



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

FRANCIELE CERQUEIRA DA SILVA

IDADE E PERIL NEUROSENSORIAL DE MULHERES COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Salvador

2017

FRANCIELE CERQUEIRA DA SILVA

**IDADE E PERIL NEUROSENSORIAL DE MULHERES COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Trabalho de conclusão de graduação em Fonoaudiologia,
Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da
Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel
em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvia Damasceno Benevides

Salvador
2017

SUMÁRIO

1.0 FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO	4
2.0 RESUMO / ABSTRACT E DESCRITORES / KEYWORDS	6
2.1 RESUMO.....	6
2.2 ABSTRACT	7
3.0 INTRODUÇÃO	8
4.0 MÉTODOS	10
5.0 RESULTADOS	14
6.0 DISCUSSÃO.....	15
7.0 CONCLUSÃO.....	18
AGRADECIMENTOS.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
TABELA 1	22
TABELA 2	23
TABELA 3	24
FIGURA 1	25
ANEXO A - INSTRUÇÕES AOS AUTORES (Audiology Communication Research)	26
ANEXO B - Cópia de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	31
ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido	38
ANEXO D – Protocolos utilizados para a coleta de dados	41
ANEXO E – Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso.....	49

1.0 FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

IDADE E PERFIL NEUROSENSORIAL DE MULHERES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

AGE AND NEUROSENSORY PROFILE OF WOMEN WITH TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION

Título resumido: Idade e percepção sensorial

FRANCIELE CERQUEIRA DA SILVA¹, SILVIA DAMASCENO BENEVIDES².

(1) Curso de Fonoaudiologia do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador, Bahia (BA), Brasil.

(2) Curso de Fonoaudiologia do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador, Bahia (BA), Brasil.

Trabalho realizado no Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador, Bahia (BA), Brasil.

Endereço para correspondência:

Franciele Cerqueira da Silva

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela, Salvador, Bahia (BA), Brasil, CEP: 40110-100.

E-mail: francielecerqueira17@gmail.com

Declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor: Declaramos que as partes não possuem conflitos de interesse.

Contribuição de cada autor: A autora 1 realizou a pesquisa, análise e escrita dos estudos sobre o tema. A autora 2 orientou e revisou toda a pesquisa.

2.0 RESUMO / ABSTRACT E DESCRITORES / KEYWORDS

2.1 RESUMO

Objetivo: verificar se a idade é uma variável dependente para o perfil sensorial. **Métodos:** trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e analítico. A amostra foi composta por 33 mulheres com idades entre 18 e 60 anos, distribuídas entre o grupo com disfunção temporomandibular contendo 18 participantes e o grupo controle com 15. Os procedimentos aplicados foram o Critério de Diagnóstico de Pesquisa para Disfunções Temporomandibulares (eixo I e II), o Questionário Anamnésico de Fonseca, a Escala Visual Analógica de Dor e o Teste Sensorial Quantitativo. Posteriormente, foi realizada a análise estatística por meio dos testes ANOVA e U de Mann-Whitney, com valor significativo de $p \leq 0,05$.

Resultados: a variabilidade neurossensorial foi dependente da idade para o limiar de detecção mecânica do lado direito. As mulheres com disfunção temporomandibular apresentaram limiares mais elevados, durante a comparação, para os seguintes parâmetros do teste sensorial quantitativo: limiar de detecção mecânica do lado direito; supra limiar doloroso e alodínia térmica ao calor em ambos os lados. **Conclusão:** identificou-se a idade como variável dependente apenas para o limiar de detecção mecânica, do lado direito. Contudo, é necessário ampliar o repertório de pesquisas para o perfil somatossensorial das mulheres com Disfunção da articulação temporomandibular, contribuindo para o tratamento adequado, baseado na compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da dor.

Descritores: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Limiar Sensorial; Mulheres; Nociceptores; Envelhecimento.

2.2 ABSTRACT

Purpose: to verify if age is a dependent variable for the sensory profile.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive and analytical study. The sample consisted of 33 women aged between 18 and 60 years, distributed among the group with temporomandibular dysfunction containing 18 participants and the control group with 15. The procedures applied were the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (axis I and II), Anamnestic Questionnaire of Fonseca, Scale Visual Analog Pain and Quantitative Sensorial Test. Subsequently, the statistical analysis was performed using the ANOVA and Mann-Whitney U tests, with a significant value of $p < 0.05$.

Results: sensorineural variability was age dependent for the mechanical detection threshold of the right side. Women with temporomandibular dysfunction presented higher thresholds, during the comparison, for the following quantitative sensorial test parameters: right-hand mechanical detection threshold; supra threshold of pain and heat allodynia on both sides.

Conclusion: age was identified as a dependent variable only for the mechanical detection threshold, on the right side. However, it is necessary to expand the repertoire of research for the somatosensory profile of women with temporomandibular joint dysfunction, contributing to the appropriate treatment, based on the understanding of the pathophysiological mechanisms of pain.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction; Neurosensory Profile; Women; Nociceptors; Aging.

3.0 INTRODUÇÃO

A Disfunção temporomandibular (DTM) é classificada como um arranjo de distúrbios que abrange a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e estruturas associadas. Sua etiologia é multifatorial podendo estar relacionada a traumas na região da ATM, hábitos parafuncionais e fatores psicossociais como ansiedade e depressão. O diagnóstico é estabelecido por meio de protocolos, questionários anamnésicos e exame clínico⁽¹⁾.

A DTM apresenta maior prevalência em pessoas com idade de 20 a 40 anos, acometendo preferencialmente mulheres, o que não descarta a possibilidade do seu aparecimento em outras fases da vida⁽²⁾. Os sintomas mais referidos são: dor orofacial, cefaleia, dificuldade na mastigação e otalgia. Seus sinais podem estar caracterizados por uma sensibilidade durante a palpação na musculatura mastigatória e na ATM, ruídos articulares e por alterações dos movimentos mandibulares. A mesma porta como característica principal a dor⁽³⁾.

Existem duas condições dolorosas que são encontradas também na DTM, a aguda decorrente de uma lesão e a crônica que não necessariamente precisa ter uma lesão em curso para que ocorra a sensação dolorosa, já que esta persiste após a exclusão da causa. A dor, então, é entendida como uma sensação experimentada e a nocicepção seria a transmissão de impulsos em resposta a um estímulo nocivo a serem processadas pelo Sistema Nervoso Central (SNC), o processo crônico dessa dor vai se estabelecer por meio da sensibilização central⁽⁴⁾.

Os neurônios aferentes primários possuem axônios diferentes divididos em fibras: A-alfa, A-beta e A-gama que conduzem estímulos de propriocepção e tato, são mielinizadas e possuem uma condução rápida; as fibras A-delta, pouco mielinizada, e a C, não mielinizada, conduzem estímulos dolorosos e são mais

lentas^(4,5). Para desencadear a condução nervosa é essencial que o estímulo alcance o limiar de percepção sensorial, este pode ser analisado através de Testes Sensoriais Quantitativos (TSQ) padronizados na literatura com o propósito de delinear a função somatossensorial. Entretanto, o limiar sensorial pode sofrer alterações de acordo com o sexo, fatores endócrinos e idade cronológica^(6,7).

A idade parece ser um fator importante, neste aspecto, onde o seu aumento promove variações nas capacidades sensoriais, sensório-motoras e intelectuais, devido à relação de interdependência que engloba essas funções e a idade. Ademais, destaca-se que os declínios cognitivos e sensoriais costumam acontecer no início da fase adulta, sendo possível observar sua ocorrência ainda mais cedo para as habilidades sensoriais⁽⁸⁾.

Observa-se a presença de diversos estudos na literatura^(9,10) que buscam analisar a associação entre o limiar sensorial com determinadas patologias e fatores fisiológicos, físicos e cronológicos. No entanto, pouco se aborda sobre a correlação entre a DTM e o perfil sensorial relacionado à idade.

Os objetivos desta pesquisa foram verificar se a idade é uma variável dependente para o perfil sensorial; descrever o perfil sensorial de mulheres com DTM e comparar o perfil neurossensorial entre o Grupo DTM (GDTM) e Grupo controle (GC).

4.0 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e analítico, que utilizou o banco de dados secundário da pesquisa intitulada “Atividade do cérebro em portadores de Disfunção temporomandibular submetidos a protocolo fisioterapêutico.”, realizada no período de 2015 a 2016, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Maternidade Climério de Oliveira conforme resolução CNS n.º 466/12, número do parecer do CEP: 1.234.340 ano 2015.

A amostra foi composta por 33 mulheres com a faixa etária entre 18 e 60 anos, distribuídas em dois grupos: 18 no Grupo DTM (GDTM) e 15 no Grupo controle (GC). As pacientes que compuseram o GDTM foram recrutadas do Serviço de Fonoaudiologia do Complexo HUPES, enquanto as mulheres do grupo controle constituíram amostra de conveniência.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO GC: gênero feminino, ter idade entre 18 e 60 anos e não possuir Disfunção Temporomandibular ou qualquer outro tipo de dor.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO GDTM: foram incluídas na pesquisa mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico de DTM dolorosa de origem muscular, de acordo com o Critério de Diagnóstico de Pesquisa Para Disfunções Temporomandibulares (RDC/TMD), versão em português. Devendo relatar dor diária ou quase diária que persistiu após tratamento conservador, por pelo menos seis meses. Além disso, as mesmas deveriam estar dispostas a participar do Teste Sensorial Quantitativo (TSQ).

CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO DO GDTM: mulheres com doenças inflamatórias do tecido conjuntivo (espondilite anquilosante, artrite reumatoide, artrite psoriática), dor neuropática, fibromialgia, desordens neurológicas, dor de origem dental, mulheres que estivessem em tratamento ortodôntico, cirurgia ortognática, em

uso de dispositivo interoclusal, ou portadoras de qualquer implante ou placa metálica na região craniofacial.

PROCEDIMENTOS: leitura e concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (AXENO C). Diagnóstico e classificação dos portadores de DTM realizado, por meio da avaliação odontológica e do questionário RDC/TMD (eixo I e II). O eixo I confirmou o diagnóstico e a classificação dos portadores de DTM com dor miofascial e o eixo II avaliou a qualidade de vida. Nesse mesmo instrumento foram coletados os dados básicos sociodemográficos das pacientes. A segunda parte da avaliação clínica contemplou os dois grupos (GDTM e GC) e incluiu a utilização das seguintes escalas e questionários: Questionário Anamnésico de Fonseca; Escala Visual Analógica de Dor (EVA-D); Teste Sensorial Quantitativo (TSQ).

Para a coleta do TSQ necessitou-se de um Procedimento Operacional Padrão (POP). Este foi baseado no protocolo abrangente padronizado pela Rede de Pesquisa alemã em Dor Neuropática (DFNS)⁽⁷⁾, contendo sete testes que medem 13 parâmetros térmicos e mecânicos diferentes. Destes, nove foram selecionados para essa pesquisa que são: Limiar de detecção mecânica (LDM); Limiar de detecção dolorosa (LDD); Supra limiar doloroso (SLD); Alodínia mecânica (AM); Sensibilidade térmica ao frio (STF); Alodínia térmica ao frio (ATF); Sensibilidade térmica ao calor (STC); Alodínia térmica ao calor (ATC) e Sensibilidade à vibração (SV).

COLETA DE DADOS: Após a concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as participantes da pesquisa iniciaram a avaliação conforme os procedimentos descritos acima para cada grupo. Durante a aplicação do TSQ foi marcado um ponto de referência no ventre do músculo masseter para aplicação dos monofilamentos, pincel, diapasão e rolo com temperaturas mais baixa (resfriado a

25°C) e mais elevada (aquecido a 40°C). Neste mesmo período, solicitou-se que a paciente mantivesse os olhos fechados e seguisse as instruções ministradas pelo avaliador. A seguir encontra-se a descrição das etapas realizadas, nesta pesquisa, para a coleta do TSQ:

LDM foi mensurado utilizando os monofilamentos de Von Frey, em ordem crescente, e o avaliador orienta que o indivíduo relate quando sentir o filamento tocar o ponto marcado na face, pelo menos duas vezes. Aplica-se, então, o monofilamento três vezes, pressionando-o contra o ponto marcado na face até o mesmo dobrar formando um “C”, parando o teste na gramatura indicada pelo paciente.

LDD dispuseram-se dos mesmos monofilamentos, porém cada filamento foi manipulado uma única vez, seguindo uma ordem do menos espesso para o mais espesso, solicitando ao paciente que relate a sensação de uma pressão maior, como uma picada de formiga no ponto marcado, parando na gramatura referida pelo mesmo.

Determina-se o SLD após o 4º monofilamento em que o LDD foi encontrado, aplica-se uma vez e solicita-se que a participante abra os olhos e gradue a dor, do estímulo testado, de zero a dez pela EVA-D, sendo 10 a pior dor possível.

Ao testar a AM, é feita uma leve pressão constante com o pincel padronizado (Brush-05, Somedic) no trajeto do ramo maxilar do nervo trigêmeo e solicita-se o relato da presença de dor, nas pacientes em que houver resposta positiva pede-se à graduação desta através da EVA-D.

A sensibilidade à temperatura foi testada com os rolos de diferentes temperaturas, colocando-os no ponto marcado na face por dois segundos, solicitando a graduação da sensação térmica em “nenhum – frio / nenhum - quente”,

“pouco frio/pouco quente” ou “frio como se tivesse congelado/quente como queimadura na face”, por fim, é quantificada a sensação térmica e em caso de dor, alodínia, realiza-se a mensuração pela EVA-D.

Para avaliar a SV empregou-se o manuseio do diapasão. Este foi posicionado na proeminência óssea do zigomático e a paciente foi orientada a referir quando sentisse que o instrumento havia parado de vibrar, determinando-se assim o limiar de sensibilidade à vibração. Após a realização do TSQ, elencaram-se as informações obtidas das participantes, juntamente com a respectiva idade, alimentando a base de dados por meio do software Microsoft Excel®.

Colocar fluxograma. (Figura 1 - Fluxograma de ações para a Coleta de Dados)

A análise estatística foi realizada por meio do Software SPSS Statistics 17.0, inicialmente realizou-se a análise descritiva na frequência absoluta e em sequência foram efetuados os seguintes testes: Test T para verificar a homogeneidade dos grupos em relação à idade; ANOVA com a finalidade de verificar se a idade promove variações no perfil somatossensorial e U de Mann-Whitney utilizado na comparação do perfil neurossensorial dos grupos. Considerou-se o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%, em todas as análises.

5.0 RESULTADOS

Na estatística de grupo foram obtidas as seguintes médias de idade GDTM $38,8 \pm 10,7$ e GC $34,6 \pm 11,3$. Após a realização do Teste-t para Igualdade de Médias, encontrou-se o valor de $p = 0,279$ demonstrando distribuição igualitária entre os grupos obtendo-se uma composição homogênea para a variável da idade.

A idade foi encontrada de forma significativa como fator dependente para o perfil sensorial, das mulheres testadas, apenas no Limiar de detecção mecânica do lado direito com aumento dos limiares de acordo com a elevação da idade. Para os outros oito parâmetros do TSQ, analisados na amostra, este aspecto não dominou. Durante o teste sensorial não houve a presença da alodínia mecânica do lado esquerdo nos dois grupos, encontrando-se a presença dela apenas em uma paciente do GDTM do lado direito não refletindo na análise de significância dos dados, também não houveram achados significativos de alodínia térmica ao calor no GC. A descrição do perfil sensorial foi estabelecida pelas médias dos limiares em cada parâmetro do TSQ, de acordo com os lados de teste (Tabela 1 e 2).

Inserir Tabela 1

Inserir Tabela 2

Ao comparar o perfil neurossensorial entre GDTM e GC houve diferença significativa, com elevação dos limiares do GDTM, para os seguintes parâmetros: limiar de detecção mecânica do lado direito; supra limiar doloroso e alodínia térmica ao calor em ambos os lados (Tabela 3).

Inserir Tabela 3

6.0 DISCUSSÃO

A maioria dos parâmetros investigada por meio do TSQ, em indivíduos saudáveis, é dependente da idade. De acordo com o aumento da idade ocorre uma elevação dos limiares de percepção e dor, sendo possível observar que os maiores efeitos do envelhecimento estão relacionados com o limiar de dor ao frio, limiar de detecção de vibração e limiares de dor ao calor⁽⁶⁾. Ao avaliar a comparação intraindivíduo entre os lados esquerdo e direito do corpo, após a realização do TSQ, deve-se existir uma correlação dos achados entre os lados do corpo humano saudável^(6,7). O resultado do nosso estudo para a idade como fator contributivo na elevação dos limiares, no perfil sensorial das mulheres, identificou apenas o Limiar de detecção mecânica (LDM) do lado direito que, apesar de ser um limiar de percepção não corrobora com a literatura citada acima, pois este parâmetro foi encontrado de maneira unilateral. Entretanto, a literatura⁽⁶⁾ não aborda em sua discussão a dependência da idade em uma população com DTM, o mesmo ocorre com a descrição no relato do estudo⁽⁷⁾ sobre a correlação entre os lados do corpo humano, pois sua população de pesquisa envolvia o total de 18 indivíduos saudáveis, divididos entre homens e mulheres diferente da nossa metodologia de investigação.

Foi publicado um estudo⁽¹¹⁾ com 70 participantes saudáveis e 22 com DTM em que se aplicaram o TSQ, padronizado e desenvolvido pela Rede de Pesquisa sobre Dor Neuropática, avaliando bilateralmente os parâmetros do teste envolvendo os seguintes sítios: mãos e pele da região dos forames infraorbitários e mentuais. Os autores⁽¹¹⁾ encontraram a dependência positiva da idade, em indivíduos saudáveis, para os parâmetros de dor ao frio e calor, detecção e de dor mecânica. O fato do único achado significativo, no nosso estudo, ter sido o LDM pode estar associada à

metodologia utilizada na verificação da correlação dos limiares com a idade, visto que, a população que compôs nossa análise não se restringiu somente as mulheres saudáveis do GC, como no estudo supracitado, abrangendo também as participantes do GDTM que, por sua vez, pode ter provocado variações nos limiares avaliados por causa da presença de dor. Outros dois aspectos importantes também devem ser considerados para essa diferença nos achados: a região do corpo em que o TSQ foi aplicado que diverge do sítio da presente pesquisa, representado pelo ventre do músculo masseter e nossa amostra com o número pequeno de participantes saudáveis para a análise.

Os achados elevados para as participantes do GDTM no que se refere ao limiar de detecção mecânica e supra limiar doloroso, durante a comparação entre os grupos, concordaram com a literatura⁽¹¹⁾ que aborda a comparação de indivíduos saudáveis e pacientes com DTM, acometidos por dor miofascial, evidenciando que os indivíduos com dor apresentam coeficientes de variação significativamente maiores para os parâmetros do TSQ relacionados ao limiar de sensibilidade térmica com estímulos frios e quentes; limiar de detecção mecânica; supra limiar doloroso mecânico; relação Wind-up e limiar de dor a pressão. Resaltamos aqui, que os parâmetros para a relação Wind-up e o limiar de dor a pressão não foram utilizados para análise do presente estudo.

Outro parâmetro analisado pelo TSQ, a Alodínia Mecânica (AM), é retratada como a percepção de dor a um estímulo mecânico que não deveria provocar a sensação dolorosa e ao aparecer como achado clínico representaria um sinal patológico^(6,12,13). Em concordância com a literatura⁽¹¹⁾, que retrata sobre a inexistência da Alodínia Mecânica (AM) nos participantes que realizaram o TSQ na sua pesquisa, não encontramos a presença desse parâmetro no GC e não houve

significância nos resultados para tal no GDTM, visto que, apenas uma participante desse grupo referiu essa sensação.

A presença significativa da alodínia térmica ao calor nas mulheres que compuseram o GDTM serve como alerta para alterações somatossensoriais relacionadas com os mecanismos da dor, uma vez que, a alodínia trata-se de um efeito nociceptivo a estímulos inócuos, sendo referido como um achado que pode caracterizar o fenômeno da Sensibilização Central (SC) no processo de cronificação da dor^(12,14).

A SC é um mecanismo induzido após estímulos dolorosos periféricos intensos ou de repetição gerando larga excitabilidade das atividades nociceptivas centrais, assim a dor perde o caráter protetor e aparece espontaneamente^(12,15,16). A relação entre a DTM e o aumento da sensibilidade à dor e térmica pode ser sugestiva de SC generalizada nas mulheres com DTM. Desse modo, o diagnóstico para alterações nociceptivas é imprescindível, visto que, o tratamento da dor deve ser baseado nos seus mecanismos para gerar efetividade na terapia⁽¹⁶⁾.

7.0 CONCLUSÃO

O presente estudo identificou a idade como variável dependente apenas para o limiar de detecção mecânica, do lado direito, no perfil sensorial das mulheres que realizaram o TSQ.

As pacientes do GDTM apresentam um aumento significativo dos limiares para os seguintes parâmetros do TSQ: o limiar de detecção mecânica do lado direito, supra limiar doloroso e alodínia térmica ao calor em ambos os lados.

Sugere-se a ampliação do repertório de pesquisas do perfil somatossensorial das mulheres com DTM, para contribuir no diagnóstico e tratamento adequado baseando-se nos mecanismos fisiopatológicos da dor.

Deste modo, salienta-se a necessidade de um estudo amplo com um número mais expressivo e que analise a variável idade separadamente em cada grupo, ou apenas nos indivíduos saudáveis.

AGRADECIMENTOS

Ao Núcleo de Estudos em Saúde e Funcionalidade (NESF) por conceder o banco de dados, viabilizando este estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1o Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2010 Jun [cited 2017 Aug 25];15(3):114–20.
- 2 - Hilgenberg PB, Cunali RS, Bonotto D, Farias AC de, Cunali PA. Disfunção temporomandibular em gestantes. *Revista Dor*. 2012 Dec [cited 2017 Aug 25];13(4):371–3.
- 3 - Silveira AM, Feltrin PP, Zanetti RV, Mautoni MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2007 Aug [cited 2017 Aug 25];73(4):528–32.
- 4 - Sydney PBH, Conti PCR. Diretrizes para avaliação somatossensorial em pacientes portadores de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Revista Dor*. 2011 Dec [cited 2017 Aug 25];12(4):349–53.
- 5 - Ng Wing Tin S, Ciampi de Andrade D, Goujon C, Planté-Bordeneuve V, Créange A, Lefaucheur J-P. Sensory correlates of pain in peripheral neuropathies. *Clinical Neurophysiology [Internet]*. 2014 May [cited 2017 Aug 25];125(5):1048–58.
- 6 - Mücke M, Cuhls H, Radbruch L, Baron R, Maier C, Tölle T, et al. Quantitative sensory testing (QST). English version. *Der Schmerz [Internet]*. 2016 Jan 29 [cited 2017 Aug 25].
- 7 – Rolke R, Magerl W, Campbell KA, Schalber C, Caspari S, Birklein F, et al. Quantitative sensory testing: a comprehensive protocol for clinical trials. *European Journal of Pain [Internet]*. 2006 Jan [cited 2017 Aug 25];10(1):77–77.
- 8 - Li KZ., Lindenberger U. Relations between aging sensory/sensorimotor and cognitive functions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2002 Nov [cited 2017 Aug 25];26(7):777–83.

9 – Pfau DB, Rolke R, Nickel R, Treede R-D, Daublaender M. Somatosensory profiles in subgroups of patients with myogenic temporomandibular disorders and fibromyalgia syndrome. *Pain*. 2009 Dec [cited 2017 Aug 25];147(1):72–83.

10 - Siviero, M. Avaliação sensitiva orofacial, gustativa, olfativa e salivar em doentes com neuralgias trigeminais [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Medicina; 2011 [cited 2017-08-23]. doi:10.11606/D.5.2011.tde-19122011-120643.

11 - Yang G, Baad-Hansen L, Wang K, Xie Q-F, Svensson P. A study on variability of quantitative sensory testing in healthy participants and painful temporomandibular disorder patients. *Somatosensory & Motor Research*. 2014 Jun [cited 2017 Aug 25];31(2):62–71. <http://dx.doi.org/10.3109/08990220.2013.869493>.

12 - CAMPI, LB. Avaliação de alodínia e hiperalgesia cefálica e extracefálica associadas às disfunções temporomandibulares dolorosas [dissertação]. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho - Faculdade de Odontologia de Araraquara, 2015.

13 - Porporatti, AL. Avaliação de pacientes com odontalgia atípica perante Teste Sensorial Quantitativo (QST) e Teste de Controle de Modulação da Dor (CPM) [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2013 [citado 2017-08-24]. doi:10.11606/D.25.2013.tde-14082013-090225.

14 - Guginski G. Dor: o que sabemos sobre ela? *Revista Perspectivas online*. 2008; 2(7):113-121.

15 - Ashmawi HA, Freire GMG. Peripheral and central sensitization. *Revista Dor*. 2016 [cited 2017 Aug 25];17.

16 - Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011 Mar [cited 2017 Aug 25];152(Supplement):S2–15.

TABELA 1 – Discriminação do perfil sensorial das mulheres e da dependência da idade nos parâmetros analisados do teste quantitativo sensorial, para o lado direito.

Lado Direito	Média GDTM (n° 18)	Média GC (n° 15)	Valor de p
LDM	0,245	0,115	0,015 *
LDD	10,422	18,033	0,690
SLD	12,555	2,4	0,459
AM	2,055	0	0,771
STF	21,277	12,4	0,694
ATF	3,944	2,333	0,279
STC	26,611	10,6	0,861
ATC	10,055	0,4	0,342
SV	4,166	4,266	0,641

Teste ANOVA, sendo considerado o nível significativo de $p \leq 0,05$.

Legenda: n° = Número de participantes; GDTM = Grupo DTM; GC = Grupo controle; * = valor de p estatisticamente significativo; LDM = Limiar de detecção mecânica; LDD = Limiar de detecção dolorosa; SLD = Supra limiar doloroso; AM = Alodinia mecânica; STF = Sensibilidade térmica ao frio; ATF = Alodinia térmica ao frio; STC = Sensibilidade térmica ao calor; ATC = Alodinia térmica ao calor e SV = Sensibilidade à vibração.

TABELA 2 – Discriminação do perfil sensorial das mulheres e da dependência da idade nos parâmetros analisados do teste quantitativo sensorial, para o lado esquerdo.

Lado esquerdo	Média GDTM (n° 18)	Média GC (n°15)	Valor de p
LDM	0,434	3,666	0,545
LDD	15,6	33,85	0,687
SLD	11,277	3,666	0,552
AM	0	0	-
STF	26,833	11,2	0,785
ATF	12,666	3,4	0,722
STC	22,666	10	0,744
ATC	12,555	2,066	0,811
SV	4,583	5	0,750

Teste ANOVA, em que considerou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Legenda: n° = Número de participantes; GDTM = Grupo DTM; GC = Grupo controle; LDM = Limiar de detecção mecânica; LDD = Limiar de detecção dolorosa; SLD = Supra limiar doloroso; AM = Alodínia mecânica; STF = Sensibilidade térmica ao frio; ATF = Alodínia térmica ao frio; STC = Sensibilidade térmica ao calor; ATC = Alodínia térmica ao calor e SV = Sensibilidade à vibração.

TABELA 3 - Comparação do perfil neurossensorial entre os grupos.

	LDM	LDD	SLD	AM	STF	ATF	STC	ATC	SV
	valor de	valor de	valor de	valor de	valor de	valor de	valor de	valor de	valor de
	p	p	p	p	p	p	p	p	p
Lado direito	0,010 *	0,648	0,002 *	0,361	0,246	0,247	0,142	0,027 *	0,640
Lado esquerdo	0,906	0,597	0,042 *	1,000	0,076	0,093	0,100	0,050 *	0,530

Teste U de Mann-Whitney. O nível de significância considerado para p, neste caso foi, $\leq 0,05$.

Legenda: * = estatisticamente significativo; LDM = Limiar de detecção mecânica; LDD = Limiar de detecção dolorosa; SLD = Supra limiar doloroso; AM = Alodínia mecânica; STF = Sensibilidade térmica ao frio; ATF = Alodínia térmica ao frio; STC = Sensibilidade térmica ao calor; ATC = Alodínia térmica ao calor e SV = Sensibilidade à vibração.

FIGURA 1



Título - Fluxograma de ações para a Coleta de Dados

ANEXO A - INSTRUÇÕES AOS AUTORES (Audiology Communication Research)

Artigos originais

São trabalhos destinados à divulgação de resultados originais e inéditos de pesquisa científica. Devem conter os seguintes itens: Resumo e descritores, Abstract e keywords, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Introdução: deve apresentar uma breve revisão de literatura, contextualizando o trabalho, que justifique os objetivos do estudo. Os objetivos devem ser apresentados ao final da introdução, sem iniciar uma nova seção.

Métodos: devem ser descritos com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido.

Resultados: devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos.

Discussão: os resultados devem ser discutidos e comparados aos estudos da literatura pertinente. Não deve repetir os resultados nem a introdução.

Conclusão: deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência.

Referências: das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996), no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados no item Métodos.

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares (digitalizados):

1. Carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e; transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor (modelo disponível em: http://www.audiolcommres.org.br/normas_carta_1.doc);

2. Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o estudo, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais;

3. Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), somente quando for necessária a autorização do uso de imagem;

4. Declaração de conflitos de interesse, quando pertinente (potenciais conflitos de interesses disponível em: http://www.audiolcommres.org.br/normas_conflitos_1.doc).

FORMATAÇÃO E PREPARO DO MANUSCRITO

Forma: O texto deve ser formatado em Microsoft Word, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm),

Margem: 2,5 cm de cada lado

Fonte: Arial tamanho 12 para texto. Para tabelas, quadros, figuras e anexos: fonte Arial 8

Espaçamento entre linhas: espaço duplo (inclusive tabelas, quadros e anexos)

Recuos e espaçamentos: zero

Alinhamento do texto: justificado

Tabulação de parágrafo: 1,25 cm

Manual de formatação: para detalhes e outras especificações de formatação, acesse: http://www.audiolcommres.org.br/normas_manual_1.pdf

Extensão do manuscrito: a extensão do manuscrito (incluindo página de identificação, resumo e abstract, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações: 30 páginas para Artigos originais e Revisões sistemáticas, 20 páginas para Relatos de casos e Comunicações breves e 500 palavras para Cartas aos editores.

Sequência do artigo: cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: página de identificação, Resumo e descritores, Abstract e keywords, texto (de acordo com os itens necessários à seção para a qual o artigo foi enviado), Agradecimentos, Referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas.

Página de identificação

Deve conter, obrigatoriamente, na seguinte sequência:

- a) título do artigo, em Português e em Inglês. O título deve ser conciso, porém informativo.
- b) título do artigo resumido com até 40 caracteres (considerando espaços).
- c) nome completo de cada autor, seguido do respectivo departamento e/ou instituição. Não devem ser incluídas titulações.
- d) departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
- e) nome, telefone, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
- f) fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
- g) declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor;
- h) texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado.

Autoria

São considerados autores aqueles que têm efetiva contribuição intelectual e científica na realização do trabalho. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria do artigo e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado por contribuições substanciais durante:

1. Concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados
2. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante
3. Aprovação final da versão a ser publicada

As pessoas que não cumprem estes requisitos e que tiveram participação puramente técnica (ato operatório, revisão bibliográfica, chefes de departamento, serviços ou financiados) devem ser listadas nos agradecimentos. A participação limitada à obtenção de fundos, coleta de dados, supervisão geral ou chefia de um grupo de pesquisa não justifica autoria.

Resumo e descritores

A segunda página deve conter o resumo, em Português e Inglês, de no máximo 250 palavras. O resumo em português deve ser apresentado primeiro, seguido pelo abstract, com quebra de página entre eles. O texto deve ser corrido, sem parágrafo. O resumo e o abstract devem conter exatamente as mesmas informações.

O resumo deverá conter informações relevantes do estudo, que constem no texto e que incentivem a leitura do artigo. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Não deve conter a instituição em que o estudo foi realizado e não deve conter resultados numéricos ou estatísticos.

Assim, para Artigos originais e Comunicações breves, a estrutura deve ser, em Português: Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão; em inglês: Purpose, Methods, Results, Conclusion.

Para Artigos de revisão sistemática ou meta-análises, devem seguir a estrutura, em Português: Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Resultados, Conclusão; em Inglês: Purpose, Research strategy, Selection criteria, Results, Conclusion.

Para Relatos de caso originais o resumo não deve ser estruturado e não deve apresentar headlines.

Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto

O texto deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de artigo. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e sem nenhuma referência ao nome dos autores, como no exemplo:

“Embora a medicação seja necessária e fundamental para muitos pacientes proporcionando melhoras significativas, aumentando a sobrevida desses indivíduos ⁽⁷⁾, existem relatos na literatura que discutem seus efeitos adversos ^(8,9).”

Gramática e ortografia: devem ser utilizadas as novas regras gramaticais da língua portuguesa. Palavras ou expressões em inglês que não possuam tradução oficial para o português devem ser escritas em itálico.

Numerais: até dez devem ser escritos por extenso. Somente a partir do 11 é que devem ser indicados por numerais arábicos. Idade: descrever a idade sempre em anos e meses (exemplo: 7 anos e 11 meses). Deve ser sempre indicada por numerais. Utilizar a expressão “média de idade”.

Sujeitos: ao descrever sujeitos, evitar “sexo” (sexo masculino, sexo feminino); utilizar “gênero” (gênero masculino, gênero feminino).

Agradecimentos

Incluem reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ ou financiamentos para a execução da pesquisa, inclusive explicitando números de processos, quando for o caso.

Referências

Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, de acordo com a ocorrência no texto. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados em: <ftp://nimpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al. Recomenda-se utilizar preferencialmente referências publicadas nos últimos cinco anos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Musiek FE, Shinn JB, Jirsa R, Bamiou DE, Baran JA, Zaida E. The GIN (Gaps in Noise) test performance in subjects with confirmed central auditory nervous system involvement. *Ear Hear.* 2005Dec;26(6):608-18.

DISSERTAÇÕES E TESES

Linares AE. Correlação do potencial auditivo de estado estável com outros achados em audiologia pediátrica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

Tabelas

Devem ser apresentadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada tabela. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentadas em preto e branco, com linhas simples, sem nenhum destaque. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

Quadros

Os quadros deverão ser encaminhados separadamente do texto, cada um em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto.

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que pode ter traçado vertical e deve ser fechado lateralmente. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada quadro. Todos os quadros deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima do quadro, sem abreviações ou siglas. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Serão aceitos no máximo dois quadros.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada figura. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e siglas. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou em escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título sem abreviações ou siglas, digitado em fonte Arial 8, abaixo da figura. Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

Anexos

São dados necessários à compreensão do texto. Podem ser apresentados como listas, protocolos, formulários, testes etc. Devem ser digitados com espaço duplo e fonte Arial 8, numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Devem ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima do conteúdo, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentados em preto e branco.

Legendas

Devem ser apresentadas em fonte Arial 8, usando espaço duplo, justificado, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar o significado das abreviaturas e siglas por extenso. Não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Notas de rodapé

Quando houver nota de rodapé, deve ser identificada com um asterisco (*). No caso de ocorrência de mais de uma nota de rodapé, as seguintes devem acrescentar asteriscos. No rodapé, a nota deve ser formatada em fonte Arial 10, com parágrafo justificado.

Unidades de medida

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser apresentadas em unidades métricas (metro, quilograma, litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem ser expressas em graus Celsius e as pressões sanguíneas devem ser expressas em milímetros de mercúrio.

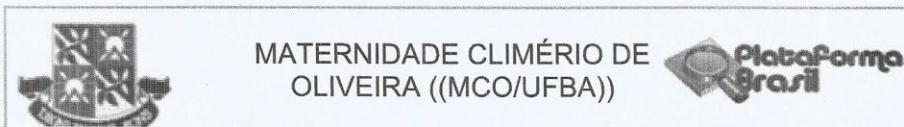
Tradução

Todos os trabalhos terão publicação bilíngue Português/Inglês. Os artigos podem ser encaminhados em Português ou em Inglês. Nos casos dos artigos redigidos em Inglês será solicitada uma cópia em Português da versão final.

A versão do artigo em Inglês é de responsabilidade exclusiva dos autores. Após revisão técnica do manuscrito aprovado em Português os autores serão orientados a realizarem a tradução do documento para a língua inglesa, garantindo pelo menos a revisão por empresa especializada com experiência internacional.

Representações comerciais

Agentes terapêuticos devem ser indicados pelos seus nomes genéricos seguidos, entre parênteses, pelo nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. Todos os instrumentos ou aparelhos de fabricação utilizados devem ser citados com o seu nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. É necessária a colocação do símbolo (sobrescrito) de marca registrada ® ou ™ em todos os nomes de instrumentos ou outras representações comerciais.

ANEXO B - Cópia de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATIVIDADE DO CÉREBRO EM PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR SUBMETIDOS A PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO

Pesquisador: Abrahão Fontes Baptista

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 05725512.1.0000.5543

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.234.340

Apresentação do Projeto:

O investigador solicita emenda ao protocolo de pesquisa. Trata-se de uma emenda complexa com (1) entrada de membros e saída de outros membros da pesquisa; além disso o investigador solicita (2) a mudança dos alguns dos objetivos e da (3) metodologia.

Entrada e saída dos membros

Saíram: Talita Marins Santos, Vanessa Almeida, Marion Nascimento e Ailton Melo.

Entraram: Com declaração, listados: Silvia Damasceno Benevides; Eulália Silva dos Santos Pinheiro, Manuela dos Santos Silva; Clara Hikari Ito; Lucas Almeida; Jamille Evelyn Rodrigues Souza Santana; Com declaração, não listadas: Larissa Leite Assunção; Aline Rocha Cunha, Vitória Veloso; Giovana Alves;

Sem declaração, listadas: Talita Marins de Oliveira Santos; Vanessa Franca de Almeida

(2) a mudança dos alguns dos objetivos e da (3) metodologia.

Inclusão de grupo controle de indivíduos assintomáticos com 20 indivíduos (saudáveis) para comparação dos padrões eletroencefalográficos de base, antes do tratamento.

Aceito. ADEQUADO.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.005-150

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br

**MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))**

Continuação do Parecer: 1.234.340

Inclusão das escalas e questionários:

a) Questionários de Imagética Motora, Visual e Cinestésica (KVIQ-10), de Lateralidade “Handness Questionnaire Edinburgh Inventory” e Anamnésico de Fonseca. Por se tratarem de escalas e procedimentos muito simples, consideramos que esta inclusão se classifica como de risco mínimo, onde uma pessoa que não estivesse sendo submetido às mesmas condições teria um risco similar de algum efeito adverso.

Retirada da toxina botulínica tipo-A (TXB-A):

Apesar da toxina botulínica tipo-A ser administrada por muitos profissionais da área para o tratamento das disfunções temporomandibulares, estudos clínicos e experimentais recentes apontaram o risco de osteopenia e necrose no côndilo da mandíbula após a administração da substância. Ainda que maiores investigações devam ser feitas para esclarecer esta questão, para oferecer o menor risco possível aos pacientes, propomos a retirada da toxina botulínica do presente.

Aceito. ADEQUADO.

À comparação entre o projeto original e o emendado houve mudança do tipo de intervenção de toxina botulínica para intervenção odontológica, não está claro no projeto o motivo

Resposta: Estudos clínicos e experimentais recentes apontaram o risco de osteopenia e necrose no côndilo da mandíbula após a administração da substância. Ainda que maiores investigações devam ser feitas para esclarecer esta questão, para oferecer o menor risco possível aos pacientes, propomos a retirada da toxina botulínica do presente.

Aceito. ADEQUADO.

Explicação em relação ao questionamento sobre o Acompanhamento odontológico.

Resposta: O acompanhamento odontológico, na verdade, consiste apenas na avaliação prévia convencional e orientações básicas do odontólogo, que normalmente é feita de rotina nos pacientes com disfunção temporomandibular. Este acompanhamento, de fato, não substituiu o tratamento com a toxina botulínica, mas foi evidenciado para deixar claro todos os passos do protocolo de pesquisa. Como é feito de rotina, consideramos este procedimento também de risco mínimo.

Aceito. ADEQUADO.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137**Bairro:** Nazaré**CEP:** 40.005-150**UF:** BA**Município:** SALVADOR**Telefone:** (71)3283-9210**E-mail:** cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 1.234.340

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

Identificar o comportamento cortical de portadores de DTM aguda e crônica antes e após submissão a tratamento com protocolo fisioterapêutico.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Averiguar se há plasticidade mal adaptada na disfunção temporomandibular aguda e crônica;

Verificar se há diferenças no comportamento cortical entre as DTM aguda e crônica;

Avaliar a intensidade e magnitude de dor dos portadores de DTM, antes e depois do tratamento com TXB-A e Fisioterapia;

Verificar se há diferenças nas repercussões corticais e na dor dos portadores de DTM aguda e crônica após tratados;

Verificar se a combinação terapêutica é mais efetiva do que os tratamentos isolados e se existe diferenças entre os dois perfis de disfunção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

“Afim de minimizar os riscos e desconfortos, serão selecionados protocolos de tratamento previamente testados e aplicados por profissionais capacitados e treinados. A avaliação através da EMT pode causar cefaleia tensional (devido à contração da musculatura pericraniana) e é facilmente contornada com uso de analgésicos. O pesquisador responsável estará presente e avaliando todas as respostas ou qualquer outra relatada pelo paciente.”

BENEFÍCIOS

“A dor orofacial crônica é um problema debilitante que possui um significativo impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes e se caracteriza por demonstrar uma resposta pobre às terapias analgésicas convencionais. Muitos programas de saúde têm incorporado a atuação multidisciplinar neste tipo de alteração devido à complementaridade dos domínios de conhecimentos específicos o que pode ajudar a minimizar o sofrimento dos portadores de DTMs. A atuação simultânea dos profissionais que atuam na recuperação de pessoas acometidas por estas disfunções,

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 1.234.340

fundamentada nos resultados do presente estudo, pode reduzir os custos finais com o tratamento, o que envolve diversos segmentos socioeconômicos. As técnicas de imagem e rastreamento funcional do cérebro fornecem uma gama de possibilidades investigativas para a fundamentação dos conceitos teóricos da abordagem das DTM. A análise desses métodos pode contribuir para a elaboração de estratégias terapêuticas, bem como, ser uma fonte de evidências que auxiliem no esclarecimento dos mecanismos neurofisiológicos envolvidos na lesão e recuperação das DTMs. Dados importantes podem ser obtidos do presente estudo para fundamentar ações preventivas e terapêuticas mais efetivas para esses pacientes.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um ensaio clínico, randomizado, cegado já apresentado anteriormente ao CEPMCO. Neste momento o investigador apresenta documentos pendentes de emenda anterior e novas adequações ao protocolo. Não há óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: mudanças feitas. Contêm requisitos éticos. ADEQUADO.

Cronograma: refeito. ADEQUADO.

Recomendações:

O investigador deve enviar ao CEP documento do as declarações de sigilo e conhecimento da RES466/12 dos demais membros da equipe. E deve listar os demais membros da equipe na plataforma brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Telefone: (71)3283-9210

Município: SALVADOR

CEP: 40.005-150

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 1.234.340

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.jpg	12/07/2012 17:13:42		Aceito
Outros	Carta de Anuência.jpg	12/07/2012 20:10:03		Aceito
Outros	Termo de Compromisso do orientador.jpg	12/07/2012 20:11:39		Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 1.234.340

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_57255.pdf	12/07/2012 20:12:41		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_57255.pdf	08/11/2012 13:41:28		Aceito
Outros	CORREÇÕES DAS PENDÊNCIAS.doc	15/11/2012 12:08:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE DTM.doc	15/11/2012 12:08:27		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_57255.pdf	15/11/2012 12:08:59		Aceito
Outros	Emenda de Pesquisa.doc	03/06/2015 10:59:55		Aceito
Outros	Relatório de Pesquisa.doc	03/06/2015 11:03:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Alteração do TCLE_DTM.doc	03/06/2015 11:05:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE PESQUISA DTM.pdf	03/06/2015 13:15:48		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_380675E1.pdf	03/06/2015 13:57:02		Aceito
Outros	CartadeAnuencia.pdf	19/08/2015 16:44:43	Clara Hikari Ito	Aceito
Outros	EMENDAPEPESQUISA.pdf	19/08/2015 16:45:12	Clara Hikari Ito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMODIFICACOES.pdf	19/08/2015 16:46:13	Clara Hikari Ito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.pdf	19/08/2015 16:46:33	Clara Hikari Ito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocommodificacoes.pdf	19/08/2015 16:46:56	Clara Hikari Ito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISAATUALIZADO.pdf	19/08/2015 16:47:18	Clara Hikari Ito	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_380675E1.pdf	25/08/2015 10:52:08		Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

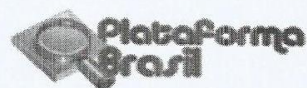
Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 1.234.340

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 17 de Setembro de 2015

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

ANEXO C - Termo de consentimento livre e esclarecido

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Atividade do Cérebro em Portadores com Disfunção Temporomandibular Submetidos a Protocolo Fisioterapêutico.

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Atividade do Cérebro em Portadores de Disfunção Temporomandibular Submetidos a Protocolo Fisioterapêutico”.

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é causada por uma desordem nos músculos da mastigação, na articulação que une sua mandíbula ao seu crânio e nas estruturas associadas. O tratamento desta disfunção tem sido estudado por muitos pesquisadores. O objetivo desse estudo é avaliar o comportamento do cérebro de pessoas com DTM antes e após sessões de fisioterapia. O tratamento através da fisioterapia consiste de exercícios, técnicas de mobilização, relaxamento e fortalecimento muscular e tem sido utilizado há alguns anos para o alívio dos sintomas dolorosos associados a esta disfunção.

O que acontecerá neste estudo?

Esta parte do estudo envolverá 40 pacientes com DTM e 20 pacientes sem esta disfunção. Você pode ou não participar da pesquisa. Se quiser participar deverá assinar este formulário em duas vias e manter uma cópia com você. Se decidir participar, mas mudar de idéia durante a pesquisa poderá sair a qualquer momento, sem se desculpar. Isso não afetará o cuidado e a atenção que o profissional de saúde tem dado à você.

Para sua avaliação serão utilizados alguns questionários, escala de quantificação da dor e duas medidas não invasivas para avaliar a atividade do seu cérebro. Na primeira, chamada de Eletroencefalografia quantitativa, colocaremos pequenas placas adesivas na sua cabeça e iremos registrar a atividade elétrica dos neurônios no seu cérebro durante vinte minutos. Nesta técnica não há qualquer estimulação, somente captação da atividade elétrica dos neurônios. Na segunda, chamada de Estimulação Magnética Transcraniana, colocaremos uma pequena placa adesiva na pele da sua face e faremos alguns estímulos magnéticos não dolorosos na sua cabeça através de uma bobina que será posicionada perto do seu cabelo, porém sem encostar na pele. Você não poderá realizar esta avaliação se possuir câncer, infecção, história de convulsão, alcoolismo, algum implante ou placa metálica na cabeça e na face, incluindo aparelhos dentários, estiver grávida ou em uso de marcapasso cardíaco.

Após esta avaliação, você será encaixado no grupo controle (formado por pessoas sem DTM e sem dor crônica pelo corpo) ou em um dos dois grupos de tratamentos (Fisioterapia e acompanhamento odontológico ou acompanhamento odontológico). Se você for participar do grupo controle seus dados serão comparados aos dados dos pacientes com DTM para identificarmos se existe diferença entre o cérebro de pessoas com e sem dor.

Quais os desconfortos ou riscos em participar deste estudo?

A fim de minimizar os riscos e desconfortos, você passará por protocolos de tratamento previamente testados e aplicados por profissionais capacitados e treinados. Nas avaliações, a Estimulação Magnética Transcraniana pode lhe causar dor de cabeça e alterações na audição que são passageiras e raramente acontecem. Em casos raros, podem acontecer desmaios e convulsão. A Eletroencefalografia não te causará nenhum desconforto. O pesquisador responsável estará presente e avaliando todas essas respostas ou qualquer outra que você relate.

Quais os benefícios em participar deste estudo?

A sua participação neste estudo poderá proporcionar, no âmbito pessoal, a identificação de algum problema não antes conhecido, sendo assim, tratado de maneira mais adequada e específica. No âmbito coletivo poderá ajudar no desenvolvimento de um melhor plano de atendimento às outras pessoas que possuem a mesma disfunção. Ao final das avaliações, todos participantes terão acesso às informações sobre os resultados encontrados pelo estudo e receberão o laudo eletroencefalográfico do seu exame, feito por um neurologista especializado.

Quais são as responsabilidades dos participantes?

Os participantes deste estudo comprometem-se a comparecer às sessões marcadas, bem como, responder sinceramente aos questionários e avaliações aplicadas pelos pesquisadores.

Quais os direitos dos participantes?

Os resultados deste estudo serão enviados para publicação em meios científicos (jornais, revistas, dentre outros). Você não será identificado por nome e seus dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo, sob a guarda do Grupo de Pesquisa em Dinâmica Musculoesquelética, da UFBA. Sua participação no estudo é voluntária.

Caso seja necessário, os custos adicionais relativos ao transporte do participante ao local de pesquisa e alimentação dos mesmos serão ressarcidos pela equipe de pesquisa do estudo.

Além disso, se desejar apresentar queixa de qualquer aspecto de modo como foi orientado(a) ou tratado(a) durante a pesquisa você poderá manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira – Rua Limoeiro, 37 – Nazaré, Salvador – BA, 40.055.150 – (0xx) 71 – 3283-9211.

O pesquisador responsável chama-se Abrahão Fontes Baptista. Endereço: Laboratório de Eletroestimulação Funcional e Divisão de Neurologia e Epidemiologia/ UFBA.

Av: Reitor Miguel Calmon, s/n. Vale do Canela, Salvador – BA, Brasil. CEP: 40.110-902. Tel: (0xx) 71 3283-8888.

Este termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o paciente ou seu representante legal.

Eu, _____, dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

_____, ___/___/___.

(Local e data)

Assinatura do paciente

(sujeito da pesquisa ou seu representante)

ANEXO D – Protocolos utilizados para a coleta de dados

Teste Quantitativo Sensorial

Nome do Paciente	
Data da Avaliação	
Avaliador (a)	
A1	
A2	

TESTE	A1 Lado		TESTE	A2 Lado	
Limiar de Detecção Mecânica		mN	Limiar de Detecção Mecânica		mN
Limiar Doloroso		mN	Limiar Doloroso		mN
Supra Limiar de dor ao estímulo mecânico (+ 4 filamentos – 1x)		(EVA)	Supra Limiar de dor ao estímulo mecânico (+ 4 filamentos – 1x)		(EVA)
Alodínea Mecânica Dinâmica		(EVA)	Alodínea Mecânica Dinâmica		(EVA)
Estimulação Dolorosa 156mN 1x – Somação		(EVA)	Estimulação Dolorosa 156mN 1x – Somação		(EVA)
Estimulação Dolorosa 156mN 10x – Somação		(EVA)	Estimulação Dolorosa 156mN 10x – Somação		(EVA)
Relação Wind – up		(EVA)	Relação Wind – up		(EVA)
Sensibilidade ao Frio		(EVA)	Sensibilidade ao Frio		(EVA)
Alodínea Térmica ao frio		(EVA)	Alodínea Térmica ao frio		(EVA)
Sensibilidade ao Calor		(EVA)	Sensibilidade ao Calor		(EVA)
Alodínea Térmica ao Calor		(EVA)	Alodínea Térmica ao Calor		(EVA)
Limiar de Dor à Pressão		kPa	Limiar de Dor à Pressão		(EVA)
Sensibilidade a Vibração			Sensibilidade a Vibração		

Índice Anamnésico de Fonseca

Data: ____/____/ 200__ Voluntário nº: _____

Nome do voluntário: _____

Fone para contato: _____ e-mail: _____

O questionário é composto por dez perguntas para as quais são possíveis as respostas ÀS VEZES, SIM e NÃO. Para cada pergunta, você deve assinalar somente uma resposta.

ÍNDICE CLÍNICO DE FONSECA (1994)

1- Sente dificuldade para abrir bem a boca?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

2- Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

3- Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

4- Sente dores de cabeça com frequência?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

5- Sente dor na nuca ou torcicolo?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

6- Tem dor no ouvido ou nas articulações temporomandibulares?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

7- Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

8- Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

9- Sente que seus dentes não articulam bem?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

10- Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?

__ (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

Índice Clínico

a. Sem disfunção - soma das respostas entre 0 e 15 pontos

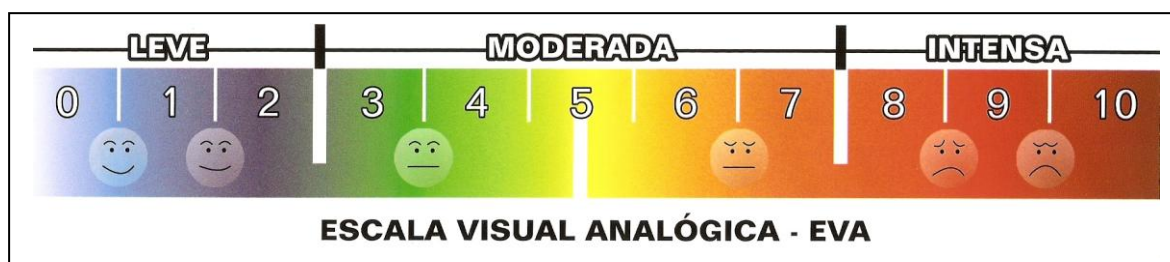
b. Disfunção leve - soma das respostas entre 20 e 40 pontos

c. Disfunção moderada - soma das respostas entre 45 e 65 pontos

d. Disfunção severa - soma das respostas entre 70 e 100 pontos _____

Adaptado de da Fonseca, DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. Revista Gaúcha de Odontologia. 1994;4:23-2.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



A Escala Visual Analógica – EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima** suportável pelo paciente.

Dicas sobre como interrogar o paciente:

- Você tem dor?
- Como você classifica sua dor? (deixe ele falar livremente, faça observações na pasta sobre o que ele falar)

Questione-o:

- Se não tiver dor, a classificação é **zero**.
- Se a dor for moderada, seu nível de referência é **cinco**.
- Se for intensa, seu nível de referência é **dez**.

OBS.: Procure estabelecer variações de melhora e piora na escala acima tomando cuidado para não sugestionar o paciente.

<p>8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é a "pior dor possível"?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>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"?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>10. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face? _____ dias</p>	
<p>11. Nos últimos 6 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"?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>12. Nos últimos 6 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"?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>13. Nos últimos 6 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"?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>14.a. Alguma vez a sua mandíbula (queixo) já ficou travada de uma forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca? → Se você NUNCA teve travamento da mandíbula, passe para a pergunta 15.a → Se você JÁ TEVE travamento da mandíbula passe para a próxima pergunta</p>	<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/> 0 1
<p>14.b. Este travamento da mandíbula (queixo) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?</p>	<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/> 0 1
<p>15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?</p>	<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/> 0 1
<p>15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve o barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?</p>	<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/> 0 1
<p>15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os dentes quando está dormindo?</p>	<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/> 0 1

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.e. Você sente a sua mandíbula (queixo) "cansada" ou dolorida quando acorda pela manhã?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.g. Você sente desconfortável ou diferente a forma como os seus dentes se encostam?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.b. Você sabe se seus avós, pais ou irmãos já tiveram artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do corpo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha, sem ser a articulação (junta) perto do ouvido? → Se você NÃO teve dor ou inchaço, passe para a pergunta 17.a → Se você JÁ TEVE dor ou inchaço, passe para a próxima pergunta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos doze meses?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)? → Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 18 → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
17.b. A sua dor na face já existia antes da pancada ou trauma ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
18. Durante os últimos 6 meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaqueca?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo) impedem, limitam ou prejudicam?					
a. Mastigar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
b. Beber (tomar líquidos)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
d. Comer alimentos duros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
e. Comer alimentos moles	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
f. Sorrir ou gargalhar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
g. Atividade sexual	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
h. Limpar os dentes ou a face	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
i. Bocejar (abrir a boca quando está com sono)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
j. Engolir	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
k. Conversar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:					
	Nem Um Pouco (0)	Um Pouco (1)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Extremamente (4)
a. Por sentir dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Por ter fraqueza ou tontura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Por sentir "aperto no peito" ou no coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Por ter falta de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Por chorar facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Por culpar-se pelas coisas que acontecem ao seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j. Por sentir dores na parte inferior das costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Por sentir-se só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Por sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Por preocupar-se muito com as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. Por não sentir interesse pelas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p. Por ter músculos doloridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
q. Por ter dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
r. Por ter dificuldade em respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u. Por sentir um "nó na garganta"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
v. Por sentir-se desanimado sobre o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
w. Por sentir-se fraco em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
z. Por comer demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aa. Por acordar de madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço ou sacrifício	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dd. Por sentir-se inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ff. Por ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. O quanto você acha que tem sido os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?					<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	1 2 3 4 5
22. O quanto você acha que tem sido os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?					<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	1 2 3 4 5
23. Qual a data do seu nascimento?	Dia _____ Mês _____ Ano _____					
24. Qual o seu sexo ?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino					1 2
25. Qual a sua cor ou raça?	<input type="checkbox"/> Aleútas, Esquimó ou Índio Americano <input type="checkbox"/> Asiático ou Insulano Pacífico <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra					1 2 3 4 5
→ Se a sua resposta foi Outra, passe para as próximas alternativas sobre a sua cor ou raça:						
					<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	6 7 8
Fonte: Rio de Janeiro: IBGE, 2000.						

26. Qual a sua origem ou dos seus familiares? → Se a sua resposta foi Nenhuma acima , passe para as outras alternativas sobre a sua origem ou dos seus familiares:	<input type="checkbox"/> Porto Riquenho	1
	<input type="checkbox"/> Cubano	2
	<input type="checkbox"/> Mexicano	3
	<input type="checkbox"/> Mexicano Americano	4
	<input type="checkbox"/> Chicano	5
	<input type="checkbox"/> Outro Latino Americano	6
	<input type="checkbox"/> Outro Espanhol	7
	<input type="checkbox"/> Nenhuma acima	8
	<input type="checkbox"/> Índio	9
	<input type="checkbox"/> Português	10
	<input type="checkbox"/> Francês	11
	<input type="checkbox"/> Holandês	12
	<input type="checkbox"/> Espanhol	13
	<input type="checkbox"/> Africano	14
	<input type="checkbox"/> Italiano	15
	<input type="checkbox"/> Japonês	16
	<input type="checkbox"/> Alemão	17
	<input type="checkbox"/> Árabe	18
	<input type="checkbox"/> Outro favor especificar: _____	19
	<input type="checkbox"/> Não sabe	20
27. Até que ano da escola você frequentou? → Marque com um X apenas uma resposta:		
Nunca frequentei a escola	<input type="checkbox"/> 00	
Ensino básico (primário)	<input type="checkbox"/> 1ª série <input type="checkbox"/> 2ª série <input type="checkbox"/> 3ª série <input type="checkbox"/> 4ª série	
Ensino fundamental (ginásio)	<input type="checkbox"/> 5ª série <input type="checkbox"/> 6ª série <input type="checkbox"/> 7ª série <input type="checkbox"/> 8ª série	
Ensino médio (científico)	<input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano	
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	<input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano <input type="checkbox"/> 4º ano <input type="checkbox"/> 5º ano <input type="checkbox"/> 6º ano	
28.a. Durante as duas últimas semanas, você trabalhou em emprego ou negócio, pago ou não (não incluindo trabalho em casa)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
→ Se a sua resposta foi SIM , passe para a pergunta 29		
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a próxima pergunta		
28.b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
→ Se a sua resposta foi SIM , passe para a pergunta 29		
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a próxima pergunta		
28.c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as duas últimas semanas?		
<input type="checkbox"/> Sim, procurando emprego	1	
<input type="checkbox"/> Sim, afastado temporariamente do trabalho	2	
<input type="checkbox"/> Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho	3	
<input type="checkbox"/> Não	4	
29. Qual o seu estado civil?		
<input type="checkbox"/> Casado(a)- esposo(a) morando na mesma casa	1	
<input type="checkbox"/> Casado(a)- esposo(a) não morando na mesma casa	2	
<input type="checkbox"/> Viúvo (a)	3	
<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	4	
<input type="checkbox"/> Separado (a)	5	
<input type="checkbox"/> Nunca Casei – Solteiro (a)	6	
<input type="checkbox"/> Morando junto	7	
30. Quanto a sua família ganhou por mês nos últimos 12 meses? Coloque o valor: R\$ _____ Favor NÃO preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional		
___ 0 – 1 salário mínimo		
___ 1 – 2 salários mínimos		
___ 2 – 5 salários mínimos		
___ 5 – 10 salários mínimos		
___ mais de 10 salários mínimos		
31. Qual o seu C.E.P.?		
_____ - _____		
Muito Obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão		

ANEXO E – Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso