



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

CINTHIA VIEIRA DA SILVA

IMPACTO DA CEFALEIA, SEVERIDADE DA DTM
E LIMITAÇÃO DA FUNÇÃO MANDIBULAR EM
MULHERES COM DTM CRÔNICA

BRASÍLIA
2019

CINTHIA VIEIRA DA SILVA

**IMPACTO DA CEFALEIA, SEVERIDADE DA DTM
E LIMITAÇÃO DA FUNÇÃO MANDIBULAR EM
MULHERES COM DTM CRÔNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade
de Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Fernanda Pasinato

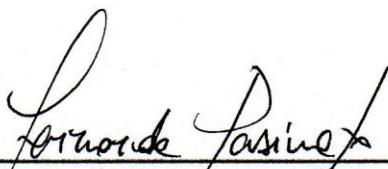
BRASÍLIA
2019

CINTHIA VIEIRA DA SILVA

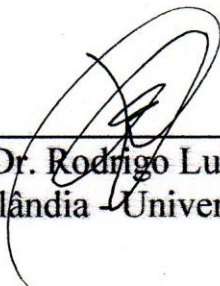
**IMPACTO DA CEFALEIA, SEVERIDADE DA DTM E
LIMITAÇÃO DA FUNÇÃO MANDIBULAR EM
MULHERES COM DTM CRÔNICA**

Brasília, 02/12/2019

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Fernanda Pasinato
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora



Prof. Dr. Rodrigo Luiz Carregaro
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB



Me. Caroline Ribeiro Tottoli
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todos os pacientes que conheci e aos que ainda vou conhecer, por eles escolhi a fisioterapia, eles fazem com que o amor por essa linda profissão cresça a cada dia e são inspiração diante das dificuldades, para que através da minha vida outras vidas possam ser mudadas.

AGRADECIMENTOS

Aqui conluo mais uma etapa, os momentos finais foram árduos, o caminho percorrido até aqui foi longo e desafiador, mas ao lembrar cada momento, surge em mim um sentimento de gratidão por tudo que vivi, de alegria por ter conseguido chegar até aqui e realização por ter escolhido essa linda profissão! Sei que não teria conseguido realizar esse sonho sozinha, então expresso aqui minha gratidão a todos que me apoiaram.

Primeiramente agradeço a Deus, pela minha vida, por me fortalecer a cada dia, pois quando fiquei doente e tive que trancar o curso por um semestre, em muitos momentos não achei que fosse impossível retornar e concluir, mas em Deus voltei a sonhar e encontrei forças para permanecer e não desistir, sem Ele nada disso seria possível.

Agradeço a minha família por todo amor e suporte para que eu chegasse até aqui, foram fundamentais durante essa caminhada e meu retorno ao curso, sei que sofreram junto comigo e estavam ao meu lado em todos os momentos me incentivando, são minha base desde sempre. Amo vocês e esse sonho também é de vocês!

Agradeço ao meu namorado, que foi um presente de Deus e da UnB para mim, chegou no momento mais difícil da minha vida, mesmo assim resolveu ficar e tem permanecido ao meu lado nos momentos bons e ruins. Obrigada por me apoiar, por sonhar comigo com um futuro melhor, e se alegrar a cada passo concluído! Sua ajuda nessa reta final foi essencial!

Agradeço aos meus amigos, tanto os de longa data, quanto aos que a UnB me presenteou, agradeço pelo apoio e por acreditarem até o final que seria possível, aprendi o valor da verdadeira amizade com vocês!

Agradeço aos meus líderes e pastores, que além de amigos foram minha família espiritual, sempre me incentivando a dar o meu melhor em todas as áreas da minha vida e nunca desistir! Obrigada por cada oração, conversa, abraço e conselho.

Agradeço aos meus professores pelos ensinamentos compartilhados e por serem fonte de inspiração para essa profissão que aprendi a amar! Em especial, a minha orientadora, Fernanda Pasinato, por toda dedicação, disponibilidade, por ter me acolhido e ajudado tanto nesses momentos finais, por cada aprendizado compartilhado tanto na pesquisa quanto na extensão, seu amor pelo que faz me encanta!

Agradeço a fisioterapia, pois ela me escolheu, desde que nasci prematura e com paralisia cerebral, ela esteve presente na minha vida e eu apenas retribui a escolha, desde então meu sonho tem sido fazer pelos outros o que fizeram por mim e até muito mais, levar amor, esperança e restituição de sonhos!

Agradeço a UnB por cada oportunidade e experiência, pelos ensinamentos, aulas, estágios, projetos, por cada preceptor e paciente que tive o prazer de conhecer e aprender com eles! Estarão sempre em minha memória!

Por tudo,

Minha eterna gratidão!

Epígrafe

“A perseverança é o espírito que pode suportar coisas, não simplesmente com resignação, mas com fervorosa esperança ... É a qualidade que mantém o homem em pé com o rosto voltado contra o vento. É a virtude que pode transmutar a provação mais difícil em glória, porque enxerga o alvo além da dor (William Barclay).”

RESUMO

Introdução: A disfunção temporomandibular (DTM) é definida por um conjunto de alterações funcionais relacionadas à articulação temporomandibular (ATM), sistema mastigatório e estruturas associadas. **Objetivo:** Descrever o perfil de mulheres com DTM crônica em relação ao impacto cefaleia, a severidade da DTM e o comprometimento da função mandibular. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (parecer n. 3.095.054). As coletas ocorreram no Serviço de Reabilitação do HUB. Foram selecionadas mulheres, com idades entre 18 e 59 anos e dor orofacial há mais de 3 meses. O diagnóstico de DTM foi realizado por meio do instrumento Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders - RDC/TMD. As seguintes variáveis foram avaliadas: (1) severidade da DTM - Índice Anamnésico de Fonseca (IAF); (2) impacto da cefaleia - Headache Impact Test 6 (HIT-6) e; (3) limitação da função mandibular - Questionário de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ). Para a análise dos dados foi aplicada a estatística descritiva e os resultados foram apresentados em média, desvio padrão e frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Participaram do estudo 29 mulheres com média de idade de 37,14 ($\pm 13,874$) anos. A maioria das participantes apresentaram DTM do tipo mista (principalmente combinação distúrbios musculares e articulares), seguidas do grupo de distúrbios musculares. Valores médios de 72,9 no IAF, 60,9 no HIT-6 e 20,5 no MFIQ foram verificados. DTM severa foi verificada em 69% da mostra, 65,5% apresentou impacto severo da cefaleia e 55,2% com baixa limitação da função mandibular. **Conclusão:** Observou-se predomínio de diagnósticos de DTM mista, impacto severo da cefaleia, DTM severa e baixa limitação da função mandibular.

Palavras-chave: disfunção temporomandibular, cefaleia, mulheres, dor crônica

ABSTRACT

Introduction: Temporomandibular Disorder (TMD) is defined by a set of changes related to the temporomandibular joint (TMJ), masticatory system and associated structures. **Objective:** To describe the profile of women with TMD chronic in regards to the headache impact, the severity of TMD and the impairment of mandibular function. **Methodology:** This is a cross-sectional study, approved by the Research Ethics Committee of Ceilândia's College (register number 3.095.054). The data was collected in a Rehabilitation Service. Women aged between 18 and 59 years and orofacial pain lasting longer than 3 months. The TMD diagnosis was done through the instrument Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders - RDC/TMD. The following variables were assessed: (1) The severity of the TMD - Fonseca's Anamnesis Index (FAI); (2) headache impact - Headache Impact Test 6 (HIT-6) and; (3) limitation of mandibular function - Mandibular Function Impairment Questionnaire (MFIQ). For data analysis was applied the descriptive statistics and the results were presented in average, standard deviation and absolute and relative frequencies. **Results:** Participated in the study 29 women with the average age of 37,14 ($\pm 13,874$) years. Most participants presented the mixed type of TMD (mainly combination muscle and joint disorders), followed by the group of muscle disorders. Average values of 72,9 on the FAI, 60,9 on the HIT-6 and 20,5 on the MFIQ were found. Severe TMD was found in 69% of the sample, 65,5% with severe impact of the headache and 55, 2% presented low mandibular function impairment. **Conclusion:** It was observed the predominance of mixed TMD diagnosis, severe impact of the headache, severe TMD and low mandibular function impairment.

Keywords: Temporomandibular disorders, headache, women, chronic pain.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de descrição do recrutamento e seleção da amostra	13
Quadro 1. Correlação para obtenção da limitação funcional mandibular	15
Figura 2. Classificação dos diagnósticos de DTM baseado no RDC/TMD	16
Tabela 1. Escores da severidade da DTM, limitação da função mandibular e do impacto da cefaleia das participantes	17
Tabela 2. Distribuição da amostra quanto a severidade da DTM, limitação da função mandibular e impacto da cefaleia	17

LISTA DE ABREVIATURAS

DTM - Disfunção Temporomandibular

ATM - Articulação Temporomandibular

CIC - Classificação Internacional de Cefaleias

DC / DTM - Critérios de Diagnóstico em Disfunção Temporomandibular

CCD - Cefaleia Crônica Diária

HIT-6 - Headache Impact Test 6

IAF - Índice Anamnésico de Fonseca

MFIQ - Questionário de Limitação Funcional Mandibular

HUB - Hospital Universitário de Brasília

UnB - Universidade de Brasília

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RDC/TMD - Critérios Diagnósticos para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular

ICM - Índice Craniomandibular

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MÉTODO	12
2.1 Desenho e local do estudo	12
2.2. Participantes	13
2.3. Procedimentos de avaliação	14
2.3.1 Avaliação dos sinais e sintomas da DTM	14
2.3.2 Avaliação da limitação funcional mandibular	14
2.3.3 Avaliação da severidade dos sintomas da DTM.....	15
2.3.4 Avaliação do impacto da cefaleia	15
2.4. Análise dos dados	16
3. RESULTADOS	16
4. DISCUSSÃO	18
5. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICES	25
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	25
APÊNDICE B – Ficha de Anamnese	27
ANEXOS	28
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	28
ANEXO B – Critérios Diagnósticos para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD)	33
ANEXO C – Questionário de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ)	40

ANEXO D – Índice Anamnésico de Fonseca (IAF)	41
ANEXO E – Headache Impact Test 6 (HIT-6)	42
ANEXO F – Normas da Revista Científica.....	43

1. INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é definida por um conjunto de alterações funcionais relacionadas à articulação temporomandibular (ATM), sistema mastigatório e estruturas associadas¹. A prevalência de sinais e sintomas de DTM é maior em mulheres que em homens². Causas anatômicas, comportamentais, hormonais e psicossociais podem estar relacionadas ao aumento desses índices no sexo feminino, elas são três vezes mais propensas à dor miofascial e chegam a ser aproximadamente nove vezes mais afetadas que os homens em casos de maior gravidade^{3,4}.

A cefaleia está entre os sintomas mais comuns da DTM, na literatura já existe uma relação estabelecida entre estas condições⁵. A Classificação Internacional de Cefaleias (CIC), descreve a dor de cabeça devido à alteração na função da ATM e músculos mastigatórios como uma cefaleia secundária⁶. Nesse contexto, recentemente, a cefaleia atribuída à DTM foi incluída entre as classificações diagnósticas na nova versão do instrumento padrão ouro para diagnóstico clínico da DTM - Critérios de Diagnóstico em Disfunção Temporomandibular (DC / DTM), ainda sem tradução para o português brasileiro – destacando que a dor de cabeça está associada as dores musculares orofaciais e articulares da ATM⁷ e que esta condição pode ser considerada uma comorbidade da DTM⁸.

Outros tipos de cefaleia, tais como a migrânea e a cefaleia tensional, também são mais comuns em indivíduos com DTM⁹. Os autores⁹ investigaram 158 indivíduos com DTM 68 controles e observaram que no grupo com DTM, 85,5% tinham cefaleia, sendo os subtipos mais comuns a migrânea (55,3%) seguida pela cefaleia tensional (30,2%). Uma maior prevalência de DTM em pacientes com cefaleia também tem sido demonstrada^{10,11}, especificamente, indivíduos com migrânea crônica, possuem três vezes mais risco de apresentar DTM, tendo sintomas mais severos quando comparados aqueles indivíduos assintomáticos¹¹.

No contexto da avaliação das DTMs, é importante mensurar a severidade desta condição, bem como da cefaleia. Foi demonstrado que em pacientes com DTM miofascial, existe associação entre a severidade da disfunção temporomandibular com a maior frequência de episódios de enxaqueca e cefaleia crônica diária (CCD)¹². Poucos estudos têm utilizado o Headache Impact Test 6 (HIT-6)¹³ para investigar a severidade da cefaleia em pacientes com DTM. Em um ensaio clínico randomizado, os pacientes avaliados na linha de base apresentaram escores indicativos de impacto severo da cefaleia (acima de 60 pontos)¹⁴. Isto

indica que abordagens específicas para o manejo da cefaleia, devem ser incluídas na reabilitação das DTMs.

Achados de um estudo epidemiológico¹⁵ realizado com uma amostra comunitária de 701 mulheres, evidenciaram que 59,6% das entrevistadas apresentavam sinais e sintomas de DTM. De acordo com o Índice Anamnésico de Fonseca (IAF)¹⁶, 63% foram classificadas com DTM leve, 26,8% moderada e 9,3% severa. Com relação a função mandibular, com o uso do Questionário de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ)¹⁷ 91% apresentaram baixa limitação, 7,1% moderada e 1,9% severa. Os autores concluíram que 43% da variação na severidade da DTM em mulheres de uma população comunitária pode ser predita por variáveis relacionadas à saúde bucal e à limitação da função mandibular.

A limitação da função mandibular está relacionada à mecânica da mandíbula e pode causar prejuízos na função mastigatória, na comunicação e aparência facial¹⁸. Durante os movimentos mandibulares, a dor e limitação na abertura da boca, diminuição da força da mordida e desvios no movimento podem levar a limitação da função mandibular, por isso o MFIQ tem sido utilizado para analisar o impacto da dor relacionada à DTM e fornece informações sobre a severidade da limitação funcional¹⁴.

Neste contexto, ressalta-se a importância de investigar a severidade da DTM e da cefaleia, bem como compreender o grau das limitações da função mandibular se manifestam em mulheres com DTM. Desta forma este estudo tem por objetivo descrever o perfil de mulheres com DTM crônica em relação ao impacto da cefaleia, a severidade da DTM e o comprometimento da função mandibular.

2. MÉTODO

2.1 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, caracterizado pela aplicação de questionários auto aplicáveis e exame físico. As avaliações foram realizadas no Serviço de Reabilitação do Hospital Universitário de Brasília (HUB) de janeiro a novembro de 2019. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília (UnB) sob parecer n. 3.095.054 (ANEXO A). Os sujeitos selecionados receberam os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

2.2 Participantes

O recrutamento da amostra foi realizado na Odontoclínica do HUB por meio de convite aos pacientes em atendimento ou por meio de contato telefônico aos que estavam em lista de espera e outras fontes de recrutamento.

Os critérios de inclusão e exclusão foram identificados através de uma anamnese inicial (APÊNDICE B). Para inclusão no presente estudo foram selecionadas mulheres com idade entre 18 e 59 anos que apresentavam queixa de dor constante ou recorrente relacionada à DTM na região orofacial por no mínimo 3 meses. Foram critérios de exclusão a presença de comprometimento neuropsicomotor; histórico de fratura, trauma e/ou cirurgia na região craniofacial e cervical; histórico de doenças sistêmicas tais como artrite reumatoide ou lúpus eritematoso, fibromialgia e gestação.

Dentre as 77 voluntárias elegíveis para a pesquisa, 48 foram excluídas, 3 por sinais de comprometimento neuropsicomotor, 5 por diagnóstico de doenças sistêmicas, 1 por fibromialgia, 5 por traumas e/ou cirurgia na região craniofacial e cervical, 20 pela idade e 14 não tiveram interesse em participar do estudo. A Figura 1 apresenta o processo de seleção da amostra.

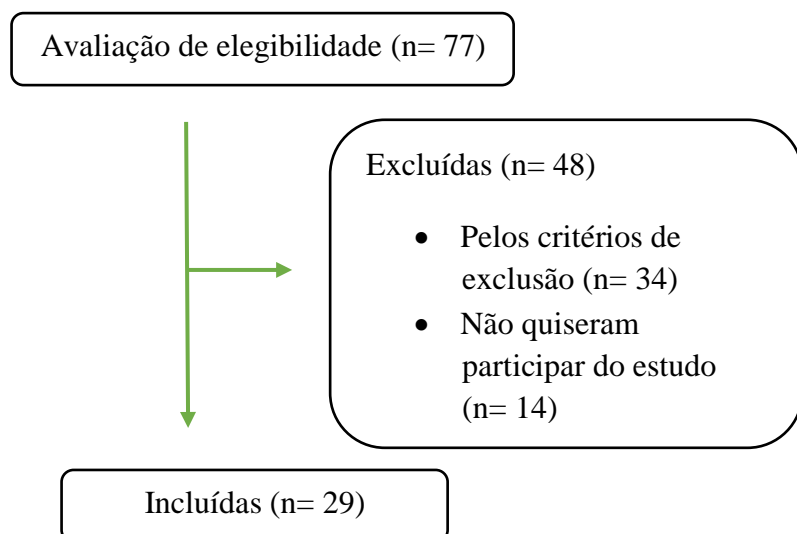


Figura 1. Fluxograma de descrição do recrutamento e seleção da amostra

2.3 Procedimentos de avaliação

As participantes foram avaliadas em um único momento e inclui os seguintes instrumentos: (1) Critérios Diagnósticos para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD), (2) Questionário de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ), (3) Índice Anamnésico de Fonseca (IAF) e (4) Headache Impact Test 6 (HIT-6).

2.3.1 Avaliação dos sinais e sintomas da DTM

Durante a avaliação clínica, os sinais e sintomas de DTM foram identificados por meio do protocolo RDC/TMD¹⁹ (Anexo B), para classificar os subgrupos de DTM⁷.

O RDC considera o padrão de abertura, amplitude mandibular, ruídos articulares e sensibilidade dolorosa à palpação articular e muscular, examinados através do exame clínico do RDC/TMD (Eixo I). O processo de avaliação foi realizado por um pesquisador treinado conforme as orientações do International RDC-TMD Consortium. Após a avaliação desses fatores as participantes foram classificadas em três grupos diagnósticos: Distúrbios musculares (Grupo I); Deslocamentos de disco (Grupo II) e Distúrbios articulares (Grupo III)¹⁹.

2.3.2 Avaliação da limitação funcional mandibular

Para averiguar o grau de limitação funcional da mandíbula foi utilizada a versão brasileira do MFIQ¹⁷ (Anexo C), que contém 17 questões envolvendo diferentes funções mandibulares como mastigação de alimentos de diferentes consistências, fala, atividades de vida diária e sociais, dentre outras. As opções de resposta em relação a dificuldade nessas funções eram: nenhuma, um pouco, bastante, muita e muitíssima, pontuando respectivamente de 0 a 4. O escore total é obtido somando-se os valores das respostas, podendo chegar a 68 pontos. Através da soma das pontuações é realizado o cálculo do índice C ($C = S/N.4$), onde S é a pontuação total, N refere-se ao número de questões respondidas, e o número 4 é correspondente a pontuação máxima possível em cada resposta. Correlacionando as variações do índice C com determinados conjuntos de respostas (regras) é possível obter o grau de acometimento funcional (0 a 5) e com ele chega-se ao grau de limitação da função mandibular, podendo ser dividido em limitação baixa (0 a 1), moderada (2 a 3) e severa (4 a 5) (Quadro 1)²⁰.

Conjunto de respostas	Variações do Índice C	Grau de acometimento funcional
Todas as R com pontuação < 2	$C \leq 0,3$	0
Pelo menos uma R ≥ 2	$C \leq 0,3$	1
Todas as R com pontuação < 3	$0,3 < C \leq 0,6$	2
Pelo menos uma R ≥ 3	$0,3 < C \leq 0,6$	3
Todas as R $\neq 4$	$C > 0,6$	4
Todas as R = 4	$C > 0,6$	5
Limitação da função mandibular	I - Baixo	0 a 1
	II - Moderado	2 a 3
	III - Severo	4 a 5

Quadro 1. Correlação para obtenção da limitação funcional mandibular (Adaptado de Chaves, T; De Oliveira, A; Grossi, D, 2008²⁰).

2.3.3 Avaliação da severidade dos sintomas da DTM

O Índice Anamnésico de Fonseca¹⁶ (Anexo D) é um instrumento rápido e de fácil aplicação, que permite caracterizar a severidade dos sintomas da DTM, possui 10 perguntas com 3 respostas e pontuações: sim (10), não (0) e às vezes. A severidade da DTM é classificada com base na pontuação final: 0 a 15 pontos – sem DTM; 20 a 40 pontos - DTM leve; 45 a 65 - DTM moderada; 70 a 100 pontos -severa²¹.

2.3.4 Avaliação do impacto da cefaleia

O HIT-6¹³ (Anexo E) tem sido um instrumento utilizado para mensurar o impacto das dores de cabeça em indivíduos com DTM por meio de 6 questões que envolvem dor, estresse emocional, fadiga, impacto na vida social, cognição e funcionalidade nas atividades cotidianas, devido a sua fácil e rápida aplicação e por fornecer uma medida global da cefaleia na função social, vitalidade, cognição e no psicológico²². Cada questão tem 5 opções de respostas e suas respectivas pontuações: nunca (6), raramente (8), às vezes (10), muito frequentemente (11) e sempre (13). Com a somatória de todas as respostas pode-se chegar a 78 pontos, classificando o impacto da cefaleia nos indivíduos em: pouco ou nenhum impacto (menor ou igual a 49 pontos), algum impacto (entre 50 e 55), um impacto substancial (entre 56 e 59), e impacto severo (pontuações iguais ou maiores que 60)²³.

2.4 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi aplicada estatística descritiva, com estimativa das médias, Desvio Padrão (DP) e Intervalo de Confiança de 95%. Para as classificações de cada instrumento, os dados foram apresentados por frequências absolutas e relativas.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 29 mulheres com média de idade de 37,14 ($\pm 13,87$) anos. As classificações de diagnósticos de DTM, de acordo com o RDC/TMD, que se encontram na Figura 2, demonstraram que a maioria das participantes apresentaram DTM do tipo mista (dois ou mais diagnósticos simultaneamente), seguidas pelo grupo de distúrbios musculares.

Das 23 participantes com DTM mista, 13% (n= 3) tiveram diagnóstico no grupo I e II, 65,2% (n= 15) foram classificadas em I e III e 21,8% (n= 5) nos três grupos diagnósticos.

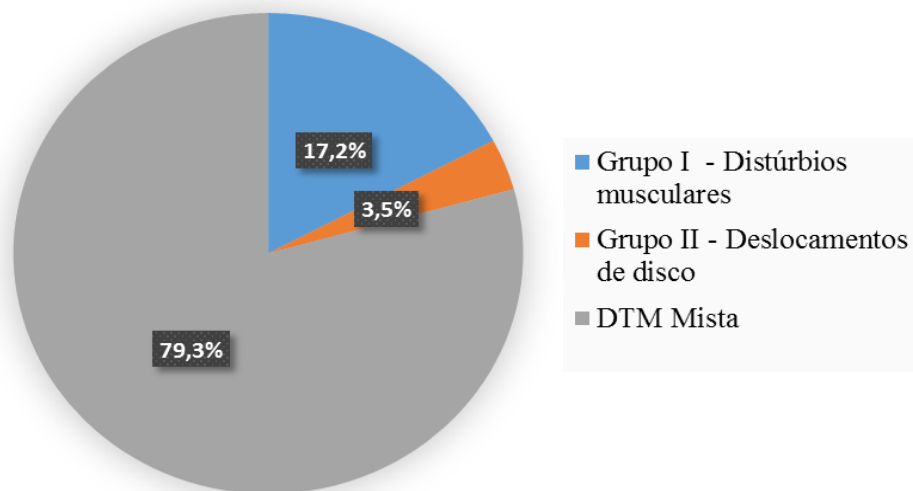


Figura 2. Classificação dos diagnósticos de DTM baseado no RDC/TMD

A tabela 1 descreve os resultados referentes aos escores de severidade da disfunção temporomandibular (IAF), limitação da função mandibular (MFIQ) e impacto da cefaleia (HIT-6). Em média, as voluntárias apresentaram valores indicativos de DTM severa no IAF, escore médio de 20,48 no MFIQ (de 68 pontos possíveis). Os valores médios do HIT-6 demonstraram um impacto severo da cefaleia.

Tabela 1. Escores da severidade da DTM, limitação da função mandibular e do impacto da cefaleia das participantes

Variáveis (n=29)	X (DP)	IC (95%)
IAF	72,93 (14,1)	67,54– 78,32
MFIQ	20,48 (10,8)	16,34 – 24,63
Hit-6	60,93 (8,9)	57,52 – 64,35

n: Número correspondente na amostra; IAF: Índice Anamnésico de Fonseca; MFIQ: Questionário de Limitação Funcional Mandibular; Hit-6: Headache Impact Test 6; X: Média; DP: Desvio padrão; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

Em relação a classificação da severidade da DTM, a maioria das voluntárias foram classificadas com DTM severa (69%). No MFIQ, a maior parte da amostra apresentou grau de limitação mandibular baixo. O Headache Impact Test 6 mostrou que o impacto da cefaleia foi severo em 65,5% das participantes (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra quanto a severidade da DTM, limitação da função mandibular e impacto da cefaleia

Variáveis	n (%)
IAF	
DTM Leve	1 (3,4%)
DTM Moderada	8 (27,6%)
DTM Severa	20 (69%)
MFIQ (Limitação)	
Baixa	16 (55,2%)
Moderada	13 (44,8%)
Severa	0 (0%)
HIT-6 (Impacto)	
Pouco ou nenhum	3 (10,4%)
Algum	5 (17,2%)
Substancial	2 (6,9%)
Severo	19 (65,5%)

n: Número correspondente na amostra; %: Porcentagem na amostra; IAF: Índice Anamnésico de Fonseca; DTM: Disfunção Temporomandibular; MFIQ: Questionário de Limitação Funcional Mandibular; HIT-6: Headache Impact Test 6.

4. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de mulheres com DTM crônica em relação ao impacto da cefaleia, severidade da DTM e o comprometimento da função mandibular.

Nós encontramos maior frequência de DTM mista, principalmente a associação de DTM miofascial com artralgia. Quadros mistos de DTM também foram predominantes em estudo que avaliou uma amostra de 300 indivíduos, em que 58,3% dos pacientes tinham disfunção temporomandibular mista, com combinação similar ao presente estudo¹². Outros estudos mostram predomínio do grupo dor miofascial, seguidas do articular e deslocamento de disco. Porém diferente do nosso estudo, não apresentaram uma classificação específica dentro dos diagnósticos de DTM mista^{24,25,26}.

Pacientes com DTM miofascial e DTM mista, com componente miofascial apresentam uma maior prevalência de bruxismo que os outros tipos de DTM. O bruxismo, é um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento de DTM e dores miofasciais²⁷. A contração isométrica mantida, especialmente no bruxismo de vigília (apertamento), contribui para o aumento da tensão e hiperatividade dos músculos mastigatórios, consequentemente, isso pode ocorrer um aumento da pressão articular. Isto poderia explicar a maior frequência de combinação de diagnósticos de DTM miofascial e artralgia que encontrados em nosso estudo.

Verificamos um maior percentual de DTM severa de acordo com o IAF. Estudos que aplicaram o IAF em amostras compostas por universitários^{28,29} e policiais militares²¹ encontraram uma prevalência de grau de leve, seguidas das classificações moderada e severa, consecutivamente^{21,28,29}, discordando de nossos resultados. Dois desses estudos, quando compararam a severidade da DTM entre os sexos, mostraram que as mulheres apresentaram maior percentual de DTM moderada e severa que os homens^{28,29}. Ainda, um estudo utilizando o Índice Craniomandibular (ICM), outro instrumento que mensura a severidade da DTM, verificou que mulheres apresentaram maior frequência de DTM moderada (56%), seguidas de DTM grave (26%) e DTM leve (18%)³⁰.

Em relação a maior frequência do grau severo de DTM em nosso estudo, dois pontos devem ser considerados. Primeiro, nossa amostra foi constituída por mulheres com dor crônica, que costumam apresentar graus mais severos de DTM^{28,29,30}. O segundo ponto a ser considerado é que a amostra foi composta principalmente por indivíduos que aguardavam avaliação e tratamento odontológico para DTM em uma clínica de hospital terciário. É

possível supor que estes pacientes apresentassem quadros de maior complexidade e cronicidade, compatíveis com uma maior severidade da disfunção.

Estudos prévios que utilizaram o *Headache Impact Test* encontraram resultados similares aos nossos, evidenciando uma média maior que 60 pontos, que indica um impacto severo da cefaleia^{14,31}. Outro estudo realizado com indivíduos com DTM crônica, relatou escore médio de 56,4, que corresponde a um impacto substancial³². Do ponto de vista neuroanatômico, a relação entre DTM e a cefaleia pode ser explicada pelas conexões entre estruturas craniocervicais e mandibulares no núcleo caudal trigeminal, que recebe aferências nociceptivas da cabeça e da face, de modo que os sintomas nestas estruturas podem propagar-se mutuamente³³. Tem sido demonstrado que quadros de migrânea podem levar à uma ativação do sistema trigeminal, devido a uma liberação inflamatória, causando alodinia e maior sensibilidade na ATM e nos músculos mastigatórios¹². Nesse estudo com pacientes que procuraram atendimento devido à dor orofacial, os autores confirmaram que maiores níveis de DTM dolorosa foram associados ao aumento da gravidade de qualquer tipo de dor de cabeça e verificaram ainda que a DTM dolorosa e o grau de dor crônica na DTM foram associados ao diagnóstico de cefaleia e ao aumento de sua frequência¹².

Em nosso estudo, mulheres com dor crônica apresentaram uma pontuação média de 20,48 no MFIQ. Resultados semelhantes foram encontrados na avaliação de linha de base de ensaios clínicos com pacientes com DTM e queixas de dor orofacial (scores de 18,5 a 21,9 pontos). Tais achados assim como em nosso estudo, um baixo prejuízo na função mandibular^{14,34,35}. Entretanto, quando consideradas as frequências das classificações de limitação funcional, verificamos que a distribuição de pacientes nas classificações de baixa e moderada limitação mandibular foi semelhante e nenhuma classificação severa foi encontrada.

Este é um resultado interessante pois apesar de a maioria das voluntárias serem classificadas com DTM severa, a limitação funcional mandibular foi baixa e moderada. Visto que a amostra foi composta predominantemente por mulheres com DTM miofascial associada à artralgia, e que nestes quadros. Geralmente não há uma grande limitação do movimento mandibular, isto poderia explicar o baixo comprometimento em relação às funções mandibulares como a mastigação e abertura bucal, avaliados pelo MFIQ.

O presente estudo se propôs a descrever o impacto da cefaleia, severidade da DTM e limitação da função mandibular em um grupo de mulheres com DTM crônica. Tratam-se de resultados parciais de um estudo em andamento. Acreditamos que com um maior tamanho amostral seja possível compreender melhor a associação entre estas variáveis. Além disso,

comparações com outros estudos relativas ao impacto da cefaleia em pacientes com DTM foram limitadas, pois o HIT-6 ainda é pouco utilizado.

5. CONCLUSÃO

Nossos achados demonstraram predominância de diagnósticos de DTM mista, classificadas principalmente como severas. Verificamos uma maior frequência de impacto severo da cefaleia e baixa limitação da função mandibular em mulheres com DTM crônica.

REFERÊNCIAS

1. CARRARA, Simone Vieira; CONTI, Paulo César Rodrigues; BARBOSA, Juliana Stuginski. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Dental Press J Orthod**, v. 15, n. 3, p. 114-20, 2010.

2. WIECKIEWICZ, Mieszko et al. Prevalence and correlation between TMD based on RDC/TMD diagnoses, oral parafunctions and psychoemotional stress in Polish university students. **BioMed research international**, 2014.

3. VELLY, Ana M.; GORNITSKY, Mervyn; PHILIPPE, Pierre. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. **Pain**, v. 104, n. 3, p. 491-499, 2003.

4. NOMURA, Kariny et al. Use of the Fonseca's questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in Brazilian dental undergraduates. **Braz. Dent. J.** v. 18, n. 2, p. 163-167, 2007.

5. SPECIALI, José G.; DACH, Fabíola. Temporomandibular dysfunction and headache disorder. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 55, p. 72-83, 2015.

6. HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). **Cephalalgia** 33, 629-808, 2013.

7. SCHIFFMAN, Eric et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. **Journal of oral & facial pain and headache**, v. 28, n. 1, p. 6, 2014.

8. GONÇALVES, Daniela AG et al. Headache and symptoms of temporomandibular disorder: an epidemiological study. **Headache: the journal of head and face pain**, v. 50, n. 2, p. 231-241, 2010.

9. FRANCO, Ana L. et al. Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders. **Journal of orofacial pain**, v. 24, n. 3, 2010.

10. GLAROS, A. G.; URBAN, D.; LOCKE, J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioural overlap. **Cephalalgia**, v. 27, n. 6, p. 542-549, 2007.

11. FLORENCIO, Lidiane Lima et al. Association between severity of temporomandibular disorders and the frequency of headache attacks in women with migraine: a cross-sectional

study. **Journal of manipulative and physiological therapeutics**, v. 40, n. 4, p. 250-254, 2017.

12. GONÇALVES, Daniela AG et al. Temporomandibular disorders are differentially associated with headache diagnoses: a controlled study. **The Clinical journal of pain**, v. 27, n. 7, p. 611-615, 2011.

13. KOSINSKI, M. et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6TM. **Quality of Life Research**. v. 12, n. 8, p. 963-974, 2003.

14. CALIXTRE, Letícia B. et al. Effectiveness of mobilisation of the upper cervical region and craniocervical flexor training on orofacial pain, mandibular function and headache in women with TMD. A randomised, controlled trial. **Journal of oral rehabilitation**, v. 46, n. 2, p. 109-119, 2018.

15. CAMPOS, Juliana Alvares Duarte et al. Epidemiology of severity of temporomandibular disorders in Brazilian women. **Headache**, v. 28, p. 147-152, 2014.

16. FONSECA DM, Bonfate G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev Gaucha Odontol**, 1994.

17. STEGENGA B, de Bont LG, de Leeuw R, Boering G. Assessment of mandibular function impairment associated with temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. **J Orofac Pain**, 1993.

18. CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini; CARRASCOSA, Andréa Corrêa; MAROCO, João. Validity and reliability of the Portuguese version of Mandibular Function Impairment Questionnaire. **Journal of oral rehabilitation**, v. 39, n. 5, p. 377-383, 2012.

19. DWORKIN S. F.; LERESCHE L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J. Craniomandib. Disord**, v. 6, n. 4, p. 301-355, 1992.

20. CHAVES, Thaís Cristina; DE OLIVEIRA, Anamaria Siriani; GROSSI, Débora Bevilaqua. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 92-100, 2008.

21. CAVALCANTI, Maria de Oliveira Alves et al. Grau de severidade da disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em policiais militares. RGO. **Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, n. 3, p. 351-356, 2011.

22. MARTIN, Marie et al. The Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) was psychometrically equivalent in nine languages. **Journal of clinical epidemiology**, v. 57, n. 12, p. 1271-1278, 2004.
23. RENDAS-BAUM, Regina et al. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6) in patients with chronic migraine. **Health and quality of life outcomes**, v. 12, n. 1, p. 117, 2014.
24. RODRIGUES-BIGATON, Delaine; DE CASTRO, Ester M.; PIRES, Paulo F. Factor and Rasch analysis of the Fonseca anamnestic index for the diagnosis of myogenous temporomandibular disorder. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 21, n. 2, p. 120-126, 2017.
25. SOARES, Thais Vidal et al. Correlação entre severidade da desordem temporomandibular e fatores psicossociais em pacientes com dor crônica. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 11, n. 3, p. 197-202, 2012.
26. BARROS, V. M. et al. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorder. **J of Orofac Pain**; 2009;, v. 23, n. (1):28-37., 2009.
27. MANFREDINI, Daniele et al. Prevalence of bruxism in patients with different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) diagnoses. **Cranio**, v. 21, n. 4, p. 279-285, 2003.
28. BIASOTTO-GONZALEZ, Daniela Aparecida et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2008.
29. MENEZES, Mariana Sampaio et al. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 183-187, 2008.
30. MAZZETTO, Marcelo Oliveira et al. Severity of TMD related to age, sex and electromyographic analysis. **Brazilian dental journal**, v. 25, n. 1, p. 54-58, 2014.
31. GARRIGÓS-PEDRÓN, Miriam et al. Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. **Journal of Oral & Facial Pain & Headache**, v. 32, n. 2, 2018.
32. GIL-MARTÍNEZ, Alfonso et al. Comparison between chronic migraine and temporomandibular disorders in pain-related disability and fear-avoidance behaviors. **Pain Medicine**, v. 18, n. 11, p. 2214-2223, 2017.

33. CAIRNS, B. E. Pathophysiology of TMD pain—basic mechanisms and their implications for pharmacotherapy. **Journal of oral rehabilitation**, v. 37, n. 6, p. 391-410, 2010.

34. DE LAAT, Antoon; STAPPAERTS, Karel; PAPY, Sven. Counseling and physical therapy as treatment for myofascial pain of the masticatory system. **Journal of orofacial pain**, v. 17, n. 1, 2003.

35. CALIXTRE, Letícia Bojikian et al. Effects of cervical mobilization and exercise on pain, movement and function in subjects with temporomandibular disorders: a single group pre-post test. **Journal of Applied Oral Science**, v. 24, n. 3, p. 188-197, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CEILÂNDIA

Projeto: Impacto de fatores psicossociais relacionados à dor crônica na disfunção temporomandibular
Instituição proponente: Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Pesquisador Responsável: Fernanda Pasinato

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: **Impacto de fatores psicossociais relacionados à dor crônica na disfunção temporomandibular**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Fernanda Pasinato**.

O projeto será composto por (1) uma avaliação baseada em questionários sobre fatores psicossociais associados a disfunção temporomandibular e sobre a função da sua mandíbula e pescoço e (2) uma avaliação física da região de cabeça e pescoço.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista e uma avaliação inicial, na qual será verificada presença de queixas envolvendo a região da mandíbula, cabeça e pescoço e condição de saúde em geral. Após essa avaliação, você será instruído verbalmente sobre todos os procedimentos do estudo e convidado a participar. O procedimento para diagnóstico da disfunção temporomandibular será realizado através de um questionário referente a sinais e sintomas e aspectos psicossociais, além de exame físico da articulação temporomandibular (ATM) e músculos da face. Você será submetido a alguns testes funcionais que visam avaliar seu limiar de dor na face e a amplitude de movimento mandibular bem como a palpação dos músculos destas regiões. Para identificar fatores como o medo de movimentar a mandíbula, crenças sobre a sua dor, qualidade de vida e funções da sua mandíbula e pescoço, você responderá a alguns questionários. Também será avaliado seu nível de atividade física através de um questionário.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: cansaço devido à realização dos procedimentos de avaliação, chance de dor ou desconforto local durante os procedimentos de avaliação e eventualmente durante a realização dos movimentos mandibulares. Para diminuir o risco desses desconfortos, faremos intervalos para descanso entre a realização dos testes funcionais. Caso você sinta qualquer tipo de desconforto ou mal-estar, as avaliações serão imediatamente interrompidas, considerando que haverá o monitoramento constante por um pesquisador.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Rubrica _____

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, seja na entrevista ou no exame físico. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa, a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na UNB Universidade de Brasília, FCE, Faculdade de Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Nossos achados serão muito importantes para a Fisioterapia, pois poderemos direcionar a prática clínica com base em evidências científicas.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Fernanda Pasinato (61) 983474670 na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-3300 e/ou (61) 984288422, e-mail fepasinato@gmail.com disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h: 00 às 18h: 00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Fernanda Pasinato

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – Ficha de Anamnese



Ambulatório de Fisioterapia de Cabeça e Pescoço

Fisioterapeuta responsável: Camilla E. Apolinário

Professor responsável: Fernanda Pasinato

Ficha de Avaliação Cervico-crânio-mandibular

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Nº Prontuário: _____ Cartão do SUS: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Tel: _____

2. DADOS CLÍNICOS

Encaminhamento: _____

Diagnóstico Clínico: _____

3. ANAMNESE:

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HMA: _____

() Bruxismo noturno () Apertamento () História de Travamento

Histórico de doenças sistêmicas (artrite reumatoide, lúpus, fibromialgia...): _____

Histórico traumas na região mandibular e crânio-cervical: () fratura () trauma/lesão () cirurgia

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto de fatores psicossociais relacionados à dor crônica na disfunção temporomandibular

Pesquisador: Fernanda Pasinato

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02892518.4.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER


Número do Parecer: 3.095.054

Apresentação do Projeto:

Os mecanismos envolvidos na experiência de dor produzida nas Disfunções Temporomandibulares (DTM) ainda não estão bem estabelecidos, porém acredita-se que a percepção dolorosa amplificada e alterações na atividade cerebral estejam envolvidas. O presente projeto tem como objetivos descrever e analisar os fatores psicossociais relacionados à dor crônica (cinesiofobia, catastrofização) em indivíduos com disfunção temporomandibular. Adicionalmente será verificado o impacto destes fatores e do nível de atividade física na qualidade de vida, na dor e função cranio-cervicomandibular. Trata-se de um estudo observacional transversal. Serão selecionados indivíduos de ambos os gêneros na faixa etária de 18-59 anos com queixa de dor constante ou recorrente relacionada à DTM há mais de 3 meses. Os participantes do estudo serão avaliados no Serviço de Reabilitação do HuB. A avaliação da intensidade da dor orofacial será realizada pela escala visual numérica de dor e pela avaliação do limiar de dor à pressão nos músculos mastigatórios e ATM (algometria). Ainda serão avaliados fatores relacionados à dor crônica: a presença de sensibilização central será avaliada pelo Inventário de sensibilização central, a cinesiofobia será avaliada pela aplicação do questionário Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK/TMD) e a catastrofização será avaliada pela Escala de Pensamento Catastrófico. Os desfechos qualidade de vida, impacto da cefaleia, incapacidade cervical e nível de atividade física serão avaliados por meio de escalas validadas correspondentes. Os resultados serão analisados descritivamente e posteriormente análises de correlação serão

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.095.054

realizadas. Será considerada uma significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises. Por meio dos resultados deste estudo esperamos enfatizar a importância de identificar fatores psicossociais relacionados à dor crônica e seu impacto sobre a dor orofacial e função cranlocervicomandibular. Adicionalmente esperamos identificar os fatores mais prevalentes nestes pacientes e que devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias de educação em dor como um recurso na prática clínica junto a pacientes com DTM crônica."

Objetivo da Pesquisa:

Geral

"Descrever e analisar os fatores psicossociais relacionados à dor crônica em indivíduos com disfunção temporomandibular."

Específicos:

- Avaliar a presença sensibilização central, cinesiofobia, catastrofização em pacientes com DTM crônica;
- Avaliar a intensidade da dor orofacial por meio da escala numérica de dor e algometria em indivíduos com DTM crônica;
- Avaliar a severidade da DTM e cefaleia no grupo pesquisado;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada ao estado de saúde no grupo estudado;
- Analisar a amplitude de movimento mandibular e função cranlocervicomandibular no grupo pesquisado;
- Analisar o impacto da cinesiofobia, catastrofização e sensibilização central na dor, nível de atividade física e função mandibular;
- Investigar o nível de atividade física dos voluntários do estudo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos previstos incluem: cansaço devido a realização dos procedimentos de avaliação, dor ou desconforto local durante os procedimentos de avaliação. Afim de minimizar os riscos faremos

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT0766
 Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.foe@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.095.054

Intervalos para descanso entre a realização dos testes funcionais.

Benefícios:

Como benefícios do estudo para os participantes ressaltam-se a oportunidade de conhecer e participar de uma avaliação diagnóstica completa do sistema craniocervical e mandibular. Indivíduos elegíveis e não elegíveis para participação do estudo serão convidados a participar de uma sessão de orientação sobre autocuidado e manejo da DTM e, quando necessário, serão encaminhados para atendimento junto ao Projeto de Extensão Atenção Fisioterapêutica nas Distúrbios Temporomandibulares e crânio-cervicais, que acontece no Serviço de Reabilitação do HuB.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de iniciação científica da pesquisadora responsável Prof. Fernanda Pasinato, e de sua equipe composta pelas pesquisadoras Camilla Esmeraldo Apolinário, Anne Cibele Silva Sousa, Camilla da Silva Barbosa, Francilayne de Araújo Lima e Cinthia Vieira realizado no Serviço de Reabilitação e Odontoclínica do HuB. A amostra será de 82 sendo recrutado 90 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.095.054

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1231177.pdf	18/12/2018 14:24:10		Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_2.pdf	18/12/2018 14:22:11	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias_CEP.pdf	14/12/2018 17:59:35	Fernanda Pasinato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocepsubmissao_pendencias.docx	14/12/2018 17:58:09	Fernanda Pasinato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_pendencias.docx	14/12/2018 17:55:40	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	lattescinthia.pdf	13/11/2018 20:05:52	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	lattes_camila_apollinario.pdf	13/11/2018 19:24:55	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	lattes_anne.pdf	12/11/2018 14:32:07	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Fran.pdf	12/11/2018 14:30:21	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	lattescamilabarbosa.pdf	12/11/2018 14:30:03	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Lattes_Fernanda_Pasinato.pdf	12/11/2018 14:29:00	Fernanda Pasinato	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_final.pdf	12/11/2018 12:32:39	Fernanda Pasinato	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	12/11/2018 12:23:32	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	ciencia_hub.pdf	12/11/2018 12:23:08	Fernanda Pasinato	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	12/11/2018 12:08:24	Fernanda Pasinato	Aceito
Brochura Pesquisa	anexos_proj_dtm_cep.docx	12/11/2018 12:06:16	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	cartaencaminhamentoprojeto.pdf	12/11/2018 10:59:12	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	concordancia_hub.pdf	12/11/2018 10:25:01	Fernanda Pasinato	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesq.pdf	12/11/2018 10:24:24	Fernanda Pasinato	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
 Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.foe@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.095.054

Aprovado


Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 19 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Dayani Galato
(Coordenador(a))

ANEXO B – Critérios Diagnósticos para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD)

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

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

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

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

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

EXAME CLÍNICO																					
1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?																					
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Nenhum Direito Esquerdo Ambos																				
2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Direito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td><td>Articulação</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td><td>Músculos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Direito		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Articulação	<input type="checkbox"/> 2	Músculos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td><td>Articulação</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td><td>Músculos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Esquerdo		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Articulação	<input type="checkbox"/> 2	Músculos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos
Direito																					
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1	Articulação																				
<input type="checkbox"/> 2	Músculos																				
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																				
Esquerdo																					
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1	Articulação																				
<input type="checkbox"/> 2	Músculos																				
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																				
3. Padrão de abertura:																					
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Reto Desvio lateral direito (não corrigido) Desvio lateral direito corrigido ("S") Desvio lateral esquerdo (não corrigido) Desvio lateral esquerdo corrigido ("S") Outro tipo _____ (Especifique)																				
4. Extensão de movimento vertical																					
<i>Incisivo superior utilizado</i> <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 21																					
a. Abertura sem auxílio sem dor <input type="text"/> <input type="text"/> mm																					
b. Abertura máxima sem auxílio <input type="text"/> <input type="text"/> mm																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Dor Muscular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Muscular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Articular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos
Dor Muscular																					
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1	Direito																				
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																				
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																				
Dor Articular																					
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1	Direito																				
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																				
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																				
c. Abertura máxima com auxílio <input type="text"/> <input type="text"/> mm																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Dor Muscular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Muscular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Articular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos
Dor Muscular																					
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1	Direito																				
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																				
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																				
Dor Articular																					
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1	Direito																				
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																				
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																				
d. Trespasse incisal vertical <input type="text"/> <input type="text"/> mm																					

5. Ruídos articulares (palpação)	
a. abertura	
Direito	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 0 Nenhum	<input type="checkbox"/> 0 Nenhum
<input type="checkbox"/> 1 Estalido	<input type="checkbox"/> 1 Estalido
<input type="checkbox"/> 2 Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2 Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3 Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3 Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
<i>(Medida do estalido na abertura)</i>	
b. Fechamento	
Direito	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 0 Nenhum	<input type="checkbox"/> 0 Nenhum
<input type="checkbox"/> 1 Estalido	<input type="checkbox"/> 1 Estalido
<input type="checkbox"/> 2 Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2 Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3 Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3 Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
<i>(Medida do estalido no fechamento)</i>	
c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva	
Direito	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 0 Não	<input type="checkbox"/> 0 Não
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Sim
<input type="checkbox"/> 8 NA	<input type="checkbox"/> 8 NA
<i>(NA: Nenhuma das opções acima)</i>	
6. Excursões	
a. Excursão lateral direita <input type="text"/> <input type="text"/> mm	
Dor Muscular	Dor Articular
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
b. Excursão lateral esquerda <input type="text"/> <input type="text"/> mm	
Dor Muscular	Dor Articular
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
c. Protrusão <input type="text"/> <input type="text"/> mm	
Dor Muscular	Dor Articular
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos

d. Desvio de linha média mm

1 Direito

2 Esquerdo

3 NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

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

Ruídos esquerdo

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

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

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

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

8. Dor muscular extraoral com palpação	Direita				Esquerda			
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3

9. Dor articular com palpação

a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3

10. Dor muscular intraoral com palpação

a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3

ANEXO C – Questionário de Limitação Funcional Mandibular (MFIQ)

Item	Nível de dificuldade				
	Pontuação	Nenhuma (0)	Um pouco (1)	Bastante (2)	Muita (3)
Com relação a queixas de dores na mandíbula, quanto de dificuldade você apresenta para realizar as seguintes atividades:					
1 Atividades sociais					
2 Falar					
3 Dar uma boa mordida					
4 Mastigar comida dura					
5 Mastigar comida mole					
6 Trabalhar ou realizar atividades de vida diária					
7 Beber					
8 Rir					
9 Mastigar comida resistente					
10 Bocejar					
11 Beijar					
Comer inclui morder, mastigar e deglutir. Quanto de dificuldade você tem para comer os seguintes alimentos:					
1 Uma bolacha dura					
2 Um bife					
3 Uma cenoura crua					
4 Um pão francês					
5 Amendoim					
6 Uma maçã					

Soma das pontuações S = _____ = _____ + _____ + _____ + _____ + _____

Cálculo do índice: $C = S/N.4$, onde S = soma das pontuações obtidas e N = número de itens respondidos (divida a soma S encontrada pelo número de itens respondidos vezes 4)

ANEXO D – Índice Anamnésico de Fonseca (IAF)

Pergunta	Sim (10)	Não (0)	Às vezes (5)
Sente dificuldade para abrir a boca?			
Você sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?			
Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
Sente dores de cabeça com frequência?			
Sente dor na nuca outorcicolo?			
Tem dor de ouvido ou na região das articulações (ATMs)?			
Já notou se tem ruídos na ATM quando mastiga ou quando abre a boca?			
Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes (mascar chiclete, morder o lápis ou lábios, roer a unha)?			
Sente que seus dentes não se articulam bem?			
Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?			
Obtenção do índice:	Índice anamnésico		Grau de acometimento
Soma dos pontos atribuídos acima	0 - 15		Sem DTM
	20 - 40		DTM leve
	45 - 65		DTM moderada
	70 - 100		DTM severa

ANEXO E – Headache Impact Test 6 (HIT-6)

Este questionário foi elaborado para lhe ajudar a descrever e informar a maneira como você se sente e o que não pode fazer por causa de suas dores de cabeça.

Para cada pergunta, por favor, faça um "X" no quadrado que corresponde à sua resposta.

1 Quando você tem dor de cabeça, com que frequência a dor é forte?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

2 Com que frequência as dores de cabeça limitam sua capacidade de realizar suas atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos, ou atividades sociais?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

3 Quando você tem dor de cabeça, com que frequência você gostaria de poder se deitar para descansar?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

4 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu cansado(a) demais para trabalhar ou para realizar suas atividades diárias, por causa de suas dores de cabeça?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

5 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu que não estava mais agüentando ou se sentiu irritado(a) por causa de suas dores de cabeça?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

6 Durante as últimas 4 semanas, com que frequência suas dores de cabeça limitaram sua capacidade de se concentrar em seu trabalho ou em suas atividades diárias?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

▼ + ▼ + ▼ + ▼ + ▼

COLUNA 1 (6 pontos cada) COLUNA 2 (8 pontos cada) COLUNA 3 (10 pontos cada) COLUNA 4 (11 pontos cada) COLUNA 5 (13 pontos cada)

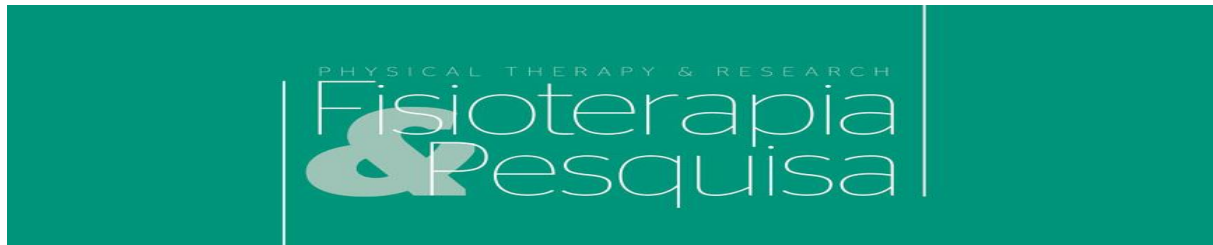
Para calcular o seu resultado, some por colunas os pontos das respostas.

Por favor, mostre ao seu médico os resultados do seu teste (HIT-6).

Total de Pontos

Quanto mais alto o total de pontos maior é o impacto da dor de cabeça em sua vida.

ANEXO F – Normas da Revista Científica



Instruções aos autores

Escopo e política

As submissões que atendem aos padrões estabelecidos e apresentados na Política Editorial da Fisioterapia & Pesquisa (F&P) serão encaminhadas aos Editores Associados, que irão realizar uma avaliação inicial para determinar se os manuscritos devem ser revisados. Os critérios utilizados para a análise inicial do Editor Associado incluem: originalidade, pertinência, metodologia e relevância clínica. O manuscrito que não tem mérito ou não esteja em conformidade com a política editorial será rejeitado na fase de pré-análise, independentemente da adequação do texto e qualidade metodológica. Portanto, o manuscrito pode ser rejeitado com base unicamente na recomendação do editor de área, sem a necessidade de nova revisão. Nesse caso, a decisão não é passível de recurso. Os manuscritos aprovados na pré-análise serão submetidos a revisão por especialistas, que irão trabalhar de forma independente. Os revisores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores para os revisores. Os Editores Associados irão coordenar o intercâmbio entre autores e revisores e encaminharam o pré parecer ao Editor Chefe que tomará a decisão final sobre a publicação dos manuscritos, com base nas recomendações dos revisores e Editores Associados. Se aceito para publicação, os artigos podem estar sujeitos a pequenas alterações que não afetarão o estilo do autor, nem o conteúdo científico. Se um artigo for rejeitado, os autores receberão uma carta do Editor com as justificativas. Ao final, toda a documentação referente ao processo de revisão será arquivada para possíveis consultas que se fizerem necessárias na ocorrência de processos éticos.

Todo manuscrito enviado para FISIOTERAPIA & PESQUISA será examinado pela secretaria e pelos Editores Associados, para consideração de sua adequação às normas e à

política editorial da revista. O manuscrito que não estiver de acordo com as normas serão devolvidos aos autores para adequação antes de serem submetidos à apreciação dos pares. Cabem aos Editores Chefes, com base no parecer dos Editores Associados, a responsabilidade e autoridade para encaminhar o manuscrito para a análise dos especialistas com base na sua qualidade e originalidade, prezando pelo anonimato dos autores e pela isenção do conflito de interesse com os artigos aceitos ou rejeitados.

Em seguida, o manuscrito é apreciado por dois pareceristas, especialistas na temática no manuscrito, que não apresentem conflito de interesse com a pesquisa, autores ou financiadores do estudo, apresentando reconhecida competência acadêmica na temática abordada, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade da avaliação. As decisões emitidas pelos pareceristas são pautadas em comentários claros e objetivos. Dependendo dos pareceres recebidos, os autores podem ser solicitados a fazerem ajustes que serão reexaminados. Na ocorrência de um parecerista negar e o outro aceitar a publicação do manuscrito, o mesmo será encaminhado a um terceiro parecerista. Uma vez aceito pelo Editor, o manuscrito é submetido à edição de texto, podendo ocorrer nova solicitação de ajustes formais, sem no entanto interferir no seu conteúdo científico. O não cumprimento dos prazos de ajuste será considerado desistência, sendo o artigo retirado da pauta da revista FISIOTERAPIA & PESQUISA. Os manuscritos aprovados são publicados de acordo com a ordem cronológica do aceite.

Responsabilidade e ética

O conteúdo e as opiniões expressas no manuscrito são de inteira responsabilidade dos autores, não podendo ocorrer plágio, autoplágio, verbatim ou dados fraudulentos, devendo ser apresentada a lista completa de referências e os financiamentos e colaborações recebidas. Ressalta-se ainda que a submissão do manuscrito à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

Os autores devem estar aptos a se submeterem ao processo de revisão por pares e, quando necessário, realizar as correções e ou justificativas com base no parecer emitido, dentro do tempo estabelecido pelo Editor. Além disso, é de responsabilidade dos autores a veracidade e autenticidade dos dados apresentados nos artigos. Com relação aos critérios de autoria, só é considerado autor do manuscrito aquele pesquisador que apresentar significativa contribuição para a pesquisa. No caso de aceite do manuscrito e posterior publicação, é

obrigação dos autores, mediante solicitação do Editor, apresentar possíveis retratações ou correções caso sejam encontrados erros nos artigos após a publicação. Conflitos éticos serão abordados seguindo as diretrizes do Committee on Publication Ethics (COPE). Os autores devem consultar as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors* (www.icmje.org) e da *Comissão de Integridade na Atividade Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq* (www.cnpq.br/web/guest/diretrizes) ou do *Committee on Publication Ethics – COPE* (www.publicationethics.org).

Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Metodologia, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. As pesquisas com humanos devem trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal. Reserva-se à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais.

Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico na folha de rosto no momento da submissão. A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA aceita qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (por ex. <http://clinicaltrials.gov>). A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>.

O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes deve ser evitado. Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão. A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser

acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais dos autores do manuscrito.

A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA publica, preferencialmente, Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises e Artigos Metodológicos, sendo que as Revisões Narrativas só serão recebidas, quando os autores forem convidados pelos Editores. Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor e Resumos de Eventos como Suplemento.

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação: O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter: **a)** título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; **b)** título condensado (máximo de 50 caracteres); **c)** nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor); **d)** instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país; **e)** afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título; **f)** endereço postal e eletrônico do autor correspondente; **g)** indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso; **f)** indicação de eventual apresentação em evento científico; **h)** no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclnicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials* (<http://clinicaltrials.gov>).
OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida

pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3 – Resumo, abstract, descritores e keywords: A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords* (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – Estrutura do texto: Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal: **a) Introdução** – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo; **b) Metodologia** – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística; **c) Resultados** – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos; **d) Discussão** – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo; **e) Conclusão** – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas: Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais

abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas: As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos: Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências. O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

Envio dos manuscritos

Os autores devem encaminhar dois arquivos que contenham o manuscrito (texto + tabelas + figuras) sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas. Para a submissão do manuscrito, o autor deve acessar a Homepage da SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/fp/login>), ou link disponibilizado abaixo, com o seu login e senha. No primeiro acesso, o autor deve realizar o cadastro dos seus dados. Juntamente com o manuscrito, devem ser enviados no item 4 do processo de submissão – TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES, os três arquivos listados abaixo (Download), devidamente preenchidos e assinados, bem como o comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

a) Carta de Encaminhamento (Download) – informações básicas sobre o manuscrito.

b) Declaração de Responsabilidade e Conflito de Interesses (Download) – é declarada a responsabilidade dos autores na elaboração do manuscrito, bem como existência ou não de eventuais conflitos de interesse profissional, financeiro ou benefícios diretos ou indiretos que possam influenciar os resultados da pesquisa.

c) Declaração de Transferência de Direitos Autorais (Download)- é transferido o direito autoral do manuscrito para a Revista Fisioterapia & Pesquisa / Physical Therapy & Research, devendo constar a assinatura de todos os autores.