

Fisioter Bras 2017;18(3):294-305

ARTIGO ORIGINAL

Proposta de utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação da disfunção temporomandibular

Proposition for use of the International Classification of Functioning, Disability and Health for the assessment of temporomandibular disorders

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira*, Vicente Conrado da Silva*, Fabiane Elpídio de Sá, M.Sc.**, Ana Cristhina de Oliveira Brasil de Araújo, M.Sc.***, Gabriel Peixoto Leão Almeida, M.Sc.**, Kátia Virgínia Viana-Cardoso, D.Sc.**

*Acadêmico do Curso de Fisioterapia da UFC, **Docente do Curso de Fisioterapia da UFC, ***Docente do Curso de Fisioterapia da Unifor e da Estácio/FIC

Recebido em 27 de junho de 2016; aceito em 2 de maio de 2017.

Endereço para correspondência: Kátia Virginia Viana-Cardoso, Rua Dr. José Lourenço, 3308/1102, 60115-282 Fortaleza CE, E-mail: kvvc2004@yahoo.com.br; Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira: fernandovirgilioao@gmail.com; Vicente Conrado da Silva: v.conrado@alu.ufc.br; Fabiane Elpídio de Sá: fabianeelpidio@yahoo.com.br; Ana Cristhina de Oliveira Brasil de Araújo: cristhinabrasil@gmail.com; Gabriel Peixoto Leão Almeida: gabriel_alm@hotmail.com

Resumo

Introdução: O *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) é um instrumento validado para a língua portuguesa, sendo usado para a padronização das pesquisas acerca das disfunções temporomandibulares (DTM). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é utilizada na classificação das mais diversas avaliações funcionais. **Objetivo:** Verificar se no RDC há padrões mínimos para o relato de funcionalidade e saúde através da ligação com a CIF. **Material e métodos:** Estudo descritivo realizando-se o *linking* entre os itens do instrumento de avaliação de critérios diagnósticos RDC/TMD e os códigos e categorias da CIF. Dois pesquisadores avaliaram independentemente quais os códigos mais adequados para cada item do instrumento. O *linking* dos qualificadores foi realizado de forma cega sendo aplicado o teste estatístico de Kappa para observar o grau de concordância entre os pesquisadores. **Resultados:** Foi obtido grau de concordância completo entre os julgamentos dos pesquisadores (índice de Kappa = 1) para todos os qualificadores. Na ligação, foram utilizados os domínios da CIF "Funções do Corpo" (b), "Estrutura do Corpo" (s) e "Atividades e Participação" (d). **Conclusão:** A CIF deve ser utilizada para a classificação, mas não para avaliar pacientes com DTM, e aspectos importantes da funcionalidade destes pacientes devem ser acrescentados a instrumentos como o RDC.

Palavras-chave: articulação temporomandibular, transtornos da articulação temporomandibular, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Abstract

Introduction: The *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) is an instrument validated for the Portuguese language, which is receiving great credibility in the literature and is being used for the standardization of researches about temporomandibular joint dysfunctions (TMD). **Objective:** To verify if there are minimum standards in RDC for the reporting of functionality and health through the connection with the CIF. **Methods:** Descriptive study in which a linking is made between the items of the diagnostic criteria evaluation instrument RDC/TMD and the ICF codes and categories. Two researchers independently evaluated which codes were more appropriate for each item on the instrument, and dissents were mediated by a third researcher. The linking between the qualifiers was blinded, applying the Kappa statistical test to evaluate the degree of agreement between the researchers. **Results:** A complete agreement degree was obtained between the judgement of both researchers (Kappa index = 1) for all the qualifiers. In the linking, ICF domains "Body Function" (b), "Body Structure" (s) and "Activity and Participation" (d) were used. **Conclusion:** The ICF should be used for the TMD classification, but not for assessing patients with TMD and important aspects of the functionality of these patients should be added to instruments such as RDC.

Key-words: temporomandibular joint, temporomandibular joint disorders, International Classification of Functioning, Disability and Health.

Introdução

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma disfunção dolorosa associada a sinais e sintomas envolvendo os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e outras estruturas associadas, sendo sua etiologia multifatorial. Esses sintomas podem ser: dores no rosto, na ATM e ou na musculatura orofacial, cefaleias ou otalgias, zumbidos, sensação de plenitude auricular e vertigem [1,2].

A literatura estima que 40% a 75% da população apresenta pelo menos um sinal de DTM e 33% pelo menos um sintoma. Estudos apresentam a presença desta disfunção em vários grupos populacionais distintos. Temos como exemplos uma estimativa de 60% de idosos com perda dentária apresentando DTM; estudantes universitários com 48,2% de DTM leve, 11,3% moderada e 3% grave; além da presença de DTM em 28% de uma população de professores universitários. Estudo avaliando a presença de DTM em sujeitos surdos apontou uma alta prevalência de 95,6%. Dessa forma, esses dados mostram a importância do desenvolvimento de pesquisas sobre essa afecção [1,3-6].

A pesquisa acerca da DTM utiliza o questionário RDC/TMD, *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*, que foi validado em várias línguas para facilitar a padronização das pesquisas. Dessa forma, o RDC/TMD é apontado pela literatura como um dos instrumentos da atualidade que vêm recebendo mais credibilidade pelos pesquisadores da área [7].

O RDC/TMD apresenta nível de confiabilidade aceitável, este tem uma abordagem biaxial com a avaliação de achados físicos no Eixo I e de achados psicossociais envolvido em perfis de dor crônica no Eixo II. Os diagnósticos para DTM são divididos em três grupos: grupo I, diagnósticos musculares referentes à dor miofascial e dor com ou sem abertura limitada; grupo II, diagnósticos referentes a deslocamentos de disco, falando-se no deslocamento de disco com redução, sem redução com abertura limitada e sem redução e sem abertura limitada; grupo III, diagnóstico referente à artralgia, artrite e artrose [8].

Ao tratar da funcionalidade humana e do instrumento de avaliação como o citado acima, aborda-se a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), uma referência comum para o estudo da funcionalidade humana, que pode contribuir para uma melhor investigação dos resultados obtidos no estudo do processo saúde doença, considerando uma abordagem funcional [9].

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2001, publicou a CIF, fazendo com que os seus países membros devam utilizá-la por força da Resolução OMS 54,21/2001 [10]. O Ministério da Saúde resolveu a partir da Resolução Nº 452, de 10 de maio de 2012, que a CIF deve ser utilizada no Sistema Único de Saúde como instrumento estatístico na coleta e registro de dados, como ferramenta clínica, para dar visibilidade e avaliar o processo de trabalho mostrando as repercussões reais da assistência dos profissionais de saúde que lidam com a funcionalidade humana, para dimensionar e redimensionar serviços com o intuito de qualificar e quantificar informações relativas ao tratamento dos sujeitos, dentre outras atribuições [11].

Como preconizado pela OMS e resolvido pelo Ministério da Saúde, tem-se um incentivo para a realização de pesquisas científicas para auxiliar na implementação dessa classificação. Dessa forma, a literatura aponta que a CIF vem sendo abordada por diversos estudos no Brasil nos últimos 5 anos [12-14]. Há um predomínio de estudos de abordagem quantitativa e transversal, além de amostras bem diversificadas no que se refere às disfunções pesquisadas, quantidade e qualidade de casos envolvidos. Nesse contexto, a literatura aponta que o componente mais abordado pelos estudos brasileiros é atividade e participação, a maior parte aplica os componentes da CIF associados a códigos importantes com uso de qualificadores, alguns utilizam cores sets, enquanto outros estudos realizam a ligação entre instrumentos de avaliação e a CIF [12].

A OMS vem preconizando a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como ferramenta clínica, para proporcionar uma linguagem comum das condições relacionadas à saúde e que visa introduzir um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade. Não somente percebidas como consequência das condições do binômio saúde/doença [15], mas, determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas distintas percepções culturais e posturas

diante da deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação [16]. Com o intuito de contribuir cientificamente com a implementação desta classificação, em uma disfunção prevalente que compromete a qualidade de vida de muitos pacientes, o presente estudo teve como objetivo vincular o RDC/TMD, que avalia as disfunções temporomandibulares, aos conceitos abordados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, para verificar se no RDC há padrões mínimos para o relato de funcionalidade e saúde, ou seja, se este questionário define "o que medir" para a funcionalidade.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, realizado com a regra de ligação (ou linking) entre a CIF e os itens do instrumento de classificação diagnóstica de DTM, o RDC/TMD.

Foi utilizada a versão traduzida para o português brasileiro do *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD). Esse instrumento apresenta uma 1ª sessão com a história clínica do paciente composta por 31 itens, além de exame clínico com 10 itens, avaliando a localização da sintomatologia dolorosa, padrão de abertura bucal, amplitude de movimentos mandibulares, presença de dor ou ruídos articulares ao movimento e sintomatologia dolorosa à palpação muscular e articular [17].

O RDC/TMD classifica os sujeitos avaliados em 3 grupos: grupo I– muscular (dor miofascial com e sem abertura limitada); grupo II– deslocamento de disco (com redução, sem redução com e sem abertura limitada); grupo III– artralgia, artrite, artrose da articulação temporomandibular [17].

A CIF é uma classificação da funcionalidade e dos estados relacionados com a saúde, apresentando unidades de classificação (as categorias) dentro de domínios. Essa classificação apresenta 2 partes e cada uma delas apresenta 2 componentes. Foi abordada no presente estudo a parte 1, chamada de "Funcionalidade e Incapacidade", que apresenta os seguintes componentes: "Funções (b) e Estruturas (s) do Corpo" e "Atividades e Participação (d)", por serem os componentes que se relacionam com os itens contidos no RDC/TMD. Por sua vez, os domínios desses componentes são intitulados "Funções do Corpo/Estruturas do Corpo" e "Áreas Vitais (tarefas, ações)" [18].

Esta classificação apresenta um sistema alfanumérico, sendo os componentes representados por letras minúsculas e os níveis de codificação representados por números [18]. O número escrito logo após a letra do código representa o capítulo que aborda o problema em questão, sendo este o 1º nível da codificação. Em seguida, tem-se o 2º nível com 2 dígitos e posteriormente os dígitos representando o 3º e o 4º níveis, ambos com apenas um dígito. Os 3 últimos níveis representam as categorias e subcategorias da CIF [18].

O código torna-se com significado com a presença dos qualificadores ao final, sendo representados por números após um ponto "separador". Os qualificadores indicam a magnitude do problema de saúde. A depender do constructo, esse problema pode representar deficiência de função e estrutura, limitação de atividade, restrição de participação ou barreira ambiental [18]. Dados os componentes utilizados nesse estudo, os qualificadores utilizados representam a extensão ou magnitude de uma deficiência (para funções e estruturas do corpo) ou um problema do desempenho humano no ambiente habitual da pessoa (para atividades e participação).

A ligação da CIF com o RDC/TMD foi realizada seguindo as regras preconizadas por Cieza et al. [20], utilizando-se a versão do instrumento validada em português. Dois acadêmicos de fisioterapia do último semestre (pesquisador 1 e pesquisador 2), apresentavam experiência na utilização prática do RDC/TMD e foram previamente calibrados para a utilização da classificação em questão, através de aula teórica realizada por pesquisadora com experiência na área, leitura de material disponibilizado pela mesma. Em seguida estes pesquisadores fizeram a aplicação prática da codificação da CIF, analisaram de forma independente os itens do RDC/TMD e julgaram os componentes, categorias e subcategorias mais adequados, formando códigos para cada item [15,16,19,20].

Depois os códigos foram confrontados, e para aqueles itens em que houve divergências uma 3ª pesquisadora, fisioterapeuta com experiência em utilização da CIF, foi convidada com a finalidade de decidir qual o código mais adequado. No entanto, não houve dissenso neste estudo entre os julgamentos dos pesquisadores 1 e 2, sendo a reunião com a 3ª pesquisadora realizada para definir questões a serem excluídas da ligação e alguns aspectos conceituais.

Para finalizar a ligação, os pesquisadores 1 e 2 propuseram os qualificadores mais adequados a serem utilizados em cada código. Os pesquisadores relacionaram de forma independente e cega os padrões de normalidade para os itens obtidos com o RDC/TMD (ou a escala do próprio instrumento a depender do item em questão) e empregaram o qualificador correspondente à gravidade da condição clínica apresentada de acordo com o modelo de escala genérica da CIF disposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Escala genérica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, onde “xxx” significa o número de domínio do segundo nível.

xxx.0 NAO há problema	(nenhum, ausente, insignificante)	0-4%
xxx.1 Problema LIGEIRO	(leve, pequeno)	5-24%
xxx.2 Problema MODERADO	(médio, regular)	25-49%
xxx.3 Problema GRAVE	(grande, extremo)	50-95%
xxx.4 Problema COMPLETO	(total)	96-100%
xxx.8 Não especificado		
xxx.9 Não aplicável		

Organização Mundial de Saúde, 2003.

Os pesquisadores definiram os qualificadores “xxx.0” e “xxx.8” para ausência e presença de problema, respectivamente. Para os demais itens, foi definida a utilização dos qualificadores de 0 a 4, e somente estes, foram utilizados no procedimento estatístico, devido à presença de maiores detalhes a serem verificados. O grau de concordância entre os 2 pesquisadores referentes aos qualificadores supracitados foi calculado por meio do método estatístico Kappa. Os valores de Kappa variam entre 0 e 1, onde 1 indica uma concordância perfeita entre os pesquisadores e 0 concordância alguma.

Resultados e discussão

Na seção história clínica do RDC/TMD foi estabelecido entre os pesquisadores que os itens 1, 2, 4, 5, 6, 16 e 17 não apresentam códigos da CIF aplicáveis, sendo caracterizados como itens não cobertos. O item 20 foi excluído por tratar de aspectos psicossociais que não foram considerados escopo do estudo. As questões 21 a 31 foram excluídas por tratarem de itens não cobertos, ou que tratavam de fatores pessoais não codificados pela CIF, são exemplos: endereço, aspectos sociodemográficos, econômicos, étnicos, dentre outros. Dessa forma, as questões utilizadas para a ligação estão dispostas nos Quadros 2 e 3.

Castaneda e Plácido [21] estabeleceram a ligação entre o instrumento de avaliação de qualidade de vida de pessoas com incontinência urinária, *King's Health* com a CIF, este estudo concluiu que das 29 questões do *King's Health*, apenas 7 não foram passíveis de ligação com as categorias da CIF, tendo o instrumento um maior enfoque nas questões relacionadas à atividade e participação [21]. No entanto, conforme Castro et al. [22] deve ainda ser evidenciado que a forma como os dados são coletados pode ser determinante no processo de mensuração das informações relacionadas à prevalência das doenças.

Os itens do RDC/TMD foram codificados a partir dos componentes “Funções do Corpo” (capítulo Funções sensoriais e de dor, categorias de segundo nível das Funções das articulações e dos ossos, das Funções relacionadas com o movimento e das Funções auditivas e vestibulares) e “Atividades e Participação” (capítulos Tarefas e exigências gerais e Vida comunitária, social e cívica).

Os itens 7, 8, 9, 11, 12 e 13, com qualificadores definidos como de 0 a 4, foram avaliados para o *linking* de acordo com as escalas numéricas apresentadas pelo próprio instrumento. Todos os itens apresentaram Índice de Concordância Kappa igual a 1, com total conformidade entre os 2 pesquisadores em todos os julgamentos. Esses qualificadores foram definidos da seguinte forma: quando a resposta do paciente fosse 0 na escala do RDC/TMD, o qualificador empregado no código correspondente também seria 0; quando a resposta fosse os algarismos 1 ou 2, o qualificador seria 1; quando a resposta fosse de 3 a 5, o qualificador seria 2; quando a resposta fosse de 6 a 9, o qualificador seria 3 e quando a resposta fosse 10, o qualificador utilizado seria 4.

Em estudo abordando a utilização da CIF [22] durante a avaliação de crianças com paralisia cerebral e que também utilizou o índice Kappa, observou-se uma concordância de moderada a completa na maioria dos itens abordados. No entanto, os autores apontaram que, em alguns itens, houve índices baixos de concordância. Resultados divergentes dos

apresentados no presente estudo, que aponta a importância de treinamentos acerca da utilização da CIF por profissionais e pesquisadores, a literatura indica dificuldade de utilização dessa classificação por parte de alguns avaliadores [23-24].

Estudo realizou a relação do instrumento de mensuração de qualidade de vida *36-Item Short-Form Survey* (SF-36) com a CIF. Os autores empregaram uma metodologia semelhante e não obtiveram divergência em nenhum domínio entre as codificações realizadas por cada pesquisador [14].

Quadro 2 - Ligação das questões selecionadas dos itens 3 a 19 do questionário de história clínica do RDC/TMD com os códigos da CIF.

Item do RDC/TMD	Código	Categoria ou Subcategoria
3.Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas, nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?	b28010.0 b28010.1	Dor na cabeça ou pescoço
7.Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?	b28010.__ (0 a 4)	Dor na cabeça ou pescoço
8.Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?	b28010.(0 a 4)	Dor na cabeça ou pescoço
9.Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?	b28010.(0 a 4)	Dor na cabeça ou pescoço
11.Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma interferência" e 10 é "incapaz de realizar qualquer atividade"?	d2309.(0 a 4)	Realizar rotina diária
12.Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?	d9209.(0 a 4)	Recreação e lazer
13.Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?	d859.(0 a 4)	Trabalho e emprego
14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?	b7100.0 b7100.8	Mobilidade de uma única articulação
15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringe) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?	b7100.0 b7100.8	Mobilidade de uma única articulação
15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) "cansada" ou dolorida quando você acorda pela manhã?	b7800.0 b7800.8	Sensação de rigidez muscular
15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?	b2400.0 b2400.8	Zumbido nos ouvidos ou acufeno
18.Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?	b28010.0 b28010.8	Dor na cabeça ou pescoço

Fonte: Elaborado pelos próprios autores

No Quadro 3, encontram-se os códigos para os subitens da questão 19 do RDC/TMD, pode-se observar a utilização dos capítulos dos componentes "Atividades e participação"

(Autocuidados, Interações e relacionamentos interpessoais e Comunicação), Funções do Corpo (Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrinos e Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológicos e imunológicos e do aparelho respiratório) e “Estruturas do corpo” (Estruturas relacionadas com o movimento).

A literatura descreve a utilização dos componentes “funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológicos e imunológicos e do aparelho respiratório relacionado com as funções respiratórias adicionais” (b450), assim como se apresenta nos resultados da ligação do presente estudo. Esta categoria é referente à função de bocejar, considerada função relacionada à respiração (manobra antiatelectásica). Outra categoria elencada e que pode ser observada no Quadro 2 são as funções de ingestão (b510)[18].

Quadro 3 - Ligação da questão 19 e seus subitens do questionário de história clínica do RDC/TMD com os códigos da CIF.

Item do RDC/TMD	Código	Categoria ou Subcategoria
19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula impedem, limitam ou prejudicam?		
a. Mastigar	b5102.0/b5102.8	Função de ingestão/Mastigar
b. Beber (tomar líquidos)	d560.0/d560.8	Beber
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	d5701.0/d5701.8	Controle da Alimentação e da forma física
d. Comer alimentos duros	b5102.0/b5102.8	Função de ingestão/Mastigar
e. Comer alimentos moles	b5102.0/b5102.8	Função de ingestão/Mastigar
f. Sorrir/gargalhar	d3350.0/d3350.8	Produzir mensagens usando linguagem corporal
g. Atividade sexual	d7702.0/d7702.8	Relacionamentos sexuais
h. Limpar os dentes ou a face	d5201.0/d5201.8	Cuidar dos dentes
i. Bocejar	b450.0/b450.8	Funções respiratórias adicionais
j. Engolir	b51059.0/b51059.8	Funções de ingestão/Deglutição
k. Conversar	d330.0/d330.8	Falar
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	s7109.0/s7109.8	Estrutura da região da cabeça e pescoço

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Na seção exame clínico, foi realizada a ligação dos itens, excetuando-se o 4d (transpasse incisal vertical) e 6d (desvio de linha média). Essa decisão foi tomada porque a classificação desses itens implicaria na avaliação da oclusão e não da amplitude de movimento mandibular, já que esta mensuração é feita para definir e complementar a avaliação da amplitude de abertura bucal e de excursão lateral, respectivamente, de acordo com o manual do RDC/TMD [25]. Carneiro et al. [18] também apontaram as categorias referentes às funções da mobilidade das articulações (b710) e funções da estabilidade das articulações (b715) como presentes DTM, além do componente Estruturas do Corpo com a categoria estruturas da região da cabeça e do pescoço (s710).

No Quadro 4 foram utilizados códigos do componente “Funções do Corpo”, sendo contemplados 2 capítulos desse componente: Funções sensoriais e dor e Funções neuromusculares e relacionadas com o movimento.

Os itens definidos como com qualificadores de 0 a 4 foram aqueles referentes à amplitude de movimento da articulação temporomandibular, à sintomatologia dolorosa e à palpação. Todos os itens apresentaram Kappa = 1. O item 4b foi escolhido para realizar a ligação referente à amplitude de movimento de abertura bucal, o valor de normalidade da perimetria desse movimento está entre 40 e 50 mm [25-27]. Dessa forma, o qualificador 0 deve ser atribuído a amplitude de depressão máxima entre 40 e 50 mm. O qualificador 1: 30 a 39,9 mm; qualificador 2: 20 a 29,9 mm; qualificador 3: 2 a 19,9 mm e qualificador 4: 0 a 1,9 mm.

Para a excursão lateral tanto direita quanto esquerda foi considerado o valor de normalidade de 8 a 10 mm [25-28]. Assim, valor de excursão dentro dessa faixa, dever-se-á atribuir o qualificador 0 ao código. Já para os demais qualificadores, temos que o qualificador 1 deve ser entre 6 e 7,9 mm; qualificador 2: 4 e 5,9 mm; qualificador 3: 0,4 e 3,9 mm; qualificador 4: 0 e 0,3 mm. Para a avaliação da amplitude de movimento de protrusão, foram considerados como normalidade, valores entre 6 e 8 mm (qualificador 0) [24-26]. O qualificador 1: entre 4,5 e

5,9 mm; qualificador 2: entre 3 e 4,4 mm; qualificador 3: entre 0,3 e 2,9 mm e qualificador 4: entre 0 e 0,2 mm.

Esses intervalos para protrusão podem ser difíceis de mensurar com exatidão devido aos valores menores que 1 mm e isso interfere na decisão do qualificador a ser utilizado. No entanto, o valor de normalidade representa números pequenos que deixam uma margem para definição dos problemas segundo à CIF também pequena, sendo os valores apresentados pelos autores como os mais adequados possíveis.

Os qualificadores atribuídos aos movimentos mandibulares receberam enfoque no problema da restrição de movimento. Valores que podem indicar questões de hiper mobilidade não são considerados e o sistema de qualificadores adotado não é aplicável nesses casos, havendo a necessidade da ligação estipulando qualificadores distintos para a avaliação da amplitude de movimento nessa perspectiva.

Quadro 4 – Ligação CIF com a seção de Exame Clínico do RDC/TMD com os códigos da CIF.

RDC/TMD	CIF	Categoria ou Subcategoria
1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?	b28010.0 b28010.8	Dor na cabeça ou no pescoço
2. Você poderia apontar as áreas onde você sente dor?	b28010.0 b28010.8	Dor na cabeça ou no pescoço
3. Padrão de abertura:	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
4. Extensão de movimento vertical	b7100.(0 a 4) b28010.0/b28010.8	Mobilidade de uma única articulação
a. Abertura máxima sem auxílio		Dor na cabeça ou no pescoço
b. Trespasse incisal vertical	Não se aplica	Não se aplica
5. Ruídos articulares (palpação)		
a. abertura	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
b. fechamento	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva	b7150. b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
6. Excursões		
a. Excursão lateral direita	b7100.(0 a 4) b28010.0 b28010.8	Mobilidade de uma única articulação Dor na cabeça ou no pescoço
b. Excursão lateral esquerda	b7100.(0 a 4) b28010.0 b28010.8	Mobilidade de uma única articulação Dor na cabeça ou no pescoço
c. Protrusão	b7100.(0 a 4) b28010.0 b28010.8	Mobilidade de uma única articulação Dor na cabeça ou no pescoço
d. Desvio de linha média	Não se aplica	Não se aplica
7. Ruídos articulares nas excursões		
Ruídos direito		
a. Excursão Direita/ b.	b7150.0	Estabilidade de uma única articulação
Excursão Esquerda	b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
c. Protrusão	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
Ruídos esquerdo		
d. Excursão Direita/ e.	b7150.0	Estabilidade de uma única articulação
Excursão Esquerda	b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
f. Protrusão	b7150.0 b7150.8	Estabilidade de uma única articulação
8. Dor muscular extraoral com palpação	b28010.(0 a 4)	Dor na cabeça ou no pescoço
9. Dor articular com palpação	b28010.(0 a 4)	Dor na cabeça ou no pescoço
10. Dor muscular intraoral com palpação	b28010.(0 a 4)	Dor na cabeça ou no pescoço

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Com o *linking* do exame clínico, pode-se observar o quanto a CIF apresenta-se limitada para codificar os componentes da avaliação da DTM.

As categorias e subcategorias hoje existentes podem ser usadas para informar que o paciente apresenta dores, limitações de movimento ou disfunções de estabilidade articular no sistema estomatognático relacionadas ao desenvolvimento da disfunção temporomandibular. No entanto, não é sensível para indicar o local exato em que essas afecções ocorrem, visto o número baixo de categorias diferentes elencadas para realizar a ligação de diversos itens distintos. A literatura aponta que isso pode se dar pelo fato de a CIF apresentar categorias mais específicas em determinadas áreas do que outras [28].

Outros autores também apresentaram dificuldade semelhante durante a ligação com seu objeto de estudo. Sabino *et al.* [25] estudaram a funcionalidade de sujeitos com afecções musculoesqueléticas nos membros inferiores e na região lombar e concluíram que a CIF pode ser utilizada, porém sugere seu aperfeiçoamento pelo fato de alguns códigos apresentarem certa multiplicidade para uma mesma condição e outros apresentarem-se imprecisos ou abrangentes.

Além disso, a utilização da CIF em sua forma completa - para levantamento de dados de prevalência de funcionalidade e incapacidade tem como principal obstáculo a quantidade de códigos que poderiam ser atribuídos aos sujeitos entrevistados, os quais elevam o tempo gasto para a coleta dos dados. Por conta da necessidade de rapidez no processo de levantamento de dados, essa barreira torna inviável a aplicação da CIF em sua forma completa em inquéritos de saúde [28].

Para a ligação da classificação diagnóstica do RDC/TMD, onde no grupo I o paciente apresenta dor miofascial com ou sem abertura limitada, sendo utilizadas as categorias dor na cabeça ou no pescoço e mobilidade de uma única articulação. Para o grupo II, podem ser dados os diagnósticos deslocamento do disco com redução, deslocamento do disco sem redução com abertura limitada e deslocamento do disco sem redução sem abertura limitada, podendo ser atribuídos códigos das categorias Mobilidade de uma única articulação e Estabilidade de uma única articulação. No entanto, os códigos estipulados precisam ser complementados pelo detalhamento do achado clínico. Já em relação ao grupo III, onde os diagnósticos são artralgia, osteoartrite ou osteoartrose da ATM, foram atribuídos códigos referentes às categorias Dor na cabeça ou no pescoço ou Estrutura da região da cabeça e pescoço.

Não houve a presença de categorias do componente "Fatores Ambientais" ao longo do *linking* do RDC/TMD com a CIF, isso também foi observado no estudo de Campos *et al.* [30], que realizou *linking* de instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com as categorias da CIF. No entanto, esses autores apontaram para a importância da relação entre os diferentes componentes da CIF para se seguir uma abordagem biopsicossocial na atenção ao paciente [29].

Desta maneira, a CIF considera não apenas as disfunções e incapacidades da pessoa, mas também o impacto desses fatores nas atividades sociais, bem como a influência do meio ambiente, como facilitador ou barreira à independência funcional, o que leva à necessidade desses instrumentos abrangerem estas categorias [30].

Cardoso *et al.* [13] associaram as subcategorias da CIF aos itens da Avaliação da Coordenação e Destreza Motora (Acoordem), tendo os autores concluído que este instrumento é compatível com a abordagem biopsicossocial da OMS. No entanto, a maioria dos instrumentos de avaliação desenvolvidos nas diversas áreas, sejam quantitativos ou qualitativos, não apresentam o perfil da Acoordem. Isso porque as pesquisas seguem os modelos biomédicos e não considerarem o paciente sob uma visão integral e biopsicossocial. Assim, apesar da CIF ter uma abordagem que vai além das capacidades do indivíduo, observando também seus desempenhos dentro de contextos ambientais, os estudos brasileiros que a utilizam apresentam pouco desses aspectos, exatamente por fazerem a ligação com instrumentos que avaliam os sujeitos pelo que são capazes de desempenhar apenas em um ambiente padrão [12].

Dessa forma, ressalta-se a importância de acrescentar à história dos pacientes com DTM perguntas para investigar os fatores ambientais envolvidos e que podem funcionar como mecanismos facilitadores ou de barreira no contexto do processo saúde doença desses pacientes. A literatura apresenta uma escassez de estudos abordando a CIF na classificação da DTM.

Até os dias atuais, não foi desenvolvida nenhuma proposta que tentasse unificar os termos relacionados às disfunções da DTM e suas correlações com a CIF tendo como impacto o meio ambiente, a participação social do indivíduo, bem como o contexto pessoal.

Esse sistema de classificação é útil para identificar que aspectos da funcionalidade do indivíduo com DTM estão sendo abordados por instrumentos de avaliação desta disfunção, como o RDC. Dentro de programas de reabilitação dessas disfunções aplicam-se testes que avaliam determinadas variáveis funcionais. Esse estudo apresentou alguns testes que são passíveis de codificação pela CIF tornando a comunicação universal e capaz de ser alimentada num sistema de informação [32].

O presente estudo apresentou limitações como as dificuldades de interpretação de categorias da CIF e sua interface com os itens do RDC/TMD. Houve, portanto, a necessidade

de estabelecer momentos de discussão e buscas de cunho conceitual, assim, foi necessário definir entre as categorias, qual seria a mais adequada para avaliação qualitativa do padrão de movimento de abertura bucal. A CIF apresenta algumas imprecisões conceituais quando da codificação dos itens do RDC/TMD, sugerindo-se um aperfeiçoamento desse sistema para que haja categorias mais específicas no contexto da avaliação da DTM.

O presente estudo atenta-se, ainda, para a importância da capacitação de profissionais formados e em formação para a correta utilização da CIF, a fim de que as dúvidas durante sua aplicação sejam mínimas. No entanto, é preciso que haja um comprometimento com a mudança de paradigmas dentro dos currículos de graduação dos cursos da área da saúde. Esse instrumento preconizado pela OMS deve ser abordado a fundo nas disciplinas dos diversos cursos e suas bases teóricas devem contribuir para uma formação acadêmica voltada para abordagem dos sujeitos sob uma visão ecológica tratando-o como um ser biopsicossocial. A CIF pode, inclusive, ser utilizada dentro dos processos avaliativos dos discentes dentro das disciplinas de formação em serviço para um maior enraizamento desses conceitos [31-33].

Conclusão

O RDC objetiva fornecer diagnóstico das DTM, a CIF classifica as repercussões de deficiência de funções e estruturas e o impacto que as mais diversas alterações trazem à funcionalidade na vida do indivíduo. Nesse sentido, a CIF não deve substituir instrumentos diagnósticos, mas que os complementem, de modo a descrevê-los, já que não mensura, apenas classifica função e incapacidade.

A CIF não deve ser utilizada para avaliar pacientes com DTM, mas aspectos importantes que poderão caracterizar a funcionalidade destes pacientes devem ser acrescentados a instrumentos importantes de diagnóstico como o RDC, buscando uma abordagem dos sujeitos sob uma visão ecológica tratando-o como um ser biopsicossocial.

Referências

1. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod* 2010;15(3):114-20.
2. Sartoretto SC, Bello YD, Bona AF. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. *RFO* 2012;17(3):352-59.
3. Almeida LHM, Farias ABL, Soares MSM, Cruz JSA, Cruz RES, Lima MG. Disfunção temporomandibular em idosos. *RFO* 2008;13(1):35-8.
4. Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL, Fontes LBC, Nascimento SR, Nascimento AS, et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. *Rev Dor* 2012;13(3):235-42.
5. Tavares RRJ, Braga PLA, Filho EMM, Malheiros AS. Temporomandibular disorder and severity in university professors. *Rev Dor* 2013;14(3):187-91.
6. Ganzaroli GM, Júnior AJC. Avaliação da prevalência das disfunções temporomandibulares em surdos: estudo controlado. *Fisioter Mov* 2013;26(1):175-82.
7. Cunali RS, Bonotto DMV, Machado E, Hilgenberg, PB, Bonotto D, Farias AC, et al. Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: revisão sistemática. *Rev Dor* 2012;13(4):360-4.
8. Chaves TC, Oliveira AS, Grossi DB. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioter Pesqui* 2008;15(1):101-6.
9. Nubila HBVD. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup* 2010;35(121):122-3.
10. Araújo AS, Brasil ACO. Descaminhos da rede de atenção às pessoas com deficiência. *Revista Científica CIF Brasil* 2014;1(1):5-9.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 452, de 10 de maio de 2012.
12. Brasileiro IC, Moreira TMM, Buchalla CM. The use of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in Brazil. *Acta Fisiátrica* 2013;20(1):37-41.

13. Cardoso AA, Magalhães LC, Lacerda TTB, Andrade PMO. Relação entre a Avaliação da Coordenação e Destreza Motora (Acoordem) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Fisioter Mov* 2012; 25(1):31-45.
14. Fréz AR, Abdallah AA, Riedi C, Galino J, Ruaro JA, Ribeiro SC. Proposed use of the international classification of functioning, disability and health to evaluate quality of life after an amputation. *Fisioter Mov* 2014;27(1):49-56.
15. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a Delphi exercise. *Phys Ther* 2006;86(9):1203-20.
16. Faria N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):187-93.
17. Dworkin SF, Leresche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992;6(4):301-55.
18. Carneiro SDRM, Antunes RC, Gondim MM, Gradvohl MPB, Jacques PB, Araújo ES, et al. CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde: uma proposta voltada para a odontologia. *Ciência e Pesquisa Unifor* 2012;2(2):361-74.
19. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Classificação Detalhada com Definições. Lisboa: OMS; 2004.
20. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005;37:212-18.
21. Castaneda L, Plácido T. Link between the King's Health Questionnaire and the International Classification of Functioning, Disability and Health, for the evaluation of patients with urinary incontinence after gynecological oncology surgery. *Acta Fisiátrica* 2010;17(1):18-21.
22. Castro SS de, Castaneda L, Araújo ES de, Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Epidemiol* 2016;19(3):679-87.
23. Medeiros DL, Scalco JC, Liberal M, Concicovski D, Serozini LL, Malacarne JM, Ruedell AM. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação funcional de crianças com paralisia cerebral. *Pediatria Moderna* 2013;49(12):541-6.
24. Lopes GL, Santos MIPO. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):71-83.
25. Sabino GS, Coelho CM, Sampaio RF. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the physical therapy assessment of individuals with musculoskeletal disorders of the lower limbs and lumbar region. *Acta Fisiátrica* 2008;15(1):24-30.
26. Chiodelli L, Pacheco AB, Missau TS, Silva AMT, Corrêa ECR. Associação entre funções estomatognáticas, oclusão dentária e sinais de disfunção temporomandibular em mulheres assintomáticas. *Rev CEFAC* 2015;17(1):117-25.
27. Metzger ALT, Campiotto AR, Muzy PC. Interferência do tipo de má oclusão nas medidas dos movimentos mandibulares: um estudo realizado com apoio do exército brasileiro. *Rev CEFAC* 2009;11(1):78-85.
28. Okeson J. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
29. Fréz AR, Binda AC, Dubiela A, Riedi DC, Bertolini GRF, Ruaro JA et al. Functional profile of active older adults with low back pain, according to the ICF. *Rev Bras Med Esporte* 2016;22(4):252-55.
30. Campos TF, Rodrigues CA, Farias IMA, Ribeiro TS, Melo LP. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). *Rev Bras Fisioter* 2012;16(1):23-9.

31. Souza EC, Farias Neto JP, Grigoletto MES. Treinamento funcional e classificação internacional de funcionalidade: uma aproximação. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2016;18(4):493-97.
32. Andrade PMP. Avaliação do estagiário da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. *Avaliação, Campinas* 2010;15(2):121-34.
33. Santos SSC, Lopes MJ, Vidal DAS, Guatério DP. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Rev Bras Enferm* 2013;66(5):789-93.