Dor Orofacial de Manchester (SP/2008)

Pesquisador (es) responsável (is): Edgard Michel Crosato e Monira Samaan Kallás
Instituição/Departamento: Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP.

Atenciosamente,

Dr. Edgard Michel Crosato (Prof. Dr. da Disciplina de Odontologia Social da FOUSP)	Telefone: (11) 3091-7891
Dra. Monira Samaan Kallás (Cirurgiã-Dentista, Mestranda da Disciplina de Odontologia Social da FOUSP)	Telefone: (11)2949-7973

Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia - Departamento de Odontologia Social

Tradução e Adaptação Trans-cultural da Escala de Incapacidade e Dor Orofacial de Manchester (SP/2008)

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa "**Tradução e Adaptação Trans-cultural da Escala de Incapacidade e Dor Orofacial de Manchester (SP/2008)**", **PRONTIFICO-ME** a responder o questionário:

Em ____ de _____ de 2008

_____

Nome

_____

Assinatura