

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

MAÍRA DE OLIVEIRA VIANA

**ELABORAÇÃO DE UM CHECK LIST BASEADO NA CIF E AVALIAÇÃO DA
FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

Ribeirão Preto

2016

MAÍRA DE OLIVEIRA VIANA

ELABORAÇÃO DE UM CHECK LIST BASEADO NA CIF E AVALIAÇÃO DA
FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

Tese apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Medicina Social, para obtenção do Título de Doutor em “Ciências Médicas”.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Ribeirão Preto

2016

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Viana, Maíra de Oliveira

Elaboração de um check list baseado na CIF e avaliação da funcionalidade em indivíduos com disfunção temporomandibular
105 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Departamento de Medicina Social – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira.

1. Articulação temporomandibular. 2. Transtornos da articulação temporomandibular. 3. CIF. 4. Funcionalidade.

NOME: Viana, Maíra Oliveira

TÍTULO: Elaboração de um check list baseado na CIF e avaliação da funcionalidade em indivíduos com disfunção temporomandibular

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Medicina Social, para obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao **Grande Pai Celestial**, de infinita bondade e sabedoria, que me dá forças, guia e ilumina meus caminhos, com sua luz e benção tenho certeza que tudo dará certo!

A **Nossa Senhora**, minha rainha, por toda proteção concedida durante essa jornada, meu agradecimento e fé eterna.

Aos meus Pais: **Minha Mãe, Maruzza Neiva**, meu exemplo de mulher guerreira e vencedora e **Meu Pai, Fernando Júnior**, meu exemplo de homem responsável e competente
Obrigada por sonharem junto comigo, pelo incentivo e palavras de conforto, sem vocês nada seria possível! Amo vocês!

Ao meu marido **Pedro Rela**, por me incentivar e encorajar em todos os momentos.
Companheiro de todas as horas, agradeço pelo seu amor, ajuda e paciência. Amo você!

Ao querido **Prof. Jair**, por ter acreditado mais uma vez em mim, Obrigada pela parceria!

AGRADECIMENTOS

Toda lista de agradecimentos eventualmente peca pela ausência de uma ou outra pessoa que teve papel, ainda que pequeno, na conclusão de um trabalho como este. Mesmo assim, arrisco-me a relacionar os nomes de alguns que participaram dessa jornada comigo.

À **Deus e Nossa Senhora**, por todo amor, e por terem abençoada todos os dias da minha vida!

Aos meus queridos **pais, irmã, marido e demais familiares** que estiveram presente durante essa jornada, o meu muito obrigada pelo amor e suporte de toda uma vida.

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Ao **Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos**, meu orientador, mestre e exemplo, pela sua simplicidade e disponibilidade a cada momento da pesquisa. Pela maneira sempre afetuosa que me recebeu, pelo constante incentivo, paciência e atenção com que sempre me tratou, obrigada pela confiança e credibilidade.

Ao **Prof. Dr. César Bataglion**, docente da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), por todo apoio, compreensão e ensinamentos desempenhados. Obrigada por todas as contribuições, para a defesa deste trabalho.

A **Profª Drª Maria do Carmo**, pela sensibilidade nas contribuições na banca do exame de qualificação.

A **Profª Drª Cassia Maria Buchalla**, pelas valiosas e cuidadosas contribuições fornecidas ao trabalho, durante a banca do exame de qualificação que possibilitaram a melhoria deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. Jader Pereira de Farias Neto**, pela grande contribuição e disponibilidade para a construção deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. Domingos Alves**, pela disponibilidade e valiosas contribuições para melhoria deste trabalho,

Aos **professores e funcionários** da Universidade de Fortaleza e do Núcleo de Atenção Médica Integrada por todo auxílio e apoio concedido, em especial aos amigos **Guilherme Pinheiro e Ticiania Mesquita**, pelo incentivo e palavras de carinho.

Aos **meus alunos** que estiveram presente e de alguma forma colaboraram para realização do estudo.

Aos **participantes**, que prontamente aceitaram participar deste trabalho.

Aos **Professores e Funcionários** do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), por toda ajuda e apoio recebido.

Aos meus **amigos da pós-graduação** que me ajudaram, de diferentes maneiras para a realização deste trabalho.

À **todos os amigos** que fiz durante esses anos em Ribeirão Preto, que me proporcionaram momentos felizes e que fizeram diminuir a medida do possível a saudade de casa.

Obrigada a todos!!!

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que se ganha, mas o que ele nos torna.” (John Ruskin)

RESUMO

VIANA, M. O. **A Elaboração de um check list baseado na CIF e avaliação da funcionalidade em indivíduos com disfunção temporomandibular.** 2016, 105f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A Disfunção temporomandibular (DTM) é uma patologia de etiologia multifatorial, de difícil diagnóstico e tratamento, presente em grande quantidade de indivíduos que precisam de cuidado nos aspectos físicos e emocionais, influenciando de maneira negativa a qualidade de vida, pois ocasionam alteração na funcionalidade, como mastigação, fonação, deglutição, assim como atos sexuais e vida íntima, sendo necessário compreender o paciente como um todo, para traçar metas adequadas que valorizem suas capacidades e desempenho frente às atividades cotidianas. Dessa forma a Classificação Internacional de Funcionalidade e saúde (CIF) poder servir como ferramenta norteadora de ações estratégicas. O objetivo geral da pesquisa foi elaborar um check list da CIF e avaliar a funcionalidade de indivíduos com DTM. O estudo foi realizado com 150 pacientes de ambos os sexos, com idade variando entre 18 a 60 anos com diagnóstico de DTM atendidos no setor de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Tratou-se de um estudo transversal e quantitativo. Os pacientes foram avaliados segundo o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) o qual propõe a classificação em DTM artrogênica, miogênica e mista, e classificados pelo check list da CIF para indivíduos com DTM, desenvolvido a partir do instrumento RDC/TMD e conhecimento profissional do perfil dos pacientes em estudo. Os resultados mostraram que a maioria dos participantes foram diagnosticados nos grupos I e III associados (n=54), apresentando dor miofascial e alterações algicas e/ou degenerativas da ATM. As funções neuromusculoesqueléticas e a relação destas com o movimento apresentaram alterações de mobilidade (b710) e estabilidade (b715) de intensidade leve em 30% (n=45) e 33% (n=49) e moderada em 29% (n=44) e 41% (n=62). Estruturas presentes nos lábios não mostraram nenhum tipo de deficiência, porém estruturas presentes na região da cabeça e pescoço (s710) e estruturas da coluna vertebral (s7600) apresentaram-se desviada de seu eixo original. A atividade mais comprometida foi comer (d550) em 94%. Os fatores ambientais facilitadores foram as atitudes individuais de profissionais de saúde (e450); (n=125), os profissionais de saúde (e355); (n=123), medicamentos (e1101); (n=80) e barreiras, os serviços, sistemas e políticas de saúde (e580); (n=31). Sendo assim os resultados apontam que o check list da CIF para DTM mostrou-se útil porque possibilitou a descrição dos problemas enfrentados pelos indivíduos com DTM, onde poucas categorias foram consideradas não representativas do instrumento proposto.

Descritores: Articulação temporomandibular, Transtornos da Articulação temporomandibular, CIF, Funcionalidade

ABSTRACT

VIANA, M. O. **Preparation of a check list based of ICF and evaluate the functionality of individuals with Temporomandibular disorder.** 2016, 105f. Ph.D. (Thesis) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Temporomandibular dysfunction (TMD) is a multifactorial pathology, difficult to diagnose and treatment, which is present in a great number of individuals who need physical and emotional care, negatively influencing a quality of life, such as chewing, phonation, swallowing, As well as sexual acts and intimate life, and it is necessary to understand the patient as a whole, to set appropriate goals that value their abilities and performance in relation to daily activities. In this way, the International Classification of Functioning and Health (CIF) can serve as a guiding tool for strategic actions. The general objective of the research was to elaborate a check list of the ICF and to evaluate the functionality of individuals with TMD. The study was carried out with 150 patients of both sexes, ranging in age from 18 to 60 years with TMD diagnosed in the Physiotherapy sector of the Nucleus of Integrated Medical Attention (NAMI) of the University of Fortaleza (UNIFOR). It was a cross-sectional and quantitative study. The patients were evaluated according to the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC / TMD), which proposes classification in arthrogenic, myogenic and mixed TMD, and classified by the CIF check list for individuals with TMD, developed from the RDC / TMD instrument And professional knowledge of the profile of the patients under study. The results showed that most of the participants were diagnosed in the associated groups I and III (n = 54), presenting myofascial pain and painful and / or degenerative TMJ changes. The neuromusculoskeletal functions and their relation with movement presented changes in mobility (b710) and stability (b715) of light intensity in 30% (n = 45) and 33% (n = 49) and moderate in 29% (n = 44) And 41% (n = 62). Structures present on the lips did not show any type of deficiency but structures present in the head and neck (s710) and structures of the spine (s7600) were deviated from their original axis. The most impaired activity was eating (d550) in 94%. The facilitating environmental factors were the individual attitudes of health professionals (e450); (N = 125), health professionals (e355); (N = 123), drugs (e1101); (N = 80) and barriers, health services, systems and policies (e580); (N = 31). Thus, the results show that the CIF checklist for TMD was useful because it enabled a description of the problems faced by individuals with TMD, where few categories were considered non-representative of the proposed instrument.

Descriptors: Temporomandibular Joint, Temporomandibular Joint Disorders, CIF, Functionality

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Classificação segundo RDC/DTM, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.....	48
Tabela 2 -	Percepção dos sinais e sintomas, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.....	49
Tabela 3 -	Média das funções do corpo contidas no check list baseado na CIF, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.....	49
Tabela 4 -	Categorias de funções do corpo da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF e porcentagem de indivíduos com alguma deficiência, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.....	50
Tabela 5 -	Categorias de estrutura do corpo da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF e porcentagem de indivíduos com alguma deficiência, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.....	52
Tabela 6 -	Categorias de atividades e participações da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF e porcentagem de indivíduos com alguma deficiência, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.....	54
Tabela 7 -	Categorias de fatores ambientais da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF e porcentagem de indivíduos com alguma deficiência, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
AVD	Atividade de vida diária
b	Funções do corpo
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Capacidade e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde
CCP	Câncer de cabeça e pescoço
d	Atividade e Participação
DDCR	Deslocamento de disco com redução
DDSR	Deslocamento de disco sem redução
DC/TMD	<i>Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders</i>
DTM	Disfunção temporomandibular
e	Fatores ambientais
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
RDC/DTM	Critérios de diagnóstico em pesquisa para disfunção temporomandibular
s	Estruturas do corpo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
	Apresentação do problema	15
2	OBJETIVOS	19
	2.1 Objetivo geral	19
	2.2 Objetivos específicos	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
	3.1 Articulação Temporomandibular	20
	3.2 Disfunção Temporomandibular	22
	3.3 Dor Crônica	28
	3.4 Dor Orofacial	30
	3.5 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	31
	3.6 Qualidade de Vida	38
4	MATERIAIS E MÉTODOS	41
	4.1 Delineamento do estudo	41
	4.2 Local da pesquisa	41
	4.3 Seleção da amostra	41
	4.4 Coleta de dados	42
	4.5 Aspectos éticos	46
	4.6 Análise dos dados	47
5	RESULTADOS	48
6	DISCUSSÃO	58
7	CONCLUSÃO	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	91
	ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

Apresentação do problema

Nos últimos anos a disfunção temporomandibular (DTM), é definida como um conjunto de condições dolorosas e/ou disfuncionais que envolvem os músculos da mastigação e da articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas (LEEUEW, 2010).

Estudos vêm se tornando cada vez mais frequentes, devido ao fato de que, por volta de 70 a 93% da população mostra pelo menos um sinal e/ou sintoma da DTM (MINGHELLI, MORGADO E CARO, 2014; OLIVEIRA et al., 2012; MARTINS et al., 2008; BOVE; GUIMARÃES; SMITH, 2005), como ruídos na ATM e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM (LEEUEW, 2010), que podem ser de diferentes graus bem como ocorrer na região intra-articular e/ou extra-articular (MINGHELLI; MORGADO; CARO, 2014; ANELLI-BASTOS e OLIVEIRA, 2005), como dor ou cansaço na musculatura mastigatória e/ou ATM, ruídos articulares, limitações nos movimentos, dor de pescoço, cefaleias, vertigem. Podem acometer indivíduos de qualquer idade, sendo mais prevalentes em indivíduos entre os 20 a 45 anos, do sexo feminino.

A DTM é considerada de etiologia multifatorial, sendo esses fatores de origem neuromuscular, psicológica e anatômica (DONNARUMMA et al., 2010). A característica mais importante dessa disfunção é a dor crônica (VISSCHER et al., 2002; PEREIRA et al., 2005; OLIVO et al., 2006).

Somando-se a estes fatos, as alterações psicológicas aumentam a frequência, intensidade e duração dos hábitos parafuncionais, tais como, ranger e apertar os dentes, roer unhas, morder lábios e bochechas, os quais causam hiperatividade nos músculos da mastigação, sobrecarga nas articulações temporomandibulares, intensificando a disfunção (MINGHELLI; MORGADO; CARO, 2014; MONTERO et al., 2011; BONJARDIM et al., 2005), comprometendo a capacidade funcional e as atividades de vida diária (AVD) dos pacientes com essa disfunção (BIAZOTTO-GONZALEZ, 2005).

Alterações relacionadas a esse complexo sistema podem desencadear estímulos dolorosos ou alterações psicológicas e emocionais que interferem diretamente no desempenho de atividades diárias da população, seja pela morbidade provocada pela dor, desviando a atenção das pessoas no intuito de aliviar o desconforto, seja por uma dificuldade no relacionamento interpessoal pela ausência de elementos dentários (MENDONÇA et al., 2010). A dor e o estresse associados com a DTM representam uma influência negativa na saúde sistêmica e qualidade de vida do indivíduo, comprometendo as atividades sociais

diárias como escola e trabalho, funções afetivas, equilíbrio cognitivo, sono e atividades físicas (OLIVEIRA et al., 2003).

Pela sua alta prevalência e cronicidade, a DTM tem sido considerada uma condição de saúde pública, tendo despertado o interesse entre vários profissionais e pesquisadores (JOHN; DWORKIN; MANCL, 2005). Atualmente, a associação de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, tem sido discutida amplamente. Embora a maioria das doenças orais como a DTM não seja fatal, levam a significativa morbidade e geram consequências sociais e psicológicas que afetam a qualidade de vida dos pacientes (LOCKER; GIBSON, 2005; COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; REBELO, 2011).

Estudos mostram que a DTM não está relacionada apenas ao componente físico do indivíduo, e seus sinais e sintomas interferem também nas atividades cotidianas (BERNHARDT et al., 2005). Oliveira et al. (2003), em estudo que avaliou o impacto da dor na região orofacial na vida de indivíduos com DTM, afirma que a dor pode prejudicar as atividades domésticas, no trabalho e na escola em 59% dos pacientes, o sono em 68,1% e o apetite/alimentação em 63,6%, concluindo-se que a dor da DTM tem um impacto negativo no relacionamento familiar e, conseqüentemente, na qualidade de vida do paciente.

As DTMs levam a um quadro de dor crônica e, como as cefaleias e as dores nas costas, apresentam grande influência no comportamento social e no estado psicológico desses pacientes, gerando um grande impacto na sua qualidade de vida (BERNHARDT et al., 2005). Sabido que a dor crônica é a principal causa de procura por atendimento em ambulatórios (PONTE et al., 2008; DAO e LERESCHE, 2000), foi realizado um estudo sobre o perfil dos pacientes atendidos em ambulatórios no Brasil, sendo observado a presença da DTM dentre as dores crônicas acometidas (CIPRIANO; BENZECRY; VALL, 2011).

É preciso compreender o paciente como um todo, a fim de traçar metas adequadas que valorizem suas capacidades e desempenho frente às atividades cotidianas. Estudos afirmaram que ao longo dos anos, foram propostos na literatura vários sistemas de classificação e diagnósticos para DTM. No entanto todos esses eram baseados apenas em sinais e sintomas físicos, sem avaliar os aspectos psicossociais relacionados a essa patologia (KOSMINSKY et al., 2004), se tornando um fator limitante no avanço dos estudos.

Visando essa padronização do diagnóstico da disfunção foram propostos por DWORKIN E LERESCHE (1992) os Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para Disfunção Temporomandibulares (RDC/DTM), devido a controvérsias na sua aplicação clínica, uma nova ferramenta foi desenvolvida classificando em 12 categorias as DTMs, o Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) (SCHIFFMAN et al., 2014). Porém o

mesmo não mensura a incapacidade dos indivíduos com DTM e não retrata sobre a influência dos fatores ambientais que possam vir a atuar como barreiras ou facilitadores na evolução da disfunção.

Cada vez mais se observa a importância de obter informações sobre a condição de saúde dos pacientes após um diagnóstico de doença crônica e/ou acidente, uma vez que conhecer as causas de morte e a incidência de doenças, em época em que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a prolongar a vida humana, pode não ser suficiente para o planejamento das ações do setor saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Dessa forma a análise e as discussões sobre funcionalidade e incapacidade humana podem ajudar na concepção de indicadores de saúde mais específicos, direcionados para as consequências das doenças, bem como na elaboração de políticas públicas mais efetivas (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Com a proposta de formular uma linguagem nova e universal para a comunicação em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2001 criou e aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF), com objetivo de “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde” (MANCINI, 2005; USTUN; CHATTERJI; KOSTANJESK, 2004; USTUN et al., 2003; OMS, 2003).

A classificação propõe uma quebra de paradigmas, em que a visão negativa da incapacidade é substituída pela funcionalidade, transpassando o modelo biomédico partindo para o modelo biopsicossocial onde o contexto ambiental, físico, social, as percepções culturais, a oferta de serviços, de tecnologia e a postura diante da deficiência repercutem na condição de saúde do cliente/ paciente e, portanto, devem ser considerados pelo profissional que o avalia e presta serviços de saúde (CASTANEDA; CASTRO, 2013; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Porém a CIF não possui muita aplicabilidade na prática, visto que avaliar todas as categorias em todas as pessoas seria impraticável, dessa forma ferramentas foram desenvolvidas embasadas na sua estrutura, como os checklist, os quais devem ser desenvolvidos para doenças, condições ou intervenções específicas, para descrever a funcionalidade de um indivíduo com determinada condição funcional nomeadamente nos cuidados paliativos (RIBERTO, 2011).

Existe grande necessidade de investigações a respeito da utilização do check list da CIF em pacientes com DTM associada com outros instrumentos de avaliação que podem influenciar seu tratamento e qualidade de vida desses pacientes. É de fundamental importância propor tal interação no intuito de fornecer uma base científica para o entendimento e o estudo

da saúde, e estabelecer uma linguagem comum e mais uniforme a ser utilizada pelos usuários e profissionais da saúde, além de influenciar e motivar a produção científica da área, promovendo o desenvolvimento de novas avaliações, bem como orientar a elaboração de estratégias de intervenção mais eficientes, além de servir como ferramenta norteadora de ações estratégicas que melhorem a produtividade, a eficiência do trabalho e o direcionamento dos recursos financeiros.

O interesse em desenvolver a pesquisa é decorrente da experiência como fisioterapeuta em um núcleo de tratamento que lida com pacientes com DTM, quanto à compreensão da complexidade deste problema e comunicação entre os diversos profissionais da saúde e entre os diversos fatores sociais envolvidos no processo de diagnóstico, tratamento e recuperação funcional.

A pesquisa contribuirá para o conhecimento aprofundado quanto às necessidades dos indivíduos com disfunções temporomandibulares, suas competências e inabilidades, além de abordar o impacto gerado na sua qualidade de vida. Assim, auxiliando o fisioterapeuta e os demais profissionais da área da saúde, com essa especialidade, devido à multidisciplinaridade dos conhecimentos envolvidos na disfunção, possibilitando melhores estratégias de atendimento e eficácia na conduta adotada com a utilização de um instrumento adequado para avaliar as dimensões da funcionalidade dos indivíduos com DTM no sistema de saúde.

Nesse sentido, o uso do check list norteador pelos domínios da CIF consiste em ser um instrumento adequado para evidenciar o impacto das alterações físicas no desempenho das atividades cotidianas e laborais em indivíduos com DTM, contribuindo para o diagnóstico funcional. Além disso, poderão favorecer a elaboração de plano terapêutico adequado, com estratégias eficazes junto à família, instituições de saúde, ensino e comunidade, fornecendo subsídios para inclusão escolar e social, visto que o enfoque da CIF é biopsicossocial.

Diante desse contexto, são levantadas algumas questões: Quem são os indivíduos diagnosticados com DTM atendidos em uma instituição de Fortaleza-Ceará? Qual é o seu perfil funcional? Quais suas capacidades e habilidades motoras mediante seu quadro clínico? Como os fatores pessoais e ambientais influenciam a vida desses indivíduos?

Buscar respostas para estas questões contribuirá para o conhecimento aprofundado quanto às reais necessidades desses indivíduos, suas competências e inabilidades, promovendo uma padronização na linguagem dos profissionais envolvidos, possibilitando melhores estratégias de atendimento e eficácia na conduta adotada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um check-list baseado na CIF e avaliar a funcionalidade de indivíduos com DTM.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever as características sócio-demográficas e clínicas dos participantes;

Classificar o tipo de DTM da amostra;

Verificar a presença de alterações nas funções e estrutura;

Identificar sua capacidade e desempenho para executar tarefas e atividades diárias;

Verificar a interferência de fatores ambientais na funcionalidade;

Identificar os domínios e as categorias da CIF mais referidos para classificar a população com DTM.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Articulação temporomandibular

A ATM faz parte do sistema estomatognático e é formada por várias estruturas internas e externas, capaz de realizar movimentos complexos. É responsável pela mastigação, fonação, deglutição, respiração e expressão facial. Esse sistema, por sua vez, está unido estrutural e funcionalmente ao corpo como um todo (OHRBACH et al., 2010; WINOCUR et al., 2009; BIASOTTO-GONZALEZ et al., 2008).

Mongini (1998) relata que a ATM é uma articulação sinovial que consiste de côndilo mandibular, fossa glenóide, tuberosidade articular, disco articular e a cápsula com ligamentos de reforço. É a articulação mais regularmente usada no corpo humano, abrindo e fechando 1.500 a 2.000 vezes ao dia, para realizar os vários movimentos necessários (HOPPENFIELD, 2001). Os músculos presentes nessa região são responsáveis pelos movimentos de elevação ou abaixamento, fechamento ou abertura, protrusão e retrusão e pelos movimentos laterais alternados, além de garantirem a estabilidade das articulações (TEM CATE, 2000).

A primeira evidência do desenvolvimento dessa articulação é observada desde os 3 meses do desenvolvimento fetal, quando duas condensações, o blastema temporal e o condilar, formam-se no mesênquima lateral à articulação primária da mandíbula (ZARB et al., 2000).

Dentre os componentes esqueléticos participantes nesse sistema podemos citar a maxila e a mandíbula que suportam os dentes e o osso temporal que suporta a mandíbula em sua articulação com o crânio. É formada pelo côndilo mandibular que se articula na fossa mandibular do osso temporal, separando esses dois ossos de um contato direto encontramos o disco articular (OKESON, 2013).

Segundo Biasotto-Gonzalez (2005) o osso temporal é dividido em três partes: escamosa, timpânica e petrosa. A maxila é a parte fixa do crânio que constitui a parte estacionária do sistema mastigatório. A mandíbula é um osso único em forma de “U” responsável pela sustentação dos dentes inferiores. Podendo ser dividida em corpo e ramo mandibular (OKESON, 2013; ZARB et al., 2000). Okeson (2006) afirma que o côndilo mandibular se articula na base do crânio com a porção escamosa do osso temporal. Possui dois pólos, sendo um lateral e outro medial, onde ambos têm uma forma elíptica e são recobertos por uma capa fibrocartilaginosa.

O disco articular consiste em tecido fibroso denso e sua forma configura-se de acordo com as faces articulares às quais ele é oposto. Rocabado (1979) e Okeson (2013) dividem o disco em três partes, sendo uma borda anterior, zona intermediária e borda posterior. As superfícies internas do disco são revestidas de células endoteliais quem dão origem a membrana sinovial, que juntamente com outra membrana sinovial localizada na borda anterior dos tecidos retrodiscais, produz o líquido sinovial responsável pela lubrificação das superfícies articulares (OKESON, 2013; ZARB et al., 2000).

Segundo Okeson (2013) três ligamentos funcionais suportam a ATM: o ligamento colateral, o ligamento capsular e o ligamento colateral, além de dois acessórios o esfenomandibular e o estilomandibular.

O nervo trigêmeo e o nervo facial oferecem a inervação aos principais músculos mastigatórios: temporais anteriores, masseteres, pterigoideos mediais e laterais, músculos supra-hióideos, milo-hióideos, estilo-hióideos e o ventre anterior dos digástricos. Estes músculos são irrigados pela artéria maxilar e pela alveolar inferior. O nervo auriculotemporal e o temporal são responsáveis pela inervação aferente das ATM, e a irrigação sanguínea ocorre através das artérias temporal superficial, auricular profunda, timpânica anterior e faríngea ascendente (TEM CATE, 2000).

Os músculos da mastigação são formados por quatro pares de músculos: masseter, temporal, pterigóideo medial e pterigóideo lateral (SANTOS, 1987). Uma distinção é geralmente feita entre os músculos elevadores e os depressores da mandíbula. Os elevadores são os músculos masseter, pterigóideo medial e temporal, e os depressores são: milo-hióideo, gênio-hióideo e digástrico (MONGINI, 1998).

Segundo Biasotto-Gonzalez (2005) devido a estreita relação da ATM com a cabeça e o pescoço, devemos citar alguns músculos que participam da mecânica desse sistema, sendo responsável direta ou indiretamente pela postura mandibular do indivíduo, dentre eles podemos destacar: esternocleidomastóideo (ECOM), trapézio, escalenos, esplênio da cabeça e levantador da escápula.

Os músculos agem sobre a articulação para obter a elevação (fechamento) e a depressão (abertura) da mandíbula, a protrusão e a retração, movimentos laterais alternados, além de garantir a estabilidade da mesma (ZARB et al., 2000).

Okeson (1996) afirma que em uma análise funcional, a abertura deve apresentar uma distância interincisal de 40 mm a 60 mm. Quando for menor que 40 mm considera-se que ocorra hipomobilidade mandibular, já quando exceder os 60 mm, é considerada hiperomobilidade. Em ambas não deve ocorrer nenhum desvio da linha mediana. Segundo

Felício (1994) a lateralidade de um indivíduo sem desordens musculares ou na ATM varia entre 10 a 12 milímetros. Para Okeson (2013) um movimento retrusivo ocorre quando a mandíbula move-se posteriormente a partir da posição intercuspidal. A distância desse movimento quando comparada aos outros é muito pequena (1 ou 2mm).

Segundo Arrelano (2002) a participação ativa da articulação temporomandibular nas diversas funções implica que sua mobilidade não é guiada somente pelos músculos mastigatórios, mas pela sinergia de numerosos músculos, que também participam em outras ações voluntárias ou reflexas. Portanto, um desequilíbrio nestas regiões poderá afetar todo o conjunto (OHRBACH et al., 2010).

Apesar de se tratar de uma articulação dupla, cada uma pode trabalhar separadamente, ainda que não ao mesmo tempo, porém uma sofre influência da outra, sendo assim importante o conhecimento sobre a biomecânica para melhor entendermos quando ela apresenta algum tipo de disfunção (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; STEENKS E WIJER, 1996).

3.2 Disfunção Temporomandibular

3.2.1. Conceito

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, a DTM é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas (LEEuw, 2010). A DTM é considerada um subgrupo das disfunções musculoesqueléticas e constitui a principal fonte de dor na região facial, excluindo-se as de origem dental (OKESON, 1996).

A DTM pode ainda ser subdividida em muscular (dor miofascial, fibromialgia, mioespaço e fibrose/contratura) e articular (sinovite/capsulite, derrame articular, trauma/fratura, artrite e neoplasia). A diferenciação entre desordens articulares das desordens musculares torna-se um desafio, visto que em alguns pacientes a DTM manifesta-se pela sobreposição deste componentes. Além disso, os distúrbios da articulação podem desencadear à disfunção muscular, assim como, alterações musculares podem repercutir em distúrbios articulares (HERB; CHO; STILES, 2006).

3.2.2. Dados epidemiológicos

Foi observado em uma população do município de São Paulo, que a maioria das pessoas com disfunção estava na faixa etária de 39 a 49 anos, sendo essa considerada a faixa de participação ativa do indivíduo na sociedade (MARTINS et al., 2008).

No Brasil, poucos são os estudos que verificaram a prevalência de sinais e sintomas de DTM em amostras populacionais. Pesquisadores afirmam que 37,5% da população apresentavam ao menos um sintoma de DTM (GONÇALVES et al., 2010).

Em uma revisão sistemática com metanálise identificou-se que, a prevalência da necessidade de tratamento para DTM na população adulta foi estimada em 15,6%, sendo que as estimativas para a população jovem, de 19 a 45 anos, foi maior do que para a de adultos mais velhos (acima de 46 anos) (AL-JUNDI et al., 2008). Para Kumar e Brennan, (2013) a DTM atinge entre 5 a 12% da população, e a idade mais afetada está entre 20 a 40 anos de idade.

Estudo desenvolvido com 40 pacientes portadores de DTM que buscaram atendimento no Serviço de Controle da Dor Orofacial do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, no período de agosto de 2006 a junho de 2007, revelou que os sinais e sintomas mais frequentes foram o ruído (95%), a dor articular (82,5%) e a ocorrência de cefaleia (77,5%). Os pacientes em 77,5% da amostra relataram que a exacerbação dos sintomas da DTM é desencadeada por excesso de trabalho (35,3%), ocorrência de conflitos familiares (25,5%), presença de doença (21,6%) e a existência de problemas financeiros (17,6%) (FIGUEIREDO et al., 2009).

As alterações causadas pela DTM, em especial a dor, podem interferir nas atividades diárias sociais do indivíduo afetado levando a um efeito negativo na função social, na saúde emocional, e no nível de energia (SELAIMEN et al., 2006). Os sinais e sintomas da DTM podem ser considerados uma fonte de dor crônica quando associados a algumas alterações músculo-esqueléticas e até mesmo à somatização, ansiedade e depressão (OKESON; LEEUW, 2011). Depressão e outros fatores psicológicos aumentam o risco de cronicidade (VELLY et al., 2011).

Klasser e Greene (2009) consideram os fatores biológicos, psicológicos e sociais como excelentes descritores da maioria dos pacientes que apresentam sintomatologia dolorosa. Os autores acreditam que a alteração biológica com repercussões na ativação de vias de dor podem ter antecedentes psicológicos e consequências comportamentais.

3.2.3 Agentes etiológicos

As tentativas de isolar uma causa nítida e universal da DTM não têm sido bem-sucedidas (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010). A etiologia da DTM não é explicada por um mecanismo em que uma única causa seria suficiente na determinação do quadro clínico. A realidade é bem mais complexa e adota-se o modelo multifatorial com participação de aspectos neurobiológicos e psicossociais (SUVINEN et al., 2005). Os pacientes com DTM apresentam como queixas comuns dores na mandíbula e/ou maxila, dor na região da orelha, dor facial e cefaleia.

Quanto a fatores sociais que podem vir a acentuar a sintomatologia da disfunção, excesso de trabalho, ocorrência de conflitos familiares, presença de doença e problemas financeiros foram reportados pela maioria dos pacientes. Fatores psicológicos/emocionais são frequentes em portadores da moléstia. Situações críticas do dia-a-dia do ser humano, crises econômicas, desemprego, morte na família, divórcio, problemas de saúde, sentimento de inferioridade e excesso de trabalho podem desencadear a doença (ASH; RAMFJORD; SCHMIDSEDER, 2001; CESTRARI; CAMPARIS, 2002). Ademais, o indivíduo afetado pela sintomatologia dolorosa apresenta perda de interesse pela vida, alteração de comportamento, fuga das responsabilidades pessoais, sociais e profissionais (ASH; RAMFJORD; SCHMIDSEDER, 2001; GONCALVES et al., 2010). Geralmente, os fatores físicos, sociais, e psicológicos estão associados à etiologia dessa disfunção. Esta informação sobre o desenvolvimento e manutenção das DTM é definida como o modelo biopsicossocial das DTM (DOUGALL et al., 2012).

Os fatores responsáveis pela DTM classificam-se em três categorias (LEEuw, 2010):

- **Fatores Predisponentes** - aumentam a suscetibilidade para o desenvolvimento do problema e corresponde a associação de variáveis morfológicas, fisiológicas, psicológicas e ambientais;
- **Fatores Precipitantes** – desencadeiam o surgimento dos sintomas e incluem várias combinações de trauma, tensão, hiperfunção e falhas dos fatores inibidores naturais;
 - **Fatores Perpetuadores** – dificultam ou interferem na capacidade curativa, incapacidade de controlar os fatores etiológicos e são decorrentes de ganhos secundários com a doença e efeitos negativos de tratamento inadequados. Dentre os **fatores predisponentes**, os fatores psicossociais podem ser representados por crises de ansiedade e

depressão e os fatores fisiopatológicos subdivididos em (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010).

- **Fatores sistêmicos:** doenças degenerativas, endócrinas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, vasculares e reumatológicas;
- **Fatores locais:** alteração na viscosidade do líquido sinovial, aumento da pressão intra-articular e estresse oxidativo;
- **Fatores genéticos:** presença de haplótipos associados à sensibilidade dolorosa.

Dentre os **fatores precipitantes**, destaca-se que o microtrauma pode ser provocado por traumas de pequena monta, realizados de maneira repetitiva, como os decorrentes de hábitos parafuncionais (bruxismo, apertamento dentário). Complementarmente, define-se que dentre os **fatores perpetuadores** enquadram-se as tensões mecânicas e musculares, os problemas metabólicos e, principalmente, as alterações comportamentais e psicoemocionais (OKESON, 1996).

3.2.4 Classificação, Diagnóstico e Prognóstico

Segundo Oliveira et al., (2003), para caracterizar portadores de DTM, é importante a utilização de ferramentas válidas, sensíveis e confiáveis, que avaliem o maior número possível de sinais e sintomas.

Classificar saúde permite obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo, permitindo os profissionais de saúde obter um quadro completo dos seus doentes ou às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações locais, assim como diagnosticar, examinar e/ou detectar a presença de problemas de saúde e identificar necessidades de tratamento e melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde e os pacientes (FITZPATRICK, 1994; SWANSON et al., 2006).

Dworkin e Leresche (1992) ressaltam que, na literatura, não existe um critério diagnóstico de consenso. Kosminsky et al., (2004) enfatizam que a falta de padronização de um mesmo critério para avaliação dos aspectos relacionados a essa patologia leva a resultados muitas vezes discrepantes. Nesse sentido, Svensson (2007) aponta a necessidade de se utilizar um critério de classificação que seja universalmente aceito e validado.

Várias classificações e critérios de diagnósticos já foram propostos para as DTM, sendo que o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) é o mais aceito. Ele reflete a interação complexa entre as dimensões físicas e psicológicas da dor

crônica e evoluiu para um sistema de eixo duplo na tentativa de permitir uma mensuração confiável de sinais e sintomas de desordens temporomandibulares no Eixo I, bem como fatores psicológicos e psicossociais associados no Eixo II (DWORKIN; LERESCHE, 1992). O desenvolvimento do RDC/TMD teve como objetivo estabelecer critérios confiáveis e válidos para diagnosticar e definir subtipos de DTM, pois um dos maiores problemas metodológicos é a definição precisa das populações a serem investigadas (PEHLING et al., 2002).

O RDC/TMD estabeleceu um sistema de classificação para pesquisa e consta de um questionário autoaplicável com 31 questões e de um formulário para exame físico com 10 itens, além de especificações para realização do exame do paciente e critérios de diagnóstico que permitem classificar cada caso de acordo com suas condições físicas (Eixo I) (Quadro 1), o qual busca o diagnóstico clínico das desordens dos músculos mastigatórios e das articulações, representando os fatores físicos baseados nos sinais e psicológicas (Eixo II) (Quadro 2) que classifica o indivíduo com base no impacto da dor, incapacidade relacionada à dor, além de avaliar os fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais relevantes ao tratamento de pacientes com DTM, representando os fatores psicossociais, baseados nos sintomas.

GRUPO I	DISFUNÇÕES MUSCULARES (DM)
Ia	Dor miofascial
Ib	Dor miofascial com limitação de abertura
GRUPO II	DESLOCAMENTO DE DISCO ARTICULAR (DDA)
IIa	Deslocamento de disco com redução
IIb	Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura bucal
IIc	Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura bucal
GRUPO III	OUTRAS CONDIÇÕES DAS ARTICULAÇÕES
IIIa	Artralgia
IIIb	Osteoartrite
IIIc	Osteoartrose

Quadro 1 – Critérios de Classificação do RDC/ TMD Eixo I (Condições Físicas)

Intensidade de dor e incapacidade	Sem dor na ATM Pouca incapacidade e pouca dor Pouca incapacidade e muita dor Alta incapacidade e dor moderada Alta incapacidade e severa limitação
Grau de depressão	Ausência Moderada Severa
Sintomas físicos não-específicos	Ausência Moderada Severa
Limitação de função mandibular	Valores numéricos

Quadro 2 – Critérios de Classificação do RDC/TMD Eixo II (Condições Psicológicas)

Segundo Lucena et al., (2006), esse processo de adaptação cultural resultou em um instrumento de fácil entendimento e aplicação. A versão em português do RDC/TMD foi considerada válida e com resultados reproduzíveis para a população do Brasil, solidificando o caminho na inclusão do Brasil em estudos epidemiológicos em DTM. O RDC/TMD é o sistema de diagnóstico mundialmente utilizado (WIESE et al., 2008).

O RDC/TMD é indicado para uso em pesquisas, para homogeneidade de amostras. No dia-dia clínico deixava a desejar, pelo grande número de vieses. Nesse sentido, critérios diagnósticos para as DTM que permitam uma avaliação segura e completa do paciente são necessários tanto no cenário de pesquisa quanto clínico, o que facilita a comunicação e pode aproximar os achados laboratoriais e de centros de pesquisa com a experiência clínica. A nova ferramenta para o diagnóstico da DTM recebe o nome de *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)* (SCHIFFMAN et al., 2014).

O DC/TMD apresenta 12 principais categorias de DTM e que são agrupadas de duas formas: a) DTM relacionada à dor (artralgia, mialgia, mialgia local, dor miofascial, dor miofascial com referência e cefaleia atribuída à DTM); b) DTM intraarticular (deslocamento de disco com redução, deslocamento de disco com redução e travamento intermitente, deslocamento de disco sem redução e com limitação de abertura, deslocamento de disco sem

redução e sem limitação de abertura, doença degenerativa articular e subluxação). Para cada uma dessas categorias há um algoritmo específico que permite verificar se o paciente possui ou não o distúrbio. Todo esse conjunto de distúrbios e diagnósticos é denominado de Eixo I do DC/TMD. Os autores também evidenciam a importância de se avaliar o comprometimento emocional e psicossocial do paciente com DTM. Para tal fim, existe o denominado eixo II do DC/TMD, que compreende uma série de instrumentos validados que podem dimensionar o grau desse comprometimento em cada paciente, orientando o clínico quanto à necessidade de um tratamento multiprofissional (SCHIFFMAN et al., 2014).

Tão importante quanto determinar o diagnóstico clínico da DTM é determinar a severidade dessa disfunção e o RDC/TMD não fornece essa informação. Para Bevilacqua-Grossi et al., (2006), a severidade é importante para entender a progressão da patologia, bem como para discriminar os pacientes que necessitam de tratamento. Segundo esses mesmos autores, poucos trabalhos têm feito essa consideração.

3.3 Dor Crônica

Fricton e Dubner (2003), em um estudo comparando a dor por DTM com a cefaleia e dor lombar em relação à intensidade da dor, cronicidade, frequência e incapacidade associadas à dor, entende que se pode considerar a DTM como uma condição crônica, recorrente e não auto limitante.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define doença crônica como um problema de saúde que requer uma gestão contínua por períodos de anos ou décadas. Considerando esta perspectiva, as condições crônicas cobrem inúmeras categorias: doenças não transmissíveis (ex.: doenças cardiovasculares, cancro, diabetes); doenças transmissíveis; distúrbios mentais (ex.: depressão, esquizofrenia) e deficiências mantidas nas estruturas (ex.: amputação, cegueira, distúrbios articulares (OMS, 2003).

A dor crônica é aquela que persiste além do tempo necessário para a cura de uma lesão, ou está associada a processos patológicos crônicos, apresenta-se com mais de três meses de duração e se manifesta de modo contínuo ou recorrente. Em idosos, geralmente predomina a dor do tipo crônica, relacionada à patologia degenerativa (FIGUEIRÓ, 2000).

A dor prolongada torna-se o foco primário de atenção do doente e atrapalha grande parte das atividades. Estão entre as principais causas de absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. É um

problema de saúde pública, pela prevalência, alto custo e impacto negativo que pode causar na qualidade de vida de pacientes e de suas famílias (ARNSTEIN, 2000).

As doenças crônicas são a principal causa de incapacidade, a maior razão para a demanda a serviços de saúde e respondem por parte considerável dos gastos efetuados no setor. Segundo Lorig et al., (2001) a prevalência de problemas crônicos de saúde vem aumentando, entre os adultos, em todos os grupos etários.

Existem muitas condições crônicas, mas o único elemento que têm em comum, é que a doença crônica afeta a vida do indivíduo em todas as suas dimensões, sociais, econômicas e psicológicas. A OMS estima que para as doenças crônicas sejam canalizados cerca de 60-80% dos recursos globais investidos na saúde. O impacto das doenças crônicas é muito mais que os gastos com a terapêutica medicamentosa (OMS, 2003).

A dor é uma experiência universal e que pode ter profundos efeitos sociais. Estima-se que aproximadamente um terço da população mundial sofra de dor crônica, sendo que esta custa bilhões de dólares anualmente para os serviços de saúde, em perda de dias de trabalho, redução da produtividade e compensações por invalidez (LOESER, 2001). Para Edwards et al., (2011), a dor afeta a produtividade do trabalho e a vida social.

Em um estudo realizado por Johannes et al., (2010), observaram que um terço da população americana apresentou algum tipo de dor crônica por pelo menos seis meses de duração. Valores semelhantes podem ser encontrados também no Brasil, ressaltando a importância da dor crônica como uma questão de saúde pública (GUREJE et al., 1999). Segundo a OMS (2003), as condições crônicas, que lidam com algum tipo de incapacidade, se não tiverem um programa de gestão eficiente, em 2020, serão o problema mais dispendioso dos sistemas de saúde.

Siqueira e Teixeira (2001), relatam que indivíduos com dor crônica tornam-se importantes ônus para serviços de saúde, institutos de previdência e companhias de seguro, onde no Brasil, mais de 1/3 da população julga que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de 3/4 considera que a dor crônica limita as atividades recreacionais, relações sociais e familiares. Devido à dor, cerca de 50% a 60% dos doentes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, transitória ou permanentemente. Por ser um problema de saúde pública o estudo epidemiológico da dor crônica no Brasil deve ser priorizado, embora haja dificuldades para sua realização, especialmente pelo número reduzido de pesquisadores (HOLTZ; STECHMAN, 2008).

No Brasil, estudo sobre impacto oral no desempenho diário de uma população trabalhadora observou alto percentual de relato (73,6%) de interferência gerada por problemas

odontológicos. Desconforto e dor foram o primeiro e o terceiro sintomas que mais geraram interferência, respectivamente (LACERDA et al., 2011).

A dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano. Acarreta, por conseguinte, um dramático efeito para a sociedade no elevado custo do tratamento e no custo das horas perdidas no processo produtivo (MACFARLANE et al., 2002).

3.4 Dor Orofacial

A dor orofacial compreende a região abaixo da linha orbitomeatal, acima do pescoço e anterior às orelhas. Os tipos mais prevalentes de dor orofacial são dor de dente e dor na região da articulação temporomandibular (KOSMINSKY; GÓES, 2003).

A dor orofacial de origem não dental foi descrita primeiramente por Costen, em 1934, e tem como denominação mais comum síndrome de dor e disfunção temporomandibular (SCHWARTZ, 1959), ou síndrome de disfunção miofascial (COSTEN, 1934).

Rossi (2013), refere-se a dor orofacial como a dor associada aos tecidos moles e duros da cabeça, face e pescoço. Diz ainda que é uma experiência comum na população com profundos efeitos sociológicos e impactos na qualidade de vida.

Dentre as condições dolorosas, merecem destaque aquelas provenientes da região orofacial, uma queixa humana comum e bastante frequente (OKESON, 1996), referem-se a um grande grupo de transtornos, incluindo DTM, cefaleias, nevralgias, odontalgias e dor idiopática (AGOSTONI; FRIGERIO; SANTORO, 2005; MADLAND; NEWTON-JOHN; FEINMANN, 2001). Segundo Kuroiwa et al., (2011), a dor orofacial pode alterar a qualidade de vida (QV) mais do que outras condições sistêmicas, tais como diabetes, hipertensão ou úlcera.

A dor crônica orofacial pode estar relacionada a um espasmo dos músculos da mastigação, devido a uma variedade de fatores, tais como: problemas na ATM, certos hábitos de mastigar ou morder, e tensão muscular excessiva. Círculos viciosos podem emergir entre aumento de dor e mais contração muscular ou entre irritação muscular e contração disfuncional. Assim, pode-se desenvolver uma DTM, condição que acarreta dor intensa, sem necessariamente ter uma causa objetivamente constatável (VANDENBERGHE; CRUZ; FERRO, 2003).

Macfarlane et al., (2002) constataram um crescente número de estudos na área, com a identificação de importantes percentuais de dor orofacial entre adolescentes, adultos e idosos. Idade e gênero revelaram-se as variáveis mais comumente associadas à dor orofacial.

Pouco se sabe a respeito da prevalência da dor orofacial e seu impacto no cotidiano de trabalhadores no Brasil. Estudo envolvendo população de trabalhadores de limpeza urbana de Porto Alegre, RS, observou um alto percentual (73,6%) se referindo à interferência em atividades diárias, gerada por problemas odontológicos. O desconforto e a dor foram o primeiro e o terceiro sintomas que mais geraram interferência, respectivamente (GOMES; ABEGG, 2007).

Na análise do absenteísmo devido à dor orofacial, observou-se que 11,6% dos trabalhadores com queixa de dor no último semestre precisou faltar ao trabalho. Destes 40% faltaram um turno de trabalho, correspondendo a 4 horas e 40% faltaram dois turnos, ou seja 8 horas, os demais faltaram menos de um turno. No total foram 66 horas de trabalho perdidos no último semestre por causa da dor orofacial, o que representa no conjunto 0,25 hora perdida por trabalhador no semestre (LACERDA et al., 2011)

3.5 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

3.5.1 Histórico das Classificações

O conjunto das classificações da OMS conhecido como “família” das classificações, tem por objetivo uniformizar as informações sobre saúde, como diagnóstico, incapacidade, razões para contatar o serviço de saúde, análise da prevalência de doenças e cuidados oferecidos à população. Por meio de uma linguagem padronizada, que possibilita a comunicação e a comparação em todo o mundo sobre saúde e atenção sanitária, a OMS desenvolveu o sistema de códigos numéricos para padronizar o registro das doenças (GRAY; HENDERSHOT, 2000).

Historicamente, as intervenções em reabilitação têm sido guiadas pelo modelo médico que define saúde como a ausência de doenças e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e nos sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico (SAMPAIO; MANCINI; FONSECA, 2002). Na atualidade, os modelos de reabilitação refletem uma mudança de paradigma e definem saúde em termos mais amplos, indicando que

fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e a qualidade de vida (OMS, 2003).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) é o sistema internacional que classifica os estados de saúde. Esse instrumento de reconhecida importância não permite, no entanto, avaliar o impacto da doença sobre o ser, tampouco descrever a restrição funcional determinada pela doença. A CID constitui uma codificação alfanumérica que sistematiza em categorias as entidades mórbidas e os problemas relacionados à saúde com a finalidade de registro, arquivamento, recuperação e análise das informações (MAZZILLI, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Para superar este desafio a OMS iniciou estudos para definir um sistema classificatório e descritivo das alterações funcionais. Assim, em 1980, em caráter de estudo, foi apresentada a primeira versão da Classificação Internacional de Deficiências Incapacitantes e Desvantagens (CIDID), para classificar as consequências de doenças não fatais. O CIDID, desenvolvido em caráter experimental, ainda se encontrava muito atrelado à doença, pois descrevia a incapacidade das pessoas, e não o “bem-estar” ou a funcionalidade de forma neutra (GRAY; HENDERSHOT, 2000).

Em 1993 foi iniciado um processo de revisão da CIDID, sendo propostas sucessivas versões com o intuito de englobar as dimensões da saúde e da funcionalidade humana e adequar o sistema de classificação a diferentes culturas e idiomas. Em outubro de 2000, essa classificação foi colocada em prática na segunda versão para avaliação de sua eficiência. Após um ano, já em sua versão final, foi incluída na “família” das classificações desenvolvidas pela OMS para aplicação em vários aspectos da saúde. A funcionalidade e a incapacidade, nos seus vários domínios, foram classificadas pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (WHO, 2001; CIF, 2002; CIF, 2003).

Em maio de 2001, na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, a OMS aprovou o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a CIF. O novo título reflete a mudança de uma abordagem baseada nas consequências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas (OMS, 2003).

A nomenclatura baseia-se nas descrições positivas de função, atividade e participação. Na versão final da OMS, funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes de sua atividade de vida diária, bem como sua participação na sociedade. Pela primeira vez na história da saúde existe um modelo

teórico acompanhado de uma classificação para a funcionalidade (NORDENFELT, 2003; OMS, 2003).

O uso concomitante de ambas as condições do estado de saúde, CID e CIF, traz vantagens, pois fornece panorama mais abrangente da situação de saúde dos indivíduos. Por isso, é importante compreender a relação entre esses dois conceitos que proporcionam abordagem sistemática e padronizada, quando se busca relacionar o estado de saúde medido para a CIF (CIEZA et al., 2004).

A abordagem biopsicossocial da CIF permite integrar as várias perspectivas da funcionalidade humana e descrever uma experiência de saúde na sua totalidade, incorporando a noção de sistema dinâmico em constante troca com o meio ambiente. É importante a coleta de dados relacionados a cada uma das três dimensões do modelo (biológica, individual e social) de forma independente para posteriormente explorar associações entre elas (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Com a utilização em larga escala, a CIF permite nova nomenclatura e visa a estabelecer protocolos voltados às pessoas com deficiência ou incapacidade, o que ajuda a estabelecer a igualdade de oportunidades. A participação do poder público para mais divulgação e inserção da CIF é importante para melhor definição e avaliação das incapacidades e deficiências (NUBILA; BUCHALLA, 2008).

A CIF fornece uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever todos os aspectos da saúde humana. O modelo conceitual da CIF permite a integração das várias dimensões da saúde: biológica, individual e social (SAMPAIO, LUZ, 2009). Contempla 1.454 categorias que possibilita amplas informações acerca da funcionalidade humana, sendo um instrumento relevante e de alto poder descritivo (BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALLA, 2013).

A classificação propõe uma quebra de paradigmas, em que a visão negativa da incapacidade é substituída pela funcionalidade, transpassando o modelo biomédico partindo para o modelo biopsicossocial onde o contexto ambiental, físico, social, as percepções culturais, a oferta de serviços, de tecnologia e a postura diante da deficiência repercutem na condição de saúde do cliente/ paciente e, portanto, devem ser considerados pelo profissional que o avalia e presta serviços de saúde (CASTANEDA; CASTRO, 2013).

3.5.2 Componentes e objetivos

O enfoque principal da CIF é a influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social. Nela, todos os domínios de saúde e os conteúdos relacionados interagem e apresentam a mesma relevância para descrever o processo de funcionalidade e incapacidade (SCHNEIDERT et al., 2003).

A CIF apresenta múltiplas finalidades: fornecer uma base científica para o entendimento e o estudo da saúde e estabelecer uma linguagem comum a ser utilizada pelos usuários e profissionais da saúde, além de influenciar e motivar a produção científica da área, promovendo o desenvolvimento de novas avaliações e condutas (OMS, 2003).

Com a utilização em larga escala, a CIF permite nova nomenclatura e visa a estabelecer protocolos voltados às pessoas com deficiência ou incapacidade, o que ajuda a estabelecer a igualdade de oportunidades. A participação do poder público para mais divulgação e inserção da CIF é importante para melhor definição e avaliação das incapacidade e deficiências (NUBILA; BUCHALLA, 2008; STEINER et al., 2002).

O esquema conceitual da CIF, mundialmente difundido, apresenta-se conforme figura 1. Essa classificação constitui, portanto, uma abordagem com múltiplas perspectivas para descrever a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo (OMS, 2003).

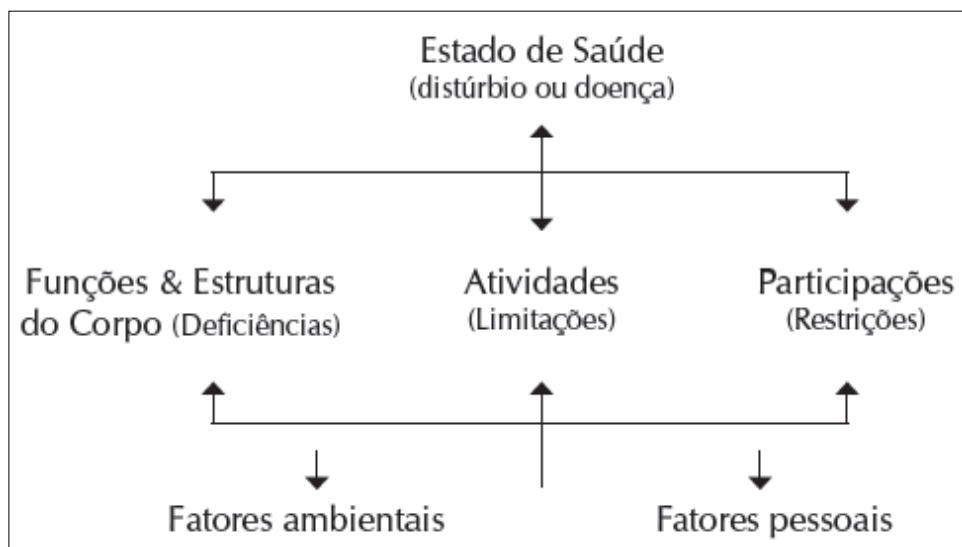
1 - “Estruturas do Corpo” são definidas como as partes anatômicas do corpo como órgãos e membros, e **“Funções do Corpo”** são as funções fisiológicas e psicológicas do sistema corporal. Além do código para cada função e estrutura, existe também a possibilidade de acrescentar informações a cada condição, atribuindo ao código um ou mais qualificadores. Esses são dígitos adicionais aos códigos. Um primeiro qualificador varia em uma escala de zero a quatro, sendo que o zero representa nenhuma deficiência, e o quatro deficiência completa. Um segundo qualificador para Estrutura do Corpo indica a natureza da mudança na estrutura corporal correspondente e o terceiro qualificador indica a localização da deficiência (OMS, 2003).

2 - “Atividade e Participação” são representadas na CIF como uma única lista de condições às quais são atribuídos códigos. Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Limitações de atividades são mudanças ao nível pessoal (OMS, 2003). Os dois qualificadores do componente de Atividade e Participação são o qualificador de Desempenho e o de Capacidade (OMS, 2003). O qualificador Capacidade descreve a

habilidade dos indivíduos de executar uma tarefa ou uma ação em um ambiente padronizado ou uniforme. O qualificador de Desempenho descreve como uma pessoa executa uma tarefa ou uma ação em seu ambiente real na vida (THREATS, 2003). Tanto o qualificador de capacidade como o de desempenho podem ser usados com e sem dispositivos de ajuda, na escala de zero a quatro, zero representando nenhuma dificuldade e, quatro, dificuldade completa (OMS, 2003).

3 - “Fatores Contextuais” incluem os Fatores Ambientais, que compreendem os ambientes físico, social e atitudes que as pessoas vivem e Fatores Pessoais que são as características das pessoas ou aqueles aspectos dos pacientes que não são partes de uma condição de saúde particular ou estado. Estes dois fatores poderão influenciar o efeito da incapacidade, limitações das atividade e restrições de participação no relato de saúde e de qualidade de vida da pessoa com perda auditiva (VALENTE et al., 2006).

Cada um dos componentes/domínios da CIF é distribuído em capítulos em que os códigos com títulos e com definições associadas são listadas hierarquicamente, aumentando o nível de detalhe em categorias de primeiro, segundo, terceiro e, em alguns casos, de quarto nível.



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2003)

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF

Cada componente é identificado por prefixos, em cada código: b (do inglês body, corpo) para funções do corpo; s (do inglês structure) para estruturas do corpo; d (do inglês domain) para atividade e participação e, e (do inglês environment) para fatores ambientais. Estas letras são seguidas por um código que começa com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos), pelo terceiro nível (um dígito) e pelo quarto nível (um dígito), a existência desses níveis se deve ao fato de que categorias mais amplas podem ter subcategorias mais detalhadas (OMS, 2003).

Os códigos só estão completos com a presença do “qualificador” que indica a magnitude do nível de saúde. Os qualificadores são representados por um ou mais números, colocados após o código e separados por um ponto. A utilização de qualquer código deve estar acompanhada de um qualificador. Sem ele, os códigos não apresentam significado (OMS, 2003).

O qualificador dá sentido ao código, indicando o grau de perda funcional, estrutural ou o grau de perda da capacidade. Os qualificadores também permitem que se classifiquem as barreiras e os facilitadores, mostrando o impacto dos fatores ambientais e sociais na função, quando o indivíduo tem alguma alteração do estado de saúde (SCHEIDERT et al., 2003). Diferentemente da classificação com a CID-10 que é uma classificação de doenças na qual, em geral, cada diagnóstico tem apenas um código, na CIF, uma alteração funcional poderá ter vários códigos de cada parte da classificação, apresentando-se do ponto de vista epidemiológico um instrumento mais adequado que a CID-10 (OMS, 2003)

A OMS recomenda que a cada categoria da CIF seja associado um qualificador que reflita o impacto da condição de saúde sobre aquele aspecto específico da funcionalidade. A escala genérica de qualificadores varia de 0 a 4, conforme a gravidade do comprometimento, seguindo uma ordenação nominal, qualitativa, como expresso na coluna central do Quadro 3 (OMS, 2003).

Qualificador	Definição nominal	Definição Quantitativa
0	NENHUM problema (nenhum, ausente, escasso...)	0-4%
1	Problema LEVE (leve, baixo...)	5-24%
2	Problema MODERADO (médio, regular...)	25-49%
3	Problema GRAVE (elevado, extremo...)	50-95%
4	Problema COMPLETO (total...)	96-100%
8	Não especificada	
9	Não aplicável	

Quadro 3 – Qualificadores genéricos da CIF

A utilização dos qualificadores também pode ser simplificada. Uma categoria sem alterações (ou sem problemas) é completada com o qualificador “0” (zero). Já a magnitude de um problema é definida com o uso dos qualificadores de “1” a “4”, sendo “4” a identificação de um problema completo (ou de magnitude máxima). Porém, a CIF também propõe o uso do qualificador “8” (não especificado), que significa a existência de alguma alteração, sem que seu grau de magnitude esteja especificado, ou “9” que representam situações na quais a informação não pode ser obtida.

3.5.3 Check list

A Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) é reconhecida como ferramenta útil aos fisioterapeutas e suporte para comunicação entre diferentes profissões, composta por 1.454 categorias, que descrevem aspectos da funcionalidade humana. Após alguns anos de publicação da CIF, observou-se que a classificação é muito longa e exaustiva para o uso cotidiano, o que trouxe à tona a necessidade de criação de instrumentos mais curtos (ÜSTÜN et al., 2001).

Desafios adicionais como a quantificação das categorias, a articulação da CIF com outras medidas existentes também começaram a ser discutidas (STUCKI e GRUMBY, 2004). O processo de elaboração de listas resumidas foi proposto no ano de 2004 e até o presente momento várias listas já foram criadas para diferentes condições (BRACH et al., 2004;

TSCHIESNER et al., 2010; STUCKI et al., 2004; CIEZA et al., 2004; EWERT et al., 2004; WEIGL et al., 2004).

Na área da reabilitação, o interesse em realizar a avaliação da funcionalidade das pessoas vem crescendo em diversos campos, esses dados auxiliam a otimizar os objetivos da intervenção, visando manter a funcionalidade do paciente e minimizar as suas incapacidades (YANG et al., 2012).

O mais importante na prática clínica é considerar a funcionalidade como o ponto central para avaliação e determinação de condutas. No entanto, na prática clínica torna-se impossível ao profissional de saúde aplicar todos os itens de classificação da CIF, diante da necessidade de operacionalizar o modelo teórico de funcionalidade e incapacidade na prática clínica e nas pesquisas, é preciso que sejam desenvolvidos instrumentos de avaliação com o objetivo de adequar o processo de avaliação à perspectiva biopsicossocial proposta pela OMS através da CIF (STUCKI, 2005; RIBERTO, 2011). No sentido de tornar a CIF mais viável de utilização na perspectiva dos ambientes na área de saúde, foi lançado no ano de 2003 o projeto de criação de listas resumidas para condições específicas de saúde baseadas na CIF (STUCKI E GRUMBY, 2004).

Como formas de facilitar o uso da CIF sem distanciamento do modelo de funcionalidade e incapacidade tem sido discutidas. Uma delas é uma alternativa de “core set”, como a criação de listas resumidas baseadas em áreas de atuação ou patologias específicas. Portanto, para aumentar a sua aplicabilidade na prática, visto que avaliar todas as categorias em todas as pessoas seria impraticável, foram desenvolvidas ferramentas embasadas na sua estrutura, como checklist e Core Sets, devem ser desenvolvidas para doenças, condições ou intervenções específicas, como aspecto mais importante para descrever a funcionalidade de um indivíduo com determinada condição funcional nomeadamente nos cuidados paliativos (RIBERTO, 2011). As listas também têm o intuito de encorajar os profissionais de saúde a utilizarem a ferramenta e de tornar mais prático e fácil o acesso à CIF (MC INTIRE & TEMPEST, 2009).

3.6 Qualidade de Vida

Para Lim e Zebrack (2004), qualidade de vida (QV) é um constructo multidimensional, subjetivo, e está relacionado ao bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. O termo QV não inclui somente conceitos da doença, estado funcional, saúde mental e conforto, mas o impacto de funcionamento familiar também deve ser levado em

consideração, além disso, alguns autores descrevem que muitas definições de qualidade de vida se baseiam fortemente na funcionalidade (DAVIS et al., 2006).

Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que a QV não representa apenas uma vida sem doenças físicas, mas, a busca da felicidade e satisfação pessoal, em todos os aspectos da vida, no âmbito profissional, social, fisiológico, emocional e espiritual, juntos em um conjunto de equilíbrio harmonioso. Holmes (2005) ressalta que a qualidade de vida também se relaciona com a satisfação do indivíduo com a vida e está determinada pelas expectativas pessoais.

O conceito de QV é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém consenso em torno da ideia de que são múltiplos os fatores que determinam QV de pessoas e comunidades. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo, QV pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais (NAHAS, 2003).

Seidl, Zannon e Costa (2004), afirmam que a qualidade de vida tem suscitado pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas.

Paschoal (2006) relatou que o fenômeno QV possui várias dimensões incluindo pelo menos três: física, psicológica e a social, cada uma incluindo vários aspectos. Destes aspectos, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas. Os estados crônicos-degenerativos levam à incapacidade e a deterioração funcional. Estereótipos relacionados ao envelhecimento comprometem a possibilidade de uma QV melhor e as pessoas tendem a ignorar sintomas como tristeza, dor ou cansaço.

Martins, França e Kimura (1996) observaram a QV em indivíduos com doenças crônico-degenerativas, visto que podem ter início como uma condição aparentemente aguda, porém se prolongar através de episódios dolorosos e exacerbativos, podendo ocasionar nesses indivíduos diferentes sentimentos e comportamentos devido à alterações na capacidade física, autoestima e na imagem corporal, quando comparadas com outros indivíduos.

Um estudo da OMS em 15 países distribuídos por vários continentes salienta que existem alguns indicadores universais para uma boa qualidade de vida. Segundo esse estudo as pessoas valorizam alguns aspectos práticos da vida como a possibilidade de desempenharem as atividades do dia-a-dia de uma forma autônoma e sem moléstias físicas, a possibilidade de ver e ouvir bem, de ter energia e ser capaz de se mover. Ao contrário do que alguns poderiam pensar, quer a imagem corporal e a aparência, quer a satisfação com a sua

vida sexual não mereceram, a julgar por esse estudo, um lugar de primazia (TEIXEIRA, 2000).

Programas de reabilitação responsáveis pelo atendimento da DTM vêm passando por uma mudança de paradigma e definindo saúde em termos mais amplos, indicando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e para a qualidade de vida (POLI; MOROSINI; MARTINELLI, 2003)

A QV possui um conceito amplo, subjetivo, produtivo e polissêmico o qual tem sido motivo de inúmeros estudos na área da saúde, especialmente voltados para pessoas com doenças crônicas, como a DTM. Essa é avaliada pelo próprio indivíduo como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com o seu processo de viver (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SANTOS et al., 2002).

Indicadores subjetivos de saúde geral e bucal têm demonstrado que a DTM pode impactar muito a QV dos indivíduos, impacto esse, considerado superior à periodontite recorrente ou a necessidade de substituição de próteses totais removíveis. Em muitos casos, a percepção e os sentimentos dos pacientes em relação à sua saúde bucal são ignorados. Os médicos que tratam pacientes que sofrem dor crônica devem avaliar seu impacto sobre a vida destes indivíduos, mas também devem considerar como benefício o tratamento que pode melhorar a sua qualidade de vida. Portanto, a utilização de instrumentos para avaliar o impacto da DTM sobre a QV dos indivíduos é fundamental para determinar as necessidades de tratamento e avaliação de sucesso (BARROS, et al., 2009).

Barros e colaboradores (2009), em seu estudo com pacientes de uma clínica especializada em dor orofacial de uma universidade, afirmam que a correlação entre a severidade do impacto de uma desordem temporomandibular na qualidade de vida de um indivíduo é considerável.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, com abordagem quantitativa e de estrutura transversal, na qual todas as variáveis são medidas em um único momento, sem período de acompanhamento (HULLEY et al., 2003).

4.2 Local e Período da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no setor de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), campo de extensão da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), localizado em Fortaleza – CE, no bairro Edson Queiroz, no período de Agosto de 2013 a Junho de 2016.

O NAMI foi criado em 1978 e oferece atendimento de saúde gratuito de qualidade, prestando serviços de natureza secundária objetivando realizar atendimentos desde consultas médicas, análises laboratoriais, vacinas, atendimento materno-infantil e serviços especializados em enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e psicologia, constituindo também um espaço de estágio (UNIFOR, 2016).

O setor de fisioterapia do NAMI atualmente oferece um atendimento especializado para os indivíduos diagnosticados com disfunção temporomandibular que são encaminhados do setor de odontologia da UNIFOR (UNIFOR, 2016).

4.3 Seleção da amostra

A seleção dos pacientes foi realizada por conveniência no serviço de Odontologia da Universidade de Fortaleza, na qual os indivíduos deveriam estar cadastrados a partir do ano de 2013. A utilização desta técnica de amostragem intencional (amostra de conveniência), tem como pressuposto básico uma estratégia adequada para selecionar os elementos que devem ser incluídos na amostra.

Os critérios de inclusão adotados para a amostra foram: indivíduos previamente diagnosticados pelo serviço de Odontologia da UNIFOR com DTM articular associada ou não à dor miogênica, com idade entre 18 e 60 anos, independente do sexo. Participantes que faziam uso crônico, por mais de seis meses de analgésicos, anti-inflamatórios ou

psicotrópicos, de placa oclusal, diagnosticados com distúrbios neurológicos centrais ou periféricos, doenças cardíacas e epilepsia e gestantes, foram excluídos da pesquisa.

A delimitação da idade é justificada porque acredita ser a faixa etária da maioria da população acometida com DTM, além de ser a considerada a faixa de participação ativa do indivíduo na sociedade, além da mudança hormonal presente acima dos 60 anos que também podem influenciar na DTM. Diante do fato, a presente pesquisa totalizou em 150 participantes.

4.4 Coleta de dados

Inicialmente todos os participantes responderam o questionário e foram examinados para classificação segundo o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* RDC/TMD (ANEXO A) (DWORKIN; LERESCHE, 1992). Todas as avaliações foram realizadas pela pesquisadora de maneira independente. As medidas de limite dos movimentos mandibulares foram realizadas duas vezes para a análise de confiabilidade.

Em seguida foi utilizada a lista resumida elaborada em conformidade com a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (OMS, 2003) e adaptado pela própria examinadora, de acordo com a especificidade da população estudada (APÊNDICE A).

4.4.1 Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)

Para a classificação segundo o RDC/TMD, os participantes foram avaliados, deitados em uma maca, numa sala com iluminação adequada. A avaliação da oclusão estática obedeceu à classificação de Angle (1987). A avaliação funcional da oclusão, bem como a palpação, foram realizadas de acordo com o RDC/TMD Eixo I (DWORKIN E LERESCHE, 1992) e compreenderam os seguintes itens:

- a) Oclusão funcional: Medidas de abertura bucal máxima, protrusão máxima, lateralidade direita e a esquerda, desvio da linha média (se houver) e ruídos articulares. Caso o sujeito relate dor, foi solicitado que a localize (músculos; ATM; outros), de acordo com o protocolo.
- b) Palpação: foi realizada na musculatura elevadora (masseter e temporal) e abaixadora da mandíbula (supra-hióideos), nos músculos pterigóideo lateral e medial e na ATM, para a observação de reações de dor. Também, na ATM durante os movimentos mandibulares

para a identificação de ruídos articulares, que foram confirmados por ausculta. Caso o sujeito relatasse dor, foi solicitado que a graduasse, de acordo com o protocolo.

Os indivíduos foram classificados em grupos, utilizando o RDC/TMD que é constituído por quatro partes: (1) um questionário aplicado ao doente; (2) uma ficha de exame clínico; (3) especificações para o exame clínico, incluindo um conjunto de instruções para o doente durante o exame; (4) um protocolo de registo dos resultados do Eixo I (diagnóstico clínico de DTM) e do Eixo II (avaliação psicossocial).

O Eixo I foi realizado com o intuito de registar os dados clínicos físicos, avaliando os movimentos mandibulares, sons articulares, palpação muscular e articular. Tendo como base os critérios do Eixo I, os doentes foram organizados em três grupos: (I) com alterações dos músculos da mastigação, estando neste grupo incluídos aqueles com diagnósticos de dor miofascial e dor miofascial com abertura limitada; (II) deslocamentos do disco, podendo estes deslocamentos ocorrer com redução (DDCR), sem redução (DDSR) e com abertura limitada da boca e ainda sem redução e sem abertura limitada da boca; (III) artralgia, artrite e artrose (doenças articulares inflamatórias ou degenerativas), grupo no qual os diagnósticos possíveis são os de artralgia, osteoartrite e osteoartrose.

Estes diagnósticos não são mutuamente exclusivos, podendo coexistir dois ou até três diagnósticos de grupos diferentes. No entanto, dentro do mesmo grupo apenas pode existir um diagnóstico por articulação.

Tendo em vista que cada indivíduo pode apresentar diferentes classificações de disfunção, o RDC/DTM possibilita o agrupamento em grupo com um ou mais diagnósticos de DTM, sendo: GI, GII, GIII, GI+GII, GI+GIII, GII+GIII, GI+GII+GIII e ausente. Para a análise e interpretação dos dados, a partir dos dados coletados deste exame, os indivíduos foram classificados segundo os critérios da Academia Americana de Dor Orofacial (OKESON, 1996): DTM muscular (GI); DTM articular (GII, GIII e GII+GIII) e DTM mista (GI+GII, GI+GIII, GI+GII+GIII).

O Eixo II foi utilizado com a finalidade de registar os dados psicológicos (depressão e somatização) e o grau de dor crónica. Baseando-se na intensidade da dor e na sua interferência com as atividades da vida diária, os doentes foram classificados com um grau de dor crónica. Identifica o perfil psicológico dos pacientes, agrupando segundo a intensidade da dor crónica e incapacidade, grau de depressão, escala de sintomas físicos não específicos e limitação da função mandibular (CAMPOS et al., 2009).

1. A análise da graduação da dor crónica foi baseada nos seguintes critérios: avaliação da graduação da gravidade da dor crónica e quantificação de incapacidade (escores e dias de

incapacidade). Os critérios de Classificação da RDC/TMD – intensidade da dor e incapacidade (graduação da gravidade da dor crônica) foram de grau zero a quatro: grau zero: ausência de dor por DTM nos últimos seis meses; grau I: baixa capacidade e dor de intensidade baixa; grau II: baixa incapacidade e dor de intensidade alta; grau III: alta incapacidade e moderadamente limitante e grau IV: alta incapacidade e gravemente limitante.

2. Grau de depressão: os pacientes foram classificados em: depressão moderada, grave ou ausente.
3. Os sintomas físicos não específicos incluindo itens de dor (somatização da dor sob aspectos psicossomático) foram classificados em: moderado, grave ou sem sintomas físicos não específicos.
4. Limitação relativa à função mandibular: cálculos realizados através da soma do número de respostas positivas da questão 19 dividido pelo número de itens respondidos (valores numéricos com até três casas decimais).

4.4.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

O instrumento de coleta de dados foi elaborado em conformidade com a CIF, que oferece uma estrutura de coleta de dados sobre a dimensão da limitação do paciente e seu comprometimento em atividades e um sistema para a codificação de informações sobre saúde e, em especial, sobre função mediante a deficiência, utilizando uma linguagem comum e padronizada (OMS, 2003).

O instrumento foi adaptado pela própria examinadora, que após análise da CIF em sua totalidade, selecionou as categorias relevantes de acordo com a especificidade da população estudada. Para a construção do check list, os seguintes estudos foram desenvolvidos: 1) Seleção, a partir da opinião de fisioterapeutas que atuam com indivíduos com DTM, dos códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, para acompanhamento dessa população; 2) Levantamento dos códigos da CIF relacionados/associados ao instrumento utilizado na rotina clínica considerado padrão ouro para a avaliação/acompanhamento de indivíduos com DTM, o RDC/TMD. Ao final, os códigos da CIF selecionados em cada estudo realizado (com os profissionais e instrumento clínico) foram comparados e os que não se repetiam, se complementaram para compor o check list.

Na CIF, a organização da informação é dividida em duas partes, que possuem dois componentes: a primeira parte contempla áreas de Funcionalidade e Incapacidade, e se subdivide em Funções e Estruturas do Corpo; e Atividades e Participação. Cada componente contém vários domínios e em cada domínio existem várias categorias, ou unidades de classificação. Cada um dos componentes pode ser representado tanto em termos positivos como negativos (OMS, 2003). A construção do check list se deu pelo auto relato dos participantes a partir das perguntas relacionadas as categorias selecionadas para o instrumento final.

A classificação segundo a CIF foi analisada levando-se em consideração três aspectos. Para a análise da parte 1, que inclui funções e estruturas corpóreas, foi utilizado o primeiro qualificador que se relaciona à extensão da deficiência, para as duas partes e os qualificadores opcionais que se referem à natureza e à localização da deficiência para análise das estruturas corpóreas (OMS, 2003).

Para análise da parte 2, referente às limitações de atividades e restrição à participação, foi aplicado o primeiro qualificador, sendo analisados itens de capacidade e desempenho para executar uma determinada função (OMS, 2003).

A parte 3 está relacionada aos fatores ambientais e foi avaliada pela utilização do primeiro qualificador acrescido dos símbolos convencionais da CIF “+” ou “-”, para ilustrar se o item avaliado constituía um facilitador ou uma barreira respectivamente (OMS, 2003).

Cada categoria é expressa por um código alfa-numérico, que tem equivalência semântica em todos os países membros da OMS, onde são acrescidos uma ou mais escalas numéricas, denominadas de qualificadores. Os qualificadores demonstram a extensão ou a magnitude da deficiência, limitação, restrição, barreiras ou facilitadores das condições de saúde (OMS, 2003).

A apresentação isolada de um código de uma categoria, tem um valor neutro, ou seja, uma categoria para ter validade, necessita estar qualificada quanto à magnitude ou extensão da lesão ou quanto à presença ou ausência de um facilitador ou barreira ambiental. Essa quantificação/qualificação é apresentada numa escala numérica que varia de 0 a 4, sendo comum a todos os componentes e por essa razão também designada por qualificador genérico. As estruturas do corpo possuem além do qualificador genérico, um qualificador para a natureza da mudança na estrutura e ainda um qualificador que indica essa localização (OMS, 2003).

Os três aspectos foram analisados com base nos qualificadores 0, 1, 2, 3, e 4, sendo que 0 significava nenhuma deficiência (0-4%), 1 deficiência leve (5-24%), 2 moderada (25-

49%), 3 grave (50-95%) e, 4 deficiência completa (96-100%). Os qualificadores 8 e 9, que compõem esta qualificação genérica foram omitidos, visto que não foi considerado necessária ou aplicáveis aos casos, pois a instrumento visou qualificar uma população específica.

Durante a aplicação do instrumento, foram identificadas: funções do corpo: mentais, sensoriais e dor, da voz e fala, neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento; estruturas do corpo: relacionadas à voz e à fala, relacionadas ao movimento; atividades e participação: aprendizagem e aplicação de conhecimentos, tarefas exigências gerais, comunicação, mobilidade, auto cuidados, vida doméstica, interações e relacionamentos interpessoais, áreas principais da vida, vida comunitária, social e cívica; fatores ambientais: produtos e tecnologia, apoio e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e políticas.

Todos os dados foram coletados pela pesquisadora, no serviço de fisioterapia da instituição, em um ambiente adequado, livre de interferências externas, com dia e horários previamente estabelecidos.

4.5 Aspectos éticos

O projeto foi delineado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos a partir da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e o Código de Ética do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional, descritos na Resolução COFFITO 10/78. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, de acordo com o Parecer nº 434.775 (ANEXO B).

De acordo com a resolução as pesquisas envolvendo indivíduos atenderam às obrigações éticas e científicas fundamentais. A ética da pesquisa possui:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Daí, a pesquisa envolvendo indivíduos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

Os participantes foram orientados e esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e após concordância a mesma teve seu início. Foram dadas garantias de anonimato, de não sofrer danos, e foi assegurada a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento. Apresentou riscos mínimos, já que a mesma não incluiu procedimentos de tratamento ou de avaliação invasiva, evitando qualquer prejuízo do tipo moral, físico, psíquico ou financeiro aos participantes, pois foram realizadas somente avaliação e aplicação de questionários.

4.6 Análise dos dados

A partir das informações coletadas, foram montadas tabelas visando uma melhor representação dos dados. As variáveis quantitativas foram resumidas na forma de média \pm desvio-padrão, enquanto a apresentação das variáveis categóricas foi sistematizada na apresentação porcentual das categorias. Para o processamento foi utilizado o pacote estatístico STATA, versão 12.0.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 150 indivíduos, sendo que predominaram o sexo feminino (80,66%); (n=121) e a faixa etária de 18 a 40 anos. A idade dos participantes variou de 18 a 60 anos, apresentando média de aproximadamente 34,93 anos.

Como resultados da análise dos subgrupos do questionário Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para Disfunção Temporomandibulares (RDC/DTM), a maioria dos participantes foram diagnosticados no grupo I e III associados (n=54), apresentando dor miofascial e alterações álgicas e/ou degenerativas da ATM, seguidos grupo I (n=44) caracterizados com dor miofascial isolada. Apenas dois indivíduos foram classificados no grupo II (Tabela 1).

Tabela 1- Classificação segundo RDC/DTM, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016

Grupo RDC/DTM	18 a 40 anos		41 a 60 anos		Total	
	n	%	N	%	n	%
Grupo I	34	34,69%	10	19,23%	44	29,33%
Grupo II	2	2,04%	0	0,00%	2	1,33%
Grupo III	1	1,02%	6	11,54%	7	4,67%
Grupo I e II	11	11,22%	10	19,23%	21	14,00%
Grupo I e III	40	40,82%	14	26,92%	54	36,00%
Grupo II e III	2	2,04%	3	5,77%	5	3,33%
Grupo I, II e III	8	8,16%	9	17,31%	17	11,33%
Total	98	100%	52	100%	150	100%

n = Número de indivíduos; % = Percentual; DTM = Disfunção temporomandibular;
RDC/DTM = Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para Disfunção Temporomandibulares

Na Tabela 2 estão representados alguns dos sinais e sintomas presentes na amostra e sua frequência. Como se pode verificar, a dor orofacial foi o sintoma mais predominante nesta amostra, 80% (n=120) dos indivíduos relatavam esta queixa. Após analisar a amplitude de movimento da abertura de boca, observou-se que os pacientes apresentavam redução de sua amplitude quando comparado com o valor normal da literatura, de 45 mm, cerca de 66% (n=99) apresentaram limitação de abertura da boca, a cefaleia também se fez presente em

76,67% (n=115) dos participantes e 46,67% (n=70) queixaram-se de ruídos da articulação temporomandibular (ATM). Os restantes ocorreram de forma menos frequente.

Tabela 2 - Percepção dos sinais e sintomas em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.

Sinais e Sintomas	Presença		Ausência	
	n	%	n	%
Dor Orofacial	120	80,00%	30	20,00%
Cefaleia	115	76,67%	35	23,33%
Ruído na ATM	70	46,67%	80	53,33%
Bruxismo	63	42,00%	87	58,00%
Zumbido	65	43,33%	85	56,67%
Limitação de Abertura bucal	99	66,00%	51	34,00%

n= Número de indivíduos; %= Percentual; DTM= Disfunção temporomandibular; ATM= Articulação temporomandibular

Na tabela 3, estão evidenciadas as funções corpóreas contidas na lista resumida da CIF, são elas: Mentais; sensoriais e dor; voz e da fala e funções neuromusculares e relacionadas com o movimento. O qualificador, utilizado para categorizar as variáveis, mensurou a extensão ou gravidade do problema e a magnitude do nível de saúde, de acordo com uma escala de 0 a 4, onde 0 representou nenhuma deficiência, 1 deficiência leve, 2 moderada, 3 grave e 4 completa. Observou-se alteração na funcionalidade em todas as funções selecionadas, com uma média de escore de $0,73 \pm 0,48$ maior nas funções sensoriais e dor, a função que apresentou a menor média dos escores foi a de voz e da fala ($0,12 \pm 0,35$).

Tabela 3 - Média das funções do corpo contidas no check list baseado na CIF, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016

Código Capítulo	Funções do corpo	Média	Desvio Padrão
Capítulo 1	Mentais	0,73	0,56
Capítulo 2	Sensoriais e dor	0,73	0,48
Capítulo 3	Voz e da fala	0,12	0,35
Capítulo 7	Neuromusculares e do movimento	0,68	0,54

DTM= Disfunção Temporomandibular; CIF= classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde

De acordo com a análise das funções sensoriais e de dor observou-se que a presença do zumbido nos ouvidos (b2400), vertigem (b2401) e dor generalizada (b2800) incapacitava os participantes de forma leve e moderada. Quanto à análise das funções neuromusculoesqueléticas e a relação destas com o movimento, apresentaram alterações de mobilidade (b710) e estabilidade (b715) de intensidade leve em 30% (n=45) e 33% (n=49) e moderada em 29% (n=44) e 41% (n=62) respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 - Categorias de funções do corpo da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF e porcentagem de indivíduos com alguma deficiência, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016.

Categoria	Nome da categoria Funções do corpo	Qualificadores da CIF					%
		Alguma deficiência				Sem deficiência 0	
		1	2	3	4		
b122	Funções psicológicas globais	0	0	0	0	150	0,00
b126	Funções do temperamento e da personalidade	25	48	5	0	72	52,00
b130	Funções das energias e impulsos	39	19	0	0	92	38,67
b1340	Quantidade do sono	42	52	5	0	51	66,00
b1341	Início do sono	45	35	9	0	61	59,33
b1342	Manutenção do sono	45	45	7	0	53	64,67
b1343	Qualidade do sono	47	37	17	0	49	67,33
b1344	Funções que envolvem o ciclo do sono	59	36	5	0	50	66,67
b140	Funções de atenção	12	11	0	0	127	15,33
b152	Funções emocionais	18	33	30	0	69	54,00
b1602	Conteúdo do pensamento	8	1	0	0	141	6,00
b164	Funções cognitivas de nível superior	0	0	0	0	150	0,00
b235	Funções vestibulares	35	28	2	0	85	43,33
b2400	Zumbido nos ouvidos ou acufeno	33	22	16	0	79	47,33
b2401	Vertigem	37	28	2	0	83	44,67

Continua

continuação

Categoria	Nome da categoria Funções do corpo	Qualificadores da CIF					%
		Alguma deficiência				Sem deficiência 0	
		1	2	3	4		
b2402	Tontura ou sensação de cair	31	14	15	0	90	40,00
b2403	Náusea associada à tontura ou vertigem	28	19	7	0	96	36,00
b2404	Irritação no ouvido	17	20	10	4	99	34,00
b2405	Pressão auricular	29	15	18	4	84	44,00
b260	Função proprioceptiva	17	1	0	0	132	12,00
b265	Função tátil	0	0	0	0	150	0,00
b270	Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	8	1	0	0	141	6,00
b2800	Dor generalizada	48	53	12	0	37	75,33
b2801	Dor localizada	16	75	56	2	1	99,33
b28016	Dor nas articulações	42	54	23	0	31	79,33
b310	Funções da voz	16	1	0	0	133	11,33
b710	Funções da mobilidade das articulações	45	62	8	0	35	76,67
b715	Funções da estabilidade das articulações	49	44	10	0	47	68,67
b730	Funções da força muscular	41	27	4	0	78	48,00
b735	Funções do tônus muscular	41	10	1	0	98	34,67
b740	Funções da resistência muscular	32	29	2	0	87	42,00
b760	Funções de controle dos movimentos voluntários	26	53	6	0	65	56,67
b765	Funções de controle dos movimentos involuntários	2	0	0	0	148	1,33
b780	Sensações relacionadas com os músculos e as funções de movimento	36	0	0	0	114	24,00

%= Porcentagem; DTM= Disfunção Temporomandibular; CIF= classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde; b= Funções do corpo

As estruturas do corpo analisadas nos indivíduos com DTM foram as relacionadas com a voz e fala (dentes, gengivas, estruturas do palato, língua e lábio) e as relacionadas com

o movimento (região da cabeça e pescoço, da coluna vertebral e outras estruturas relacionadas com o movimento).

A observação transcorreu com a utilização de três qualificadores sugeridos pela CIF. O primeiro qualificador é semelhante ao utilizado durante a avaliação das funções corpóreas. O segundo corresponde à natureza da mudança eventualmente ocorrida na estrutura corpórea examinada, e o terceiro indica a localização da alteração.

Estruturas presentes nos lábios não mostraram nenhum tipo de deficiência, porém estruturas presentes na região da cabeça e pescoço (s710) e estruturas da coluna vertebral (s7600) apresentaram uma posição desviada de seu eixo original e uma deficiência maior do lado direito (n=21) 14% e (n=17) 11,33% respectivamente. Na tabela 5 observa-se a que essas alterações incapacitou de forma leve (n=35) 23,33%; (n=34) 22,66% e moderada (n=40) 26,66%; (n=21) 14% respectivamente nos participantes.

Tabela 5 - Categorias de estruturas do corpo da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF e porcentagem de indivíduos com alguma deficiência, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016

Categoria	Nome da categoria Estruturas do corpo	Qualificadores da CIF					%
		Alguma deficiência				Sem Deficiência	
		1	2	3	4	0	
s3200	Dentes	28	25	7	0	90	40,00
s3201	Gengivas	2	0	0	0	148	1,33
s3202	Estrutura do palato	0	0	0	0	150	0,00
s3203	Língua	0	0	0	0	150	0,00
s3204	Estrutura do lábio	0	0	0	0	150	0,00
s710	Estruturas da região cabeça e pescoço	47	57	21	0	25	83,33
s7600	Estruturas da coluna vertebral	44	36	10	0	60	60,00
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento	17	27	0	0	106	29,33

%= Porcentagem; DTM= Disfunção Temporomandibular; CIF= classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde; s= Estruturas do corpo

Na tabela 6, estão representados achados referentes às atividades, que consistem na execução de uma tarefa ou uma ação por uma pessoa, e participação, que é o envolvimento da pessoa numa situação da vida real. As atividades e participação cobrem todos os aspectos da vida, de ações básicas a situações complexas e colaborativas do ponto de vista social, possibilitando a descrição de todas as áreas da vida para todas as pessoas, independente de gênero ou faixa etária.

A lista das atividades e participação, sugeridas no presente estudo foram: aprendizagem e aplicação de conhecimentos; tarefas e exigências gerais; comunicação; mobilidade; auto cuidado; vida doméstica; interações e relacionamentos interpessoais; áreas principais da vida; vida comunitária, social e cívica. Para classificação foram utilizados dois qualificadores (capacidade e desempenho).

As atividades que apresentaram problemas com menos frequência foram utilização de dispositivos e técnicas de comunicação (d360), que não teve problemas em 99,33% dos participantes; cuidar dos objetos de casa (d650) em 98,67% e cuidar da própria saúde (d570) em 97,33%. Porém outras categorias não se mostraram comprometidas como: auto transferência (d420); utilização de movimentos finos da mão (d440), lavar-se (d510), cuidar das partes do corpo (d520), aquisição de bens e serviços (d620) e vida comunitária (d910) As atividades e participações comprometidas com maior frequência foram: comer (d550) em 94%, realizar tarefas múltiplas (d220) em 70%, relacionamentos sociais e informais (d750) em 55,33% e relacionamentos familiares (d760) em 54,67% (Tabela 6).

Tabela 6 - Categorias de atividades e participações da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016

Categoria	Nome da categoria Atividades e Participações	Qualificadores da CIF					%
		Alguma deficiência				Sem deficiência	
		1	2	3	4	0	
d160	Concentrar atenção	41	11	0	0	98	34,67
d175	Resolver problemas	37	11	0	0	102	32,00
d220	Realizar tarefas múltiplas	83	22	0	0	45	70,00
d230	Executar rotina diária	57	9	0	0	84	44,00
d240	Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas	7	31	7	1	104	30,67
d360	Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	1	0	0	0	149	0,67
d410	Mudar posição básica do corpo	17	9	2	0	122	18,67
d415	Manter a posição do corpo	10	2	0	0	138	8,00
d420	Auto transferência	0	0	0	0	150	0,00
d430	Levantar e transportar objetos	11	6	2	0	131	12,67
d440	Utilização de movimentos finos da mão	0	0	0	0	150	0,00
d445	Utilização da mão e do braço	19	14	0	0	117	22,00
d450	Andar	0	6	0	0	144	4,00
d460	Deslocar-se por diferentes locais	6	0	0	0	144	4,00
d470	Utilização de transporte	2	6	0	0	142	5,33
d475	Conduzir	17	11	0	0	122	18,67
d510	Lavar-se	0	0	0	0	150	0,00
d520	Cuidar das partes do corpo	0	0	0	0	150	0,00
d540	Vestir-se	7	0	0	0	143	4,67
d550	Comer	35	68	38	0	9	94,00
d560	Beber	14	56	2	0	78	48,00
d570	Cuidar da própria saúde	3	1	0	0	146	2,67
d620	Aquisição de bens e serviços	0	0	0	0	150	0,00

continua

continuação

Categoria	Nome da categoria Atividades e Participações	Qualificadores da CIF					%
		Alguma deficiência				Sem deficiência	
		1	2	3	4	0	
d640	Realizar tarefas domésticas	30	9	6	0	105	30,00
d650	Cuidar dos objetos de casa	2	0	0	0	148	1,33
d720	Interações interpessoais complexas	40	33	4	0	73	51,33
d750	Relacionamentos sociais informais	38	35	8	2	67	55,33
d760	Relacionamentos familiares	60	12	10	0	68	54,67
d770	Relacionamentos íntimos	36	7	4	0	103	31,33
d845	Obter, manter e sair de um emprego	40	12	2	0	96	36,00
d850	Trabalho remunerado	49	4	0	0	97	35,33
d855	Trabalho não remunerado	53	0	0	0	97	35,33
d910	Vida comunitária	0	0	0	0	150	0,00
d920	Recreação e lazer	48	7	2	0	93	38,00

%= Porcentagem; DTM= Disfunção Temporomandibular; CIF= classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde; d= atividade e participação

Os fatores ambientais compõem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. Esses fatores são externos aos indivíduos e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o seu desempenho, enquanto membros da sociedade, sobre a capacidade do indivíduo para executar ações ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo. Recomenda-se que estes fatores sejam codificados sob a perspectiva da pessoa cuja situação está sendo descrita. Para a classificação dos fatores ambientais os participantes responderam individualmente as questões referente a cada código previamente selecionado.

Para classificar os fatores ambientais foram utilizados dois qualificadores. Além da escala genérica utilizada para funções e estruturas corpóreas, atividades e participação, foram

acrescentados de acordo com a CIF, símbolos que mensuram até que ponto um fator ambiental age como facilitador (+) ou barreira (-). A variável é considerada facilitador quando se tem disponibilidade de um recurso, acesso garantido, ou se é de boa ou má qualidade. Barreira significa a frequência com que um fator limita o indivíduo, se a dificuldade é grande ou pequena, se evitável ou não.

Os fatores ambientais que se apresentaram como facilitadores para esta amostra foram as atitudes individuais de profissionais de saúde (e450); (n=125), os profissionais de saúde (e355); (n=123), medicamentos (e1101); (n=80), e família próxima (e310) (n=66) e os fatores ambientais entendidos como barreiras com maior frequência foram os serviços, sistemas e políticas de saúde (e580); (n=31) a (e590); (n=26) serviços, sistemas e políticas relacionadas com o trabalho e o emprego, falta de apoio da família (e310); (n=24) (Tabela 7).

O check list foi desenvolvido a partir da opinião de fisioterapeutas que atuam com indivíduos com DTM, dos códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, juntamente com o levantamento dos códigos da CIF relacionados/associados ao instrumento validado e utilizado na rotina clínica considerado padrão ouro para a avaliação/acompanhamento de indivíduos com DTM, o RDC/TMD. Ao final, os códigos da CIF selecionados em cada estudo realizado (com os profissionais e instrumento clínico) foram comparados e os que não se repetiam, se complementaram para compor o check list. Para a construção final do instrumento proposto, foi realizada a análise das categorias, e nas quais houver mais que 80% de resposta “0” (sem deficiência) foram consideradas não representativas da funcionalidade desses indivíduos, portanto não consideradas validadas.

Após análise dos códigos o instrumento apresentou em sua versão final 59,3% das categorias representativas.

Tabela 7 - Categorias de fatores ambientais da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do check list baseado na CIF, em 150 indivíduos com DTM, Fortaleza-CE, 2016

Categoria	Nome da categoria Fator Ambiental	Qualificadores da CIF		
		Facilitador +1 a +4	Barreira -1 a -4	Nem facilitador e sem barreira (%)
e1101	Medicamentos	80	3	67 (44,67)
e310	Família próxima	66	24	60 (40)
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	46	18	86 (57,33)
e355	Profissionais da saúde	123	2	25 (16,67)
e410	Atitudes individuais de membros da família próxima	32	16	102 (68)
e420	Atitudes individuais de amigos	30	13	107 (71,33)
e425	Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	0	0	150 (100)
e430	Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade	0	0	150 (100)
e 435	Atitudes individuais de pessoas em posição subordinada	0	0	150 (100)
e440	Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	0	0	150 (100)
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde	125	3	22 (14,67)
e570	Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a segurança social	0	0	150 (100)
e575	Serviços, sistemas e políticas relacionadas com o apoio social em geral	0	0	150 (100)
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde	47	31	72 (48)
e590	Serviços, sistemas e políticas relacionadas com o trabalho e o emprego	1	26	123 (82)

%= Porcentagem; DTM= Disfunção Temporomandibular; CIF= classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde; e= fatores ambientais

6 DISCUSSÃO

O perfil populacional do presente estudo é similar à literatura quanto à prevalência do sexo feminino, girando em torno de 80,6% (n=121). Mainieri et al., (2012) verificaram que as mulheres possuem maior prevalência a DTM, quando comparadas aos homens. Concordando com os achados recentes de Yalçin et al., (2016), onde observou em um estudo com 519 participantes uma maior prevalência de DTM nas mulheres.

Alguns autores apontaram o sexo feminino como um dos fatores de risco para a Disfunção temporomandibular (DTM) e a cefaleia crônica com proporções variando de 2:1 a 9:1 mulheres para cada homem (BERNHARDT et al, 2005; BOVE; GUIMARÃES; SMITH, 2005), que para Rocabado (1983), se explica por frouxidão ligamentar decorrente de alterações hormonais, porém, também existe a possibilidade de subnotificação, já que os homens não procuram atendimento com igual frequência (BIAZOTTO-GONZALEZ, 2005).

Para Galhardo (2011), a osteopenia ou a osteoporose, são fatores de risco para desenvolvimento de DTM articular. Esta perda relaciona-se com a redução dos níveis de estrógeno, que ocorrem geralmente na menopausa, fazendo com que mulheres sejam mais suscetíveis a tal alteração sistêmica (GALHARDO, 2011). Outro trabalho mostrou que em uma população base a prevalência de DTM foi de 8 a 15% em mulheres e de 3 a 10% em homens, indicando que a DTM são as maiores causas de dor dental e dor na região orofacial (BALLEGAARD et al., 2008).

Pereira et al., (2005), apresentaram casuística envolvendo mulheres entre 19 e 43 anos. O presente estudo, por sua vez, apresentou variação de idade de 18 a 60 anos, com média de aproximadamente 34,93 anos. A DTM pode acometer indivíduos de várias faixas etárias, incluindo adolescentes, porém, de acordo com a literatura há um pico de prevalência entre os 35 e 40 anos (MARTINS; KERBER; STUGINSKI, 2009; PEDRONI; OLIVEIRA; BÉZIN, 2006). A DTM atinge entre 5 – 12% da população, e a idade mais afetada está entre 20 – 40 anos de idade (KUMAR; BRENNAN, 2013). Depressão e outros fatores psicológicos aumentam o risco de cronicidade (VELLY et al., 2011). Os achados no presente estudo corroboram com os dados epidemiológicos dos autores acima citados.

No estudo realizado por Berger et al., (2016), no qual observou as manifestações do bruxismo e da DTM na dor em 508 pacientes adultos, verificou que a idade dos participantes

variou entre 18 e 64 anos, com média de 34 ± 12 anos, dados esses que corroboram com o presente estudo.

Os dados sobre a prevalência e os fatores de risco variam muito na literatura devido às diferenças nos critérios de diagnóstico e a idade da população estudada. Estudos concordam que a prevalência de DTM em crianças aumenta na adolescência, em particular durante a segunda década (EMODI-PERLMAN et al., 2012). Os indivíduos mais velhos (além de 70 anos) mais frequentemente relatam alterações na ATM, normalmente devido à patologia degenerativa (TOURE et al., 2005), mas raramente se queixam de dor (ROBIN; CHIOMENTO, 2010; OSTERBERG; CARLSSON, 2007).

Svensson (2007) aponta a necessidade de se utilizar um critério de classificação que seja universalmente aceito e validado devido sua etiologia multifatorial. Para tanto, foi proposto o instrumento Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para Disfunção Temporomandibulares (RDC/DTM). De acordo com o presente estudo após classificação dos subgrupos do RDC/DTM, a maioria dos participantes foram diagnosticados no grupo I e III associados (n=54), apresentando dor miofascial e alterações algicas e/ou degenerativas da articulação temporomandibular (ATM), seguidos do grupo I (n=44) caracterizados com dor miofascial isolada.

O desenvolvimento do RDC/DTM teve como objetivo estabelecer critérios confiáveis e válidos para diagnosticar e definir subtipos de DTM (PEHLING et al., 2002), devido controvérsias em sua prática clínica, uma nova ferramenta foi desenvolvida classificando em 12 categorias as DTMs, o DC/TMD (SCHIFFMAN et al., 2014). O presente estudo teve seu início no ano de 2013, no qual o DC/TMD ainda não estava validado e publicado, optando-se em utilizar o RDC/TMD para a classificação dos subgrupos.

Segundo Carlsson, Magnusson e Guimarães (2006) os sinais e sintomas de DTM podem ser encontrados em todos os grupos etários, aumentando até os adultos jovens e diminuindo nos idosos.

Os sinais são considerados achados clínicos relacionados com DTM verificados pela a avaliação clínica enquanto os sintomas são sinais dos quais a pessoa se percebe, sendo capaz de referi-los (BAGIS et al., 2012). Figueiredo et al., (2009) observaram a prevalência de sinais e sintomas de indivíduos com DTM em uma população entre 20 e 40 anos, uma elevada prevalência capaz de afetar diretamente a qualidade de vida, com ocorrência de dor, limitação de abertura bucal e dificuldade mastigatória. Os sinais e sintomas mais frequentes foram o ruído (95%), a dor articular (82,5%) e a ocorrência de dores de cabeça (77,5%). No presente estudo observou-se também uma alta incidência dos sinais e sintomas citados a cima, porém

com uma maior prevalência para a dor orofacial (80%), seguido de cefaleia (76,6%) e ruído articular (46,67%). Júnior, Flecha e Filho (2009), observaram em seu estudo que os ruídos articulares se fizeram presente na maioria de sua amostra (57,6%), seguido da cefaleia (51,5%) e fenômenos otológicos (42,4%).

Rocha, Nardelli e Rodrigues (2002) utilizaram uma amostra de mil pacientes com DTM, na análise constatou-se a presença de cefaleia em quase todos os grupos etários, os resultados mostraram: cefaleia (70,1%), artralgia (75,7%), estalos articulares (72,7%) e mialgias (71,7%). Plesh et al., (2012) e Franco et al., (2010), mostraram que a dor de cabeça pode estar associada a relatos de indivíduos com sinais e sintomas da DTM, sendo a enxaqueca a mais frequente. Os achados no presente estudo podem ser justificados por uma alteração no perfil populacional e faixa etária dos participantes.

A dor é a principal razão que faz com que as pessoas procurem um profissional de saúde. Considerada como o quinto sinal vital, pode ser definida, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos deste dano. Essa definição inclui não apenas o aspecto sensorial da dor, mas também os aspectos emocionais e cognitivos. Os aspectos emocionais tendem a ser mais significativos na dor crônica e devem ser considerados e tratados conjuntamente com o aspecto biológico da dor (GIANNAKOPOULOS et al., 2010)

As DTM são as condições mais comuns de dores crônicas orofaciais, de causa não dental, que se apresentam aos profissionais da saúde. Devido sua origem multifatorial não é possível reconhecer um único fator psicológico, estrutural e postural, que desequilibram a oclusão, os músculos mastigatórios e a ATM (LANDULPHO; SILVA; SILVA, 2003; CORONATTO et al., 2009).

Um estudo realizado por Haviv et al., (2016), em 200 pacientes com dor orofacial crônica, observou uma maior prevalência de DTM em 42,7% da amostra, seguido de 23,6% da dor de cabeça e 18,5% de dores neuropáticas. O estudo associou a dor orofacial crônica com o impacto negativo na qualidade de vida dos participantes, e a recomendação de um tratamento multidisciplinar para evitar consequências mais graves.

Embora as diferenças de gênero na sensibilidade à dor foram atribuídas ao condicionamento social e fatores psicossociais, há evidências crescentes que sugerem outros fatores biológicos desempenhando um papel importante (CRAFT; MOGIL; ALOISI, 2004; WIESENFELD-HALLIN, 2005). Os hormônios esteróides gonadais, em particular estrogênio, são conhecidos em modular a analgesia opióide. Em ratos, o aumento dos níveis

de estradiol sugeriu ser fator de risco para a dor na ATM (TASHIRO; OKAMOTO; BEREITER, 2009). A dor da DTM é 1.5 a 2 vezes mais prevalente em mulheres. Se anomalias oclusais somente fossem um fator primordial, a DTM deveria ocorrer igualmente em homens e mulheres

Dor localizada na ATM, desencadeada durante algum movimento mandibular, reduz-se em frequência de 16% na faixa etária entre 15 a 29 anos para 9% na faixa etária entre 50 a 75 anos (DWORKIN; LERESCHE, 1992). Por outro lado, considera-se que a idade de pico para a dor muscular por disfunção mandibular é aos 45 anos, com variações que dependem do subgrupo de anormalidade envolvido. Portanto, a dor muscular por disfunção mandibular parece ser mais frequente na faixa etária entre 30 e 60 anos, enquanto anormalidade funcionais da própria ATM são mais frequentes em jovens e as doenças degenerativas da ATM, nos idosos, havendo, em geral, redução da dor por disfunção mandibular nas idades avançadas (VONKORFF et al., 1988).

Para Filho, (2007), a ausência de estresse é ainda, um forte fator para o não desenvolvimento da DTM, dados condizentes com este estudo. Tem sido sugerido que os fatores psicológicos podem afetar os sintomas da DTM, modificando os hábitos de apertamento e/ou bruxismo. De acordo com um estudo de revisão da literatura (FERNANDES et al., 2012; ROBIN; CHIOMENTO, 2010), o apertamento dentário parece estar mais associado com transtornos psicossociais e sintomas psicopatológicos do que bruxismo do sono. Estresse emocional pode desempenhar um papel muito importante na etiologia do tempo de apertamento dos dentes e nos músculos da mastigação durante os eventos estressantes (CHEN-YI et al., 2007; ROBIN; CHIOMENTO, 2010; FERNANDES et al., 2012).

As dores crônicas não estão relacionadas só com aspectos biológicos, mas também com aspectos psicossociais. Após a instalação do quadro doloroso, verifica-se uma influência direta dessa dor sobre as atividades funcionais e relações sociais na vida desses pacientes, ocasionando um grande impacto na qualidade vida (WAHLUND; LIST; OHRBACK, 2005; OLIVEIRA et al., 2003). Alguns pesquisadores afirmam que indivíduos com DTM podem sofrer interferência da dor no âmbito do trabalho, das atividades escolares, do lazer, sono, alimentação e do relacionamento interpessoal (OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA et al., 2003).

Este é o primeiro estudo que qualificou a funcionalidade e incapacidade por meio de uma lista resumida da CIF para indivíduos com DTM em uma amostra brasileira. A CIF permitiu a documentação da funcionalidade dessa amostra numa forma abrangente, incluindo as funções e estruturas do corpo, atividades e participações, além da descrição dos papéis dos

fatores ambientais na modulação da funcionalidade desses indivíduos. O instrumento apresentou em sua versão final 59,3% das categorias representativas.

O check list proposto irá desempenhar um importante papel na avaliação e evolução dos indivíduos com DTM, pois permitirá aos profissionais de saúde uma linguagem mais homogênea e um melhor acompanhamento dos pacientes, permitindo uma conduta mais precisa e adequada para cada tipo de alteração presente.

Seguindo o critério de que ao menos 20% dos pacientes deveriam apresentar algum grau de comprometimento da funcionalidade para considerar a categoria como validada, consideramos que (n=38) 41,7% das categorias do instrumento utilizado para indivíduos com DTM não foram representativas e típicas para essa amostra, entre as quais, 26,46% (n=9) corresponderam a funções do corpo, 50% (n=4) às estruturas do corpo, 48,57% (n=17) às atividades e participações e 53% (n=8) categorias de fatores ambientais, sendo n=18 (19,7%) categorias não identificadas por nenhum participante. Os resultados são justificados devido a CIF ser um instrumento muito abrangente e mesmo o check list apresentando uma menor quantidade de categorias, elas podem não se apresentarem tão relevantes devido a influencia diária de vários fatores.

Apesar de outros instrumentos como RDC/DTM, (BRANCO et al., 2008; DWORKIN; LERESCHE, 1992) utilizado no estudo são usados para avaliar a funcionalidade de pessoas com DTM abordarem alguns desses aspectos, o instrumento proposto no presente estudo para DTM, traz a vantagem de documentar a melhora ou deterioração dos componentes, seja em função das funções e estruturas corpóreas ou pela modulação pelos fatores ambientais.

Fatores mecânico-posturais, nutricionais, metabólicos, psicossociais e biológicos colaboram para a ocorrência da dor por disfunção mandibular. Não obstante, doentes com dor na musculatura mastigatória relatam mais fadiga, anormalidades do sono, depressão e transtornos menstruais (BAILEY, 1990). Geralmente, fatores físicos, sociais, e psicológicos estão associados à etiologia das DTM. Esta informação sobre o desenvolvimento e manutenção das DTM é definida como o modelo biopsicossocial das DTM (DOUGALL et al., 2012). Tendo em vista que múltiplos aspetos da funcionalidade estavam comprometidos em algum grau, ficou evidenciada a necessidade de intervenções multiprofissionais no atendimento desses pacientes, esse é um achado esperado nas afecções musculoesqueléticas crônicas (WEIGL et al., 2007).

A ATM faz parte do sistema estomatognático que, juntamente com os dentes, periodonto, coluna cervical e cintura escapular, é responsável pela mastigação, fonação, deglutição, respiração e expressão facial. Esse sistema, por sua vez, está unido estrutural e

funcionalmente ao corpo como um todo, portanto um desequilíbrio nestas regiões poderá afetar todo o conjunto (OHRBACH et al., 2010; WINOCUR et al., 2009). No presente estudo evidenciou-se alteração nas funções de mobilidade (b710) e estabilidade (b715) das articulações em (76,67%) e (68,67%) nos indivíduos respectivamente.

Pasinato, Corrêa e Peroni (2006) relatam que o modo respiratório bucal e misto e o padrão ventilatório apical predominaram em indivíduos com DTM, e poderia acarretar numa alteração postural cervical, projetando a cabeça anteriormente, o que poderia agravar ou desencadear problemas na ATM. Fatores como: padrão ventilatório apical, tensão/ansiedade e respiração bucal podem ser indicados como os principais responsáveis por estas alterações (CORREA E BERZIN, 2004)

Com relação as funções neuromusculoesqueléticas e sua interação com o movimento, foram identificados as limitações de amplitude de movimentos da boca em 66% (n=99), visto ser a disfunção motora que mais caracteriza a DTM, alterando a funcionalidade da articulação de forma leve e moderada nos indivíduos

Uma alteração na articulação da fala pode acontecer em decorrência de um quadro de trismo, podendo prejudicar a enunciação e articulação de fonemas (FLORES et al, 2007). Alterações na mobilidade (b710) e estabilidade (b715) das ATM podem influenciar de maneira negativa a amplitude de movimento articular, assim como a força (b730) dos grupos musculares responsáveis pela mastigação (SANTOS; BERTOZ; PIGNATTA, 2006; VASCONCELOS et al., 2004).

Mudança na posição da mandíbula pode conduzir a alterações nos aferentes proprioceptivos que podem afetar o centro de pressão do pé e a posição de estabilidade da marcha (CUCCIA; CARADONNA, 2009). A relação da DTM com a postura, pode ser demonstrada por estudos que mostraram ocorrer posicionamento mais anterior da posição da cabeça, resultando em alterações da atividade eletromiográfica dos músculos masseter e temporal (ARMIJO-OLIVO et al., 2011; NICOLAKIS et al., 2001; VISSCHER et al., 2002). Evidenciou-se alteração na estruturas da região de cabeça e pescoço (s710) e da coluna vertebral (s7600) em 83,33% e 60% dos indivíduos respectivamente. Os dentes também apresentaram alguma deficiência, sugerindo uma alteração em sua estrutura devido uma disfunção oclusal ou a presença de bruxismo, o que ocasiona um desgaste nos dentes e em alguns casos na ATM.

Bricot (2010) ressaltou o papel dos dentes, das articulações temporomandibulares, dos músculos, da oclusão, assim como dos atos de apreensão, mastigação, deglutição, que precedem a digestão na repercussão postural do indivíduo.

Quando presente, a dor localizada na ATM é habitualmente desencadeada pelo movimento mandibular. Em contrapartida, a dor articular contribui para a restrição dos movimentos mandibulares. Assim, o grau de limitação funcional da mandíbula é determinado pela magnitude do processo inflamatório gerado pela doença articular (OKESON, 2006). A dor articular (b28016) foi caracterizada como fator limitante em 79,33%.

As alterações psicológicas aumentam a frequência, intensidade e duração dos hábitos parafuncionais, tais como, ranger e apertar os dentes, os quais causam hiperatividade nos músculos da mastigação, sobrecarga nas ATM, favorecendo o aparecimento das DTM nos indivíduos (MONTEIRO et al., 2011; BONJARDIM et al., 2005).

Oliveira et al., (2003) realizaram um estudo do impacto da dor na vida de 22 indivíduos com DTM, sendo 20 mulheres e dois homens, com média de idade de 28 anos, por meio de um questionário com questões específicas sobre qualidade de vida (versão Brasileira do Questionário de McGill de Dor). Os resultados mostraram que a dor em acidentes com DTM prejudicou as atividades do trabalho (59,1%), da escola (59,1%), a alimentação (63,6%) e o sono (68,2%), e permitiu aos autores concluir que a dor nestes pacientes tem impacto negativo na sua qualidade de vida. No presente estudo observou-se alteração e/ou afastamento nas atividades e participações da população estudada, corroborando com os achados dos autores.

A dor demonstra o impacto negativo na vida nos pacientes, uma vez que prejudica a qualidade de vida dos mesmos (DONNARUMA et al., 2010). Em um estudo para avaliar o impacto da dor na vida em indivíduos com DTM, encontrou significativa relação entre o quadro doloroso e sua influência em alguma atividade de vida diária, como sono (68,2%), alimentação (63,6%), relacionamento com outras pessoas (31,8%) e no trabalho (59,1%) (BASSO; CORRÊA; SILVA, 2010).

Em relação à DTM, estudos mostram ser esta uma das principais causas de dor crônica facial e que estão intimamente relacionadas com o estresse físico e psicossomático tais como fadiga, alterações do sono, ansiedade e depressão (GADOTTI; BERZIN; BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; DERVIS e DERVIS, 2005). As funções do sono apresentaram-se como fator limitante quanto a quantidade (b1340), início (b1341), manutenção (b1342), qualidade (b1343) e seu ciclo (b1344), no presente estudo, sendo caracterizado como fator limitante de maneira leve ou moderada.

Perez et al., (2005) realizaram um estudo com 103 mulheres, com idades entre 45 e 64 anos, para verificar a associação da DTM com o nível de ansiedade e distúrbios do sono. Os autores observaram que 51 (49,5%) apresentavam ruídos articulares na abertura ou

fechamento da boca, entretanto 46 (45,0%) não percebiam estes ruídos, mas referiam-se sobre a dor de cabeça, pescoço e ouvido. Concluindo a associação entre DTM e nível de ansiedade e distúrbios do sono. Alterações do sono como a insônia podem ser causadas, por exemplo, por alguma desordem na articulação temporomandibular, pois um dos sinais e sintomas otoneurológicos da DTM é a insônia (ZEIGELBOIM et al., 2007).

Segundo Merrill (2010), a prevalência de distúrbios do sono em pacientes que sofrem de dor crônica é maior do que na população em geral. As queixas mais frequentes em pacientes com dor crônica são insônia (dificuldade em adormecer ou permanecer adormecido, ou acordar muito cedo); sensação de cansaço e sonolência diurna excessiva ou fadiga. As queixas mais comuns em pacientes com dor crônica incluem a fragmentação do sono e diminuição da eficiência do sono (FERNANDES et al., 2012). Smith et al., (2009), Saueressig et al., (2010) e Mainieri et al., (2012) descobriram que pacientes com dor orofacial (especificamente dores musculares mastigatória) eram mais propensos a ter uma desordem do sono.

A dor dos músculos mastigatórios e da ATM pode ser exacerbado pela posição de dormir. Este problema é influenciado pela condição do sono obstrutiva, tais como apneia do sono, onde muitas vezes a apneia é exacerbada durante o sono em posição supina e reduzida pela posição de lado na cama. Dormir em decúbito dorsal geralmente não coloca pressão sobre o sistema mastigatório e, geralmente, não agrava a dor, enquanto que dormir de lado muitas vezes coloca pressão sobre os músculos da ATM e da mandíbula, o que agrava a dor. Nos indivíduos suscetíveis a distúrbios da ATM, principalmente do disco articular, dormir em decúbito dorsal pode causar deslocamento do disco quando os músculos da mandíbula relaxam, permitindo que a mandíbula se mova posteriormente e que o disco desloque (FERNANDES et al., 2012).

As funções vestibulares (b235) também se mostraram fatores incapacitantes no estudo presente em 43,33% da amostra. Sinais e sintomas como zumbido, vertigem, tontura, pressão articular foram qualificados com algum tipo de deficiência. Muitos pacientes queixam-se de sintomas auditivos associados à dor e disfunção das ATM, sendo otalgia, zumbido, plenitude auricular, tontura ou vertigem e perda auditiva subjetiva os mais comumente relatados (LAM; LAWRENC; TENENBAUM, 2001).

Bernhardt et al., (2011) relataram que sinais e sintomas de DTM são fatores de risco para que o zumbido subjetivo venha a ocorrer, em um estudo longitudinal de 5 anos em indivíduos entre 20 e 79 anos de idade, verificou que a dor a palpação da ATM pode sugerir um zumbido subjetivo o qual aparece sem qualquer som físico com causa frequentemente

desconhecida. No presente estudo, a presença de zumbido foi qualificada com deficiência leve (n=33); moderada (n=22); severa (n=16) nos indivíduos.

De acordo com Salvinelli et al., (2003), as DTM podem causar zumbido subjetivo em indivíduos predispostos, acarretando alterações plásticas no padrão auditivo do sistema nervoso central. Akhter et al., (2013), em um estudo de 543 pacientes com DTM, observaram uma tendência desses pacientes em apresentar vertigem, dor de cabeça, otalgia e depressão.

Ramírez, Sandoval, Ballesteros (2005) relataram que sintomas otológicos resultantes de patologias do ouvido interno como surdez súbita, vertigem e zumbido podem ter sua origem causal na redução da circulação sanguínea coclear pela presença de uma atividade anormal do gânglio trigeminal em pacientes com herpes zoster, enxaqueca ou por efeito de excitação central causada por dor crônica ou profunda.

Fernandes et al., (2012) apresentaram um estudo com 272 indivíduos com DTM diagnosticados pelo RDC/TMD, e avaliaram o sono como um fator de risco para a DTM dolorosa. Esta por sua vez foi um fator de risco para depressão em níveis elevados, na modalidade moderada/grave, muito embora não tenha sido observada como uma relação causa e efeito. Embora muitos estudos na literatura associasse a sintomatologia dolorosa ao estado psicológico dos indivíduos (CIANCAGLINI; GHERLONE; RADAELLI, 2001; ROMPRE et al., 2007).

Além disso, a dor e o estresse associados com DTM representam uma influência negativa na saúde sistêmica e qualidade de vida do indivíduo, comprometendo as atividades sociais diárias como escola e trabalho, funções afetivas, equilíbrio cognitivo, sono e atividades físicas (OLIVEIRA et al., 2003). O estresse, depressão e ansiedade mudam o limiar individual para a dor, assim como alteram os impulsos nociceptivos do sistema nervoso central e a liberação de neurotransmissores (BERTOLI et al., 2007).

A dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano. Acarreta, por conseguinte, um dramático efeito para a sociedade no elevado custo do tratamento e no custo das horas perdidas no processo produtivo (MACFARLANE et al., 2002).

Estudo envolvendo população de trabalhadores de limpeza urbana de Porto Alegre, RS, observou um alto percentual (73,6%) se referindo à interferência em atividades diárias, gerada por problemas odontológicos. O desconforto e a dor foram o primeiro e o terceiro sintomas que mais geraram interferência, respectivamente (GOMES; ABEGG, 2007).

No entanto, não existem dados específicos sobre o impacto social da DTM, mas estima-se que a dor em geral, custe bilhões de dólares anualmente à sociedade americana

(FRICTON & DUBNER, 2003). Assim, o impacto econômico das síndromes dolorosas, é significativo nos Estados Unidos e provavelmente nos demais países.

Além da dor, múltiplos aspectos da funcionalidade desses pacientes vêm sendo descritos com relação a limitações às atividades diárias e repercussões sobre a vida de relacionamento pessoal, social e profissional.

O componente de atividades e participações da CIF é o que traz maiores novidades na avaliação da funcionalidade de indivíduos com DTM, pois é por meio dele que são evidenciados os aspectos de vida diária, profissional, relacionamentos e envolvimento em situações que não são o objetivo imediato do processo curativo, mas sim da recuperação funcional.

A atividade comer (d550) apresentou-se afetada em grande parte dos participantes 94% (n= 141), corroborando outros achados, tanto no Brasil (GOMES; ABEGG, 2007), quanto na Grécia (TSAKOS; MARCENES; SHEIHAM, 2001).

A DTM afeta o desempenho acadêmico ou a produtividade no trabalho, provavelmente havendo um alto índice de absenteísmo e afastamento devido às dores. Isto interfere também, nos relacionamentos familiares e sociais, pois as pessoas geralmente se tornam queixosas ou passam a evitar contextos sociais. A persistência da dor pode resultar em uma diminuição parcial ou total das atividades acarretando em um prejuízo físico e psicológico destes indivíduos (TESCH et al., 2004; STEGENGA; SCHOUTEN, 2007)

O comportamento do cônjuge também foi analisado e as pesquisas mostram que o comportamento solícito do cônjuge está relacionado com as taxas do comportamento de dor do paciente (CANO, JOHANSEN & GEISSER, 2004; ROMANO et al., 2000) Dessa forma, o cônjuge, como também outros familiares, pode estabelecer e manter alguns comportamentos de dor, sendo qualificado pelos participantes do presente estudo como fatores positivos (facilitadores) em (n=66) participantes e negativo (barreiras) em (n=24), podendo ser observado que o enfrentamento dos paciente à dor crônica foi significativamente influenciado pelo modo como as pessoas que eles convivem responderam às suas expressões de desconforto.

De acordo com Schwartz, Jenses, Romano (2005), foi demonstrado que respostas negativas do cônjuge (ou de um familiar significante) aos comportamentos de dor podem não ser associados consistentemente com a baixa frequência de comportamentos de dor, mas podem estar associadas com o sofrimento emocional dos pacientes. De acordo com o modelo operante o cônjuge (ou outro familiar significante pode ter um papel no encorajamento e

reforçamento de comportamentos saudáveis, incompatíveis com os comportamentos de dor, como por exemplo, manter um nível de atividade apropriado nos indivíduos com dor crônica.

O apoio dos profissionais de saúde (n=123) e a utilização de medicamentos (n=80) foram qualificados no presente estudo como facilitadores, na maior parte da amostra. Porém alguns indivíduos qualificaram os sistemas de política relacionadas com trabalho e emprego (n=26) como barreiras, sugerindo a dificuldade em comparecer e/ou desempenhar as atividades laborais de maneira adequada. Diante das dificuldades de tratamentos específicos para a população em estudo, a dificuldade de horários disponíveis para os indivíduos foi considerada barreira por alguns dos participantes, pois apesar do local da pesquisa existir o tratamento específico, nem sempre existem vagas disponíveis para o grande número de indivíduos que procuram atendimento.

Quando comportamentos de dor estão frequentemente presentes na vida dos indivíduos, viver inserido em um ambiente acolhedor se faz importante, pois esses comportamentos tendem a variar conforme o ambiente, sendo o mesmo considerado um estímulo discriminativo para respostas de dor como: queixar-se, chorar, repousar, tomar medicação, busca de tratamento. Estas respostas podem variar de acordo com: atenção de pessoas significativas, esquivas de atividades domésticas, falta no trabalho, ir ao hospital e redução da dor.

Em estudo multicêntrico, no qual foi aplicado o check list, e algumas categorias da CIF consideradas relevantes para pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP), os resultados apontam que, em relação aos fatores ambientais, o considerado como maior facilitador foi a família imediata, já para funções corporais a categoria referente à ingestão, e para atividades e participação a categoria de falar foram as que tiveram pior resultado (TSCHIESNER et al., 2010). No presente estudo a família próxima também foi considerada como um facilitador (n=66), representando o apoio dos familiares de forma mais compreensiva, porém os medicamentos se fizeram presente em um número maior de indivíduos (n=80), o que se torna comum em indivíduos com afecções crônicas.

As informações sobre formas de enfrentamento das deficiências e incapacidade são muito relevantes no planejamento terapêutico multidisciplinar visto que comportamentos mal adaptados podem ser responsáveis pela ampliação das restrições à participação social decorrentes de afecções crônicas, o que podem acarretar em um influencia negativa na qualidade de vida dos indivíduos.

Atualmente, a associação de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, tem sido discutida amplamente. Embora a maioria das doenças orais não seja fatal, levam a

significativa morbidade e geram consequências sociais e psicológicas que afetam a qualidade de vida dos pacientes (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; REBELO, 2011; LOCKER; GIBSON, 2005).

O presente estudo apresentou algumas limitações. Como não é simples mapear itens de instrumentos de medida com a CIF, por se tratar de uma classificação bastante extensa, o estudo se limitou a lista resumida das categorias relevantes de acordo com a especificidade da população estudada. A literatura sobre a utilização da CIF ainda é escassa, mas aos poucos vem fornecendo exemplos de como a CIF pode ser utilizada na prática.

Outra limitação do estudo é que se trata de um modelo de corte transversal e, portanto, apenas fornece uma possível associação e não uma causa específica de relacionamento, portanto as formas de enfrentamento das deficiências e incapacidade são muito relativas em cada indivíduo, sendo necessário uma maior descrição para o planejamento terapêutico multidisciplinar.

Sugere-se para estudos futuros testar a responsividade do instrumento em indivíduos com DTM, além da aplicação do mesmo por outros profissionais da saúde que desenvolvam algum tipo de trabalho com esses indivíduos.

7 CONCLUSÃO

A utilização da CIF pode contribuir de forma positiva para o estabelecimento de políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência ou incapacidade. O novo modelo trazido pela CIF, ao ser utilizado, pode fornecer informações que ajudem a estabelecer políticas de saúde, a promover a igualdade de oportunidades para todos e a apoiar a luta contra a discriminação das pessoas com deficiência ou incapacidade.

Com a utilização da CIF, pôde-se medir a dimensão da limitação dos indivíduos e seu comprometimento em atividades. Com essa intenção, foi desenvolvido um check list baseado nos princípios da CIF para indivíduos com DTM. O check list da CIF para DTM mostrou-se útil porque possibilitou a descrição dos problemas enfrentados pelos indivíduos com DTM. Poucas categorias foram consideradas não representativas do instrumento proposto. Com a utilização do instrumento os diversos profissionais da área de saúde podem atuar de forma interdisciplinar e traçar condutas mais adequadas para os indivíduos com DTM.

Pode-se concluir que, quanto à descrição das características sócio-demográficas, do grupo em estudo, houve predomínio do sexo feminino sobre o masculino, cuja média de idade foi de 34,93 anos. Segundo a classificação dos subgrupos do RDC/TMD, a maioria dos participantes foram diagnosticados apresentando dor miofascial e alterações álgicas e/ou degenerativas da ATM.

Vimos que pacientes com DTM apresentam comprometimento de aspectos variados da sua funcionalidade, desde as partes anatômicas e funções fisiológicas até as atividades e envolvimento nas situações do cotidiano. Esse achado explica em parte porque as intervenções individuais não são eficazes quando se usa um desfecho terapêutico amplo como a qualidade de vida.

A proposta da CIF é de entender as necessidades e condições específicas em que as pessoas com deficiência nas funções e estruturas corpóreas estejam inseridas no ambiente, quanto aos seus aspectos naturais, tecnológicos e sociais.

Verificar a presença de alterações nas funções e estruturas corpóreas que pudessem interferir na funcionalidade gerando algum tipo de incapacidade foi um objetivo alcançado neste estudo. As alterações das funções sensoriais e de dor incapacitaram os participantes de forma leve e moderada. Quanto à análise das funções neuromusculoesqueléticas e a relação destas com o movimento, apresentaram alterações de mobilidade e estabilidade da ATM em grande quantidade dos participantes.

Estruturas presentes nos lábios não mostraram nenhum tipo de deficiência, porém estruturas presentes na região da cabeça e pescoço e estruturas da coluna vertebral apresentaram-se incapacitantes.

Ao identificar-se a capacidade e desempenho dos indivíduos para executar e participar de tarefas e atividades de vida diária, pôde-se concluir que as atividades mais incapacitantes foram: comer; realizar tarefas múltiplas; relacionamentos sociais e informais e relacionamentos familiares.

Os fatores ambientais que apresentaram uma maior interferência no cotidiano dos participantes de maneira positiva foram: as atitudes individuais de profissionais de saúde, os profissionais de saúde, medicamentos e de maneira negativa os serviços, sistemas e políticas de saúde, seguido dos serviços, sistemas e políticas relacionadas com o trabalho e o emprego e a falta de apoio da família.

REFERÊNCIAS

AGOSTONI, E. FRIGERIO, R.; SANTORO, P. Atypical facial pain: clinical considerations and differential diagnosis. **Neurol. Sci.** p. 71-74, 2005.

AKHTER, R.; MORITA, M.; EKUNI, D. et al. Self-reported aural symptoms, headache and temporomandibular disorders in Japanese Young adults. **BMC Musculoskelet Disorders.** v. 14, p. 58, 2013.

AL-JUNDI, M. A; JOHN, M. T.; SZENTPÉTERY, A. et al. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. **J Orofac Pain,** v. 22, n. 2, p. 97-107, 2008.

ANELLI-BASTOS, W.; OLIVEIRA, M. F. R. Atuação fonoaudiológica na disfunção temporomandibular . In: LOPES FILHO, O. **Tratado de Fonoaudiologia.** 2ª ed. São Paulo: Tecmedd, 2005. Cap. 43, p. 755-765.

ANGLE, E. H. **Malocclusion of the teeth.** 7ª ed. Philadelphia: SS White Dental Manufacturing Co, 1987.

ARMJO-OLIVO, S.; RAPPOPORT, K.; FUENTES, J. et al. Head and cervical posture in patients with temporomandibular disorders. **J. Orofac. Pain.** v. 25, n. 3, p. 199-209, 2011.

ARNSTEIN, P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. **Disabil Rehabil.,** v. 22, n. 17, p. 794-801, 2000.

ARRELANO, J. Relações entre postura corporal e sistema estomatognático. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor orofacial,** Curitiba, v. 2, n. 6, p. 155-164, abr./jun. 2002.

ASH, M. M.; RAMFJORD, S. P.; SCHMIDSEDER, J. **Oclusão.** 2ª ed., São Paulo: Santos, 2001. p. 234-235.

BAGIS, B.; AYAZ, E. A.; TURGUT, S. et al. Gender difference in prevalence of signs and symptoms of temporoman-dibular joint disorders: A retrospective study on 243 consecutive patients. **Int J Med Sci.** v. 9, n. 7, p. 539-44, 2012.

BAILEY, D.R. Tension headache and bruxism in the sleep disordered patient. **Cranio.** v. 8, p. 174-821, 1990.

BALLEGAARD, V.; THEDE-SCHMIDT-HANSEN, P.; SVENSSON, P. et al. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. **Cephalalgia**, v. 28, p. 832-41, 2008.

BARROS, V. M.; SERAIDARIAN, P. I.; CORTES, M. I. et al. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorder. **Journal of Orofacial Pain**, v. 23, n. 1, p. 28-37, 2009.

BASSO, D.; CORRÊA, E.; SILVA, A. M. Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. **Fisioter.Pesq.** v.17, n.1, p.63-68, 2010.

BERGER, M.; SZALEWSKI, L.; SZKUTHIN, J. et al. Different association between specific manifestation of bruxism and temporomandibular disorder pain. **Neurol Neurochir Pol**, Sep. v. 16, 2016

BERNHARDT, O.; GESCH, D.; CHRISTIAN, S. et al. Risk factors for headache, including TMD signs and symptoms, and their impact on quality of life; results of the studies of health in Pomerania (SHIP). **Quintessence International**. v. 36, n. 1, p. 55-64, 2005.

BERNHARDT, O.; MUNDT, T.; WELK, A. et al. Signs and symptoms of temporomandibular disorders and the incidence of tinnitus. **J. Oral Rehabil.** v.38, n.12, p. 891-901, 2011.

BERTOLI, E. et al. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. **Journal of Orofacial Pain, Carol Stream**, v.21, n.2, p.107-119, 2007.

BEVILAQUA-GROSSI, D. CHAVES, T. C.; OLIVEIRA, A. S. et al. Anamnestic index severity and signs and symptoms of TMD. **Cranio**, v. 24, n. 2, p. 112-118, 2006.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**, São Paulo: Manole, 2005. p.1-32.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; ANDRADE, D. V.; GONZALEZ, T. O. et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.18 n.1 São Paulo abr. 2008

BONJARDIM, L. R.; GAVIÃO, M. B.; PEREIRA, L. J. et al. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. **Brazilian Oral Research**. v. 19, n.2, p. 93-98, 2005.

BOVE, S.R.K.; GUIMARÃES, A.S.; SMITH, R.L. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n. 5, p. 686-91, set/out. 2005.

BRACH, M., CIEZA, A., STUCKI, G., et al. ICF Core Sets for breast cancer. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Estocolmo, v.4, supl 1, p.121-127, 2004.

BRANCO, R. S.; BRANCO, C. S.; TESCH, R. S. et al. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial** v.13 n.2 Maringá Mar.\Apr. 2008.

BRASIL. Resolução CNS n° 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm > Acesso em: 15 de Ago 2016.

BRASILEIRO, I. C.; MAGALHÃES, T. M.; BUCHALLA, C. M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. *Acta fisiátrica*, v. 20, n. 1, mar, 2013.

BRICOT, B. **Posturologia** Clínica. 1ªed. São Paulo: CIES Brasil; 2010. 261p.

CAMPOS, J. A. D. B.; GONÇALVES, D. A. G.; CAMPARIS, C. M. et al. Confiabilidade de um formulário para diagnóstico da severidade da disfunção temporomandibular. **Rev. Bras Fisioter**. v.13, n. 1, p. 38-43, 2009.

CANO, A.; JOHANSEN, A. B.; GEISSER, M. Spousal congruence on disability, pain and spouse responses to pain. **Pain**, v. 109, p. 258-265, 2004.

CARLSSON, G. E.; MAGNUSSON, T.; GUIMARÃES, A.S. **Management of Temporomandibular Disorders in the General Practice**. 2006. São Paulo: Quintessence. p.215

CARRARA, S.V.; CONTI, P.C.R.; BARBOSA, J.S. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. **Dental Press J Orthod**, v.15, n.3, p.114-120, mai./jun. 2010.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S.S. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. **Acta Fisiatr**. v.20, n.1, p.29-36, 2013.

CESTRARI, K.; CAMPARIS, C. M. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das distúrbios temporomandibulares. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, v. 2, n. 5, p. 54-60, 2002.

CHEN-YI, C.; PALLA, S.; ERNI, S. et al. Nonfunctional tooth contact in healthy controls and patients with myogenous facial pain. **J Orofac Pain**. v.21, p.185-93, 2007.

CIANCAGLINI, R.; GHERLONE, E.F.; RADAELLI, G. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population. **J. Oral Rehabil**. v. 28, p. 842-8, 2001.

CIEZA, A.; EWERT, T. USTUN, B. et al. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. **J Rehabil Med** v.44, p. 9-11, 2004.

CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Edusp; 2003.

CIF. **1st International ICF-Core Set Conference**. Scientific Committee of the Munich University. World Health Organization. Cooperation Project for the Development of ICF-Core Sets. Munich; April 26-29, 2002.

CIPRIANO, A.; BENZECRY, D.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil, **Rev Dor**. São Paulo, v. 12, n.4, p. 297-300, out-dez., 2011.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M. A. B. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1007-1015, 2011.

CORONATTO, E. A. S.; ZUCCOLOTTO, M. C. C.; BATAGLION, C. et al. Association between temporomandibular disorders and anxiety: epidemiologic study in the edentulous. **Int. j. Dent**, Recife. v.8, n.1, p.6-10, 2009.

CORREA, E.C.R.; BERZIN, F. Temporomandibular disorder and dysfunctional breathing. **Braz J Oral Sci**, v.3, n.10, p.498-502, 2004.

COSTEN, J. B. Syndrome of ear and sinus symptom dependent upon disturbed functions of the temporomandibular joint. **The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology**, St. Louis, v.43, p. 1-15, 1934.

CRAFT, R. M.; MOGIL, J. S.; ALOISI, A. M. Sex differences in pain and analgesia: the role of gonadal hormones. **Eur J Pain**. v.8, p. 397-411, 2004.

CUCCIA, A. CARADONNA, C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. **Clinics**. v.64, n.1, p. 61-6, 2009.

DAO, T. T.; LERESCHE, L. Gender differences in pain. **J Orofac Pain**, United States, v. 14, n. 3, p. 169-95, summer.2000.

DAVIS, E.; WATERS, E.; MACKINNON, A. et al. Pediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. **Dev Med Child Neurol**. v.48, n.4, p. 311-8, 2006.

DERVIS E, DERSIS E. The prevalence of temporomandibular disorders in patients with psoriasis with or without psoriatic arthritis. **J Oral Rehabil**, v.32, n.11, p.786-93, 2005.

DONNARUMMA, M. D. C.; MUZILLI, C. A.; FERREIRA, C. et al. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Rev CEFAC**. v.12, n.1, p.788-94, 2010.

DOUGALL, A. L.; JIMENEZ, C. A.; HAGGARD, R. A. et al. Biopsychosocial factors associated with the subcategories of acute temporomandibular joint disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 26, n. 1, p. 7-16, 2012.

DWORKIN, SF.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examinations and specifications, critique. **J CraniomandibDisord Facial Oral Pain**, Lombard, v. 6, n. 4, p. 301-355, fall.1992.

EDWARDS, N. L.; SUNDY, J. S.; FORSUTHE, A. et al. Work productivity loss due to flares in patients with chronic gout refractory to conventional therapy. **J Med Econ**, v. 14, n. 1, p. 10-5, 2011.

EMODI-PERLMAN, A.; ELI, I.; FRIEDMAN-RUBIN, P. et al. Bruxism, oral parafunctions, anamnestic and clinical findings of temporomandibular disorders in children. **J Oral Rehabil.** v.39, p. 126-35, 2012.

EWERT, T., FUESSL, M., CIEZA, A., et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF Checklist. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Estocolmo, v.4, supl 1, p.22-29, 2004.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FELÍCIO, C.M. **Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares: uma ação educativa- terapêutica.** São Paulo, Pancast, 1994. p. 179.

FERNANDES, G.; FRANCO, A. L.; SIQUEIRA, J. T. T. et al. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. **J Oral Rehabil.**, v.39, p.538-544, 2012.

FIGUEIREDO, V.M.G.; CAVALCANTI, A.L.; FARIAS, A.B.L. et al. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. **Acta Scientiarum- Health Sciences**, Maringá, v. 31, n. 2, p. 159-163, 2009.

FIGUEIRÓ, J. A. **A dor.** São Paulo: Publifolha; 2000.

FILHO, J. O.V. Evaluation of temporomandibular joint in stress-free patients. **Dentomaxillofac Radiol.** v.36, p. 336-40, 2007.

FITZPATRICK, J. L. Alternative models for the structuring of professional preparation programs. **New Directions for Evaluation**, v. 62, p. 41-50, 1994.

FLORES, J. A.; MACHADO, E.; MACHADO, P. et al. Avaliação da prevalência de trismo em pacientes submetidos à exodontia de terceiro molares. **RGO.** v. 55, n. 1, p. 17-22. 2007.

FRANCO, A.L.; GONÇALVES, D. A. G.; CASTANHARO, S. M. et al. Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders. **J. Orofac Pain.** v.24, n.3, p. 287-92, 2010.

FRICTON, J. R.; DUBNER, R. **Dor Orofacial e Desordens Temporomandibulares**. São Paulo: Santos, 2003. p. 465-497.

GADOTTI, I. C.; BERZIN, F.; BIASOTTO-GONZALEZ, Preliminary rapport on head posture and muscle activity in subjects with class I and II. **Journal of Oral Rehabilitation** , v.32, n. 11, p. 794-799, 2005.

GALHARDO, A.P.M. **Temporomandibular disorders**. Monografia de Especialização. APCD. São Caetano do Sul, 2011.

GIANNAKOPOULOS, N. N.; KELLER, L.; RAMMELSBERG, P. et al. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. **J Dent**. v. 38, p. 369-76, 2010.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 23, n.7, p. 1707-1714, 2007.

GONÇALVES, D. A.G.; BIGAL, M. E.; JALES, L. C. F. et al. Headache and symptoms of temporomandibular disorder: an epidemiological study. **Headache**, Mount Royal, v. 50, p. 231-41, 2010.

GRAY, DB; HENDERSHOT, GE. The ICIDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 81, n. 2, p. 10-14, 2000.

GUREJE, O.; VON-KORFF, M.; SIMON, G. E. et al. Persistent pain and well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. **JAMA**,v. 243, n. 3, p.147-151, 1999.

HAVIV, Y.; ZINI, A.; KLITINICH, V. et al. The impact of chronic orofacial pain on daily life: the vulnerable patient and disruptive pain. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 27, Aug, 2016

HERB, K.; CHO, S.; STILES, A.M. Temporomandibular Joint Pain and Dysfunction. **Current Pain and Headache Reports**, v. 10, p. 408–414, 2006.

HOLMES, S. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. **International J. Nurs. Stud.**, v. 42, n. 4, p. 493-501, 2005.

HOLTZ, V. V.; STECHMAN, J. Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. **Rev Dor**, v.9, n.2, p. 1217-24, 2008.

HOPPENFIELD, S. **Propedêutica Ortopédica**. São Paulo: Atheneu; 2001.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S., et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

JOHN, M. T.; DWORKIN, S.F.; MANCL, L. A. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. **Pain**. v. 118, n. 1-2, p. 61-69, 2005.

JOHANNES, C. B.; LE, T. K.; ZHOU, X. et al. The prevalence of chronic pain in United States adults: Results of an internet-based survey. **J Pain**, v. 11, p. 1230-1239, 2010.

JÚNIOR, E. T. A.; FLECHA, O. D.; FILHO, P. M. O. Prevalência de sintomatologia para a Disfunção Temporomandibular (DTM) em estudantes de Odontologia e sua associação com a hiper mobilidade condilar da Articulação Temporomandibular (ATM). **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 1, 2009.

KLASSER, G.D.; GREENE, C.S. The Changing Field of Temporomandibular Disorders: What Dentists Need to Know. **JCDA**, v. 75, n.1. , fev. 2009. Disponível em < www.cda-adc.ca/jcda>. Acesso em: 06 de janeiro de 2014.

KOSMINSKY, M.; GÓES, P. S. A. **Epidemiologia da dor orofacial**: tipos de dores mais prevalentes, In: Teixeira MJ, Braun FO, Marquez JO, Yeng LT, organizadores. **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Ed Maio; 2003.

KOSMINSKY, M.; LUCENA, L. B. S.; SIQUEIRA, J. T. T, et al. Adaptação cultural do questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Axis II para o Português. **J Bras Clin Odontol Int**, v. 8, n. 43, p. 51-61, 2004.

KUMAR, A.; BRENNAN, M. T. Differential Diagnosis of orofacial pain and temporomandibular disorder. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 57, n. 3, p. 465-479, jul. 2013.

KUROIWA, D. N.; MARINELLI, J. G.; RAMPANI, M. S. et al. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo de qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. **Rev. Dor**. v. 12, n. 2, p. 93-98, 2011.

LACERDA, J. T.; RIBEIRO, J. D.; RIBEIRO, D. M. et al. Prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4275-4282, 2011

LAM, D. K.; LAWRENCE, H.P.; TENENBAUM, H.C. Aural symptoms in temporomandibular disorders patients attending a craniofacial pain unit. **J.Orofac. Pain**. v.15, n.2, p.146-157, 2001.

LANDULPHO, A.B.; SILVA, W.A.B.; SILVA, F.A. Análise dos ruídos articulares em pacientes com disfunção temporomandibular tratados com aparelhos interoclusais. **JBA**. v.3, n.10, p.112-7, 2003.

LEEuw, R. **Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.

LERESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. **Crit Rev Oral Biol Med**, v. 8, n. 3, p. 291-305, 1997.

LIM, J. W.; ZEBRACK, B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. **Health Qual Life Outcomes**. v.2, p.50, 2004.

LOCKER, D.; GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.33, n.4., 280-8, Aug, 2005.

LOESER, J. D. **Low back pain. Introduction**. In: LOESER, J. D. *Bonica's management of pain*. 3 ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p. 1667-1681.

LORIG, K. R.; RITTER, P.; STEWART, A.L. et al. Chronic disease self-management program. Two-year health status and health care utilization outcome. **Medical Care**, v.39, n.11, p.1.217-1.223, 2001.

LUCENA, L. B. S.; KOSMINSKY, M.; COSTA, L. J. et al. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 312-317, 2006.

MACFARLANE, T. V.; BLINKHORN, A. S.; DAVIES, R. M. et al. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, n.1, p. 56-60, 2002.

MADLAND, G.; NEWTON-JOHN, T.; FEINMANN. Chronic idiopathic orofacial pain, I what is the evidence base? **Br. Dent. J.** p.22-24, 2001.

MAINIERI, V.C.; SAUERESSIG, A. C.; PATTUSSI, M. P. et al. Validation of the Bitestrip versus polysomnography in the diagnosis of patients with a clinical history of sleep bruxism. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.**v.113, p. 612-7, 2012.

MANCINI, M. C. **Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI):** manual da versão brasileira adaptada. Belo Horizonte: Ed. UFMG,2005.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, dez., 1996.

MARTINS, R. J.; GARCIA, A. R.; GARBIN, C. A. S. et al. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Ciência & Saúde Coletiva**,v. 13, n 2, p. 2089-2096, 2008.

MARTINS JR, R.L.; KERBER, F.C.; STUGINSKI, J.B. Atitudes e conhecimento de médicos cefaliatras em relação à disfunção temporomandibular. **Migrêneas cefaléias**, v. 12, n. 1, p. 10-15, 2009.

MAZZILLI, L. E. N. **Odontologia do Trabalho**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos; 2007.

MC INTYRE, A., TEMPEST, S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Disability and Rehabilitation**, Londres, v.29, p. 1475 – 1479, 2009.

MENDONÇA, B. M. C.; CIMÕES, R.; ARAÚJO, A. C, S. et al. Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividade diárias: estudo piloto. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 775-84, 2010.

MERRILL, R. L. Orofacial pain and dental sleep. **Sleep Med Clin**. v.5, p. 131-44, 2010.

MINGHELLI, B.; MORGADO, M.; CARO, T. Association of temporomandibular disorder symptoms with anxiety and depression in Portuguese college students. **J Oral Sci** v.56, n.2, p.127-33, 2014.

MONGINI, F. **ATM e músculos craniocervicofaciais – Fisiopatologia e Tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1998a. cap. 4, p.29-42.

MONTERO, J.; LOPEZ, J. F.; VICENTE, M. P. et al. Comparative validity of the OIDP and OHIP-14 in describing the impact of oral health on quality of life in a cross-sectional study performed in Spanish adults. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 6, p. 816-21, Sep 1, 2011.

MYNAIO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-19, 2000.

NAHAS, MV. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NICOLAKIS, P.; ERDOGMUS, B.; KOPF, A. et al. Effectiveness of exercise therapy in patients with internal derangement of the temporomandibular joint. **J Oral Rehab**. v.28, n. 12, p. 1158-64, 2001.

NORDENFELT, L. Action theory, disability and ICF. **Disabil Rehabil**, v. 25, n. 18, 1075-1079, 2003.

NUBILA, H.; BUCHALLA, C. M. O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev Bras Epidemiol**. v.11, n.2, p. 324-35, 2008.

OHRBACH, R.; TURNER, J. A.; SHERMAN, J. P. et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. IV: evaluation of psychometric properties of the axis II measures. **J Orofac Pain**. v.24, p. 48-62, 2010.

OKESON, J. P. **Bell's Orofacial Pains**. The Clinical Management of Orofacial Pain. Quintessence, 2006. 6ªed. São Paulo.

OKESON, J.P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão** 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier.; 2013. p. 504.

OKESON, J.P. **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and anagement**. Chicago: Quintessence Books, 1996.

OKESON, J.P.; LEEUW, R. Differential Diagnosis of Temporomandibular Dis-orders and Other Orofacial Pain Disorders. **Dent Clin N Am**, p. 105–120, 2011.

OLIVEIRA, A. S. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). **Braz J Oral Sci**, v.4, n.12, p.246-250, 2005.

OLIVEIRA, A. S.; BERMUDEZ, C. C.; SOUZA, R. A. et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **J Appl Oral Sci**, v. 11, n. 2, p.138-143, 2003.

OLIVEIRA, F. M.; NITCH, G. S.; MORY, R. M. et al. Avaliação postural em sujeitos com disfunção temporomandibular submetidos a tratamento de terapia manual. **Rev inspirar**, v. 21, n. 4, p. 1-5, 2012.

OLIVO, S. A.; BRAVO, J.; MAGEE, D. J. et al. The association between head and cervical posture and temporomandibular disorders: a systematic review. **J. Orofacial Pain**, v. 20, n. 1, p. 9-23, 2006.

OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão**. 8. ed. v. 2. São Paulo: Edusp; 2008.

OSTERBERG, T.; CARLSSON, G. E. Relationship between symptoms of temporomandibular disorders and dental status, general health and psychosomatic factors in two cohorts of 70 year old subjects. **Gerodontology**. v.24, p.129-35, 2007.

PASCOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas, E.V., Py. L., CANÇADO, F.A.X., DOLL, J.;GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P.147-153.

PASINATO, F.; CORRÊA, E.C.R.; PERONI, A.B.F. Avaliação da mecânica ventilatória em indivíduos com disfunção têmporo-mandibular e assintomáticos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 285-289, jul./set. 2006

PEDRONI, C. R., OLIVEIRA, A. S., BÉRZIN, F. Efeito da mobilização cervical na atividade eletromiográfica dos músculos mastigatórios em portadores de disfunção temporomandibular. **Rev Fisio Bras**. v. 4, n.7, p. 285-289, 2006.

PEHLING, J.; SCHIFFMAN, E.; LOOK, J. et al. Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders. **J Orofac Pain.** v.6, p. 296-304, 2002.

PEREIRA, K. N. F.; ANDRADE, L. L. S.; COSTA, M. L. G. et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. **Rev CEFAC,** v.7, n.2, p.221-228, 2005.

PÉREZ, G. E.; ALDANA, C. E.; RUELAS, F. M. G. et al. Frecuencia de trastornos temporomandibulares em mujeres climatericas em el Instituto Nacional de Perinatologia. **Rev Adm.** v.62, p. 85-90, 2005.

PLESH, O.; NOONAN, C.; BUCHWALD, D. S. et al. Temporomandibular disorder-type pain and migraine headache in women: a preliminar twin study. **J Orofac Pain.** v.26, n. 2, p. 91-8, 2012.

POLI, M. S.; MOROSINI, M. R. M.; MARTINELLI, R. C. P. M. Abordagem interdisciplinar na disfunção temporomandibular: relato de caso. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR.** v. 7, n. 2, p.171-7, 2003.

PONTE, S. T. D.; MACHADO, A.; DUTRA, A. P. G. et al. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul, RS. **Rev Dor,** v.9, n.4, p. 1345-1349, 2008.

RAMÍREZ, L.M.; SANDOVAL, G.P.; BALLESTEROS, L.E. Síntomas óticos y desordenes temporomandibulares: pasado y presente. **Rev Latinoam Ortod Odontopediatr** [serial on the Internet] 2005 [cited 2005 Feb 12]. Available from: <http://www.ortodondia.ws/publicaciones/2005/sintomas_oticos_desordenes_temporomandibulares.asp>.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 5, p. 938-46, 2011.

ROBIN, O.; CHIOMENTO, A. Prevalence of risk factors for temporomandibular disorders: a retrospective survey from 300 consecutive patients seeking care for TMD in a French dental school. **J. Stomat Occ Med.** v.3, p.179-86, 2010.

ROCABADO, M. Arthrokinematics of the temporomandibular joint. **Dental Clin North Am,** v. 27, n.3, p.573-594, 1983.

ROCABADO, M. S. **Cabeza y cuello - Tratamiento articular.** Buenos Aires: Inter-Médica, 1979.p.42-45.

ROCHA, A. P. F.; NARDELLI, M.R.; RODRIGUES, M.F. Epidemiologia das desordens temporomandibulares: estudo da prevalência da sintomatologia e sua interrelação com a idade e o sexo dos pacientes. **Rev Serviço ATM**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 5-10, 2002.

ROMANO, J. M.; JENSEN, M. P.; TURNES, J. A. et al. Chronic pain patient-partner interactions: further support for a behavioral model of chronic pain. **Behavior Therapy**, v.31, p.415-440, 2000.

ROMPRE, P.H.; DAIGLE-LANDRY, D.; GUITARD, F. et al. Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. **J. Dent Res**. v. 86, p. 837-42, 2007.

ROSSI, S. S. Orofacial pain: a primer. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 57, n. 3, p. 383-392, jul. 2013.

SALVINELLI, F.; CASALE, M.; PAPARO, F. et al Subjective tinnitus, temporomandibular joint dysfunction, and serotonin modulation of neural plasticity: causal or casual triad? **Med Hypotheses**, v. 61, n.4, p. 446-8, 2003.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad Saúde Pública**. v.25, n. 3, p. 475-483, 2009.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M.C.; FONSECA, S.T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. **Rev Bras Fisioterapia** v.6, n.3, p. 113-118, 2002.

SANTOS, J. R. **Oclusão. Princípios e conceitos**. 2ª ed., São Paulo: Santos editora, 1987. cap. 1, p. 2-29.

SANTOS, E. C. A; BERTOZ, F. A.; PIGNATTA, L. M. B. et al. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. **Rev. Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 29-34, mar./abr. 2006.

SAUERESSIG, A.C.; MAINIERI, V. C.; GROSSI, P. K. et al. Analysis of the influence of a mandibular advancement device on sleep and sleep bruxism scores by means of the BiteStrip and the Sleep Assessment Questionnaire. **Int J Prosthodont**. v. 23, p. 204-213, 2010.

SCHIFFMAN, E.; OHRBACH, R.; TRUELOVE, E. 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. **J Oral Facial Pain Headache**. v.28, n.1, p.6-27, 2014 Winter, doi: 10.11607/jop.1151

SCHNEIDERT, M.; HURST, R.; MILLER, J. et al. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). **Disabil Rehabil**, v.25, n.11-12, p. 588-595, 2003.

SCHWARTZ, L. Temporomandibular joint disorders of concepts and methods of treatments. **New York State Dental Journal**, Albany, v. 25, p. 419-420, nov. 1959.

SCHWARTZ, L. JENSES, M. P.; ROMANO, J. M. The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: the spouse response inventory. **The Journal of Pain**, v.6, n.4, p. 243-252, 2005.

SEIDL, E. M.; ZANNON, F.; COSTA, C. M. L. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Mar./Apr, 2004.

SELAIMEN, C. M.; JERONYMO, J. C. M.; BRILHANTE, D. P. et al. Sleep and depression as risk indicators for temporomandibular disorders in a cross-cultural perspective: a case-control study. **Int J Prosthodont**, v.19, n. 2, p. 154-161, 2006.

SIQUEIRA, J. T.; TEXEIRA, M. J. **Dor orofacial: Diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. 1. ed. Curitiba: Maio, 2001.

SMITH, M. T.; WICKWIRE, E. M.; GRACE, E. G. et al. Sleep disorders and their association with laboratory pain sensitivity in temporomandibular joint disorder. **Sleep**. v. 32, p. 779-90, 2009.

STEENKS, M. H.; WIJER, A. **Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia- Diagnóstico e tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1996a. cap.1, p. 11-32.

STEGENGA, B.; SCHOUTEN, H. Mandibular pain and movement disorders, focusing on the temporomandibular joint. **Ned Tijdschr Tandheelkd**. v. 114, n.1, p41-6, 2007.

STEINER, W. A.; RYSER, L.; HUBER, E. et al.. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Phys The**, v. 82, n.11, p. 1098-107, 2002.

STUCKI, G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Baltimore, v. 84, n.10, p.733-740, 2005;84(10):733-740.

STUCKI, G., CIEZA, A., GEYH, S., et al. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Estocolmo, v.4, supl 1, p.87-93, 2004.

STUCKI, G., GRUMBY, G. Applying the ICF in medicine. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Estocolmo, v.4, supl 1, p.5-6, 2004.

SUVINEN, T. I.; READE, P. C.; KEMPPAINEN, P. et al. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. **Eur J Pain**, v. 9, p. 613-633, 2005.

SVENSON, P. Muscle pain in the head: overlap between temporomandibular disorders and tension-type headaches. **Curr Opin Neurol**, v. 20, p.320–325, 2007.

SWANSON, E. A.; MOORHEAD, S.; JOHNSON, M. et al. Using the model of mapping nursing outcomes classification (NOC) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to map NANDA, NIC and NOC. **Int. J. Nurs. Termiol. Classif.** v. 17, p.56-57, 2006.

TASHIRO, A.; OKAMOTO, K.; BEREITER, D.A. NMDA receptor blockade reduces temporomandibular joint evoked activity of trigeminal subnucleus caudalis neurons in an estrogen dependent manner. **Neuroscience**. v.164, p. 1805-12, 2009.

TEIXEIRA, J. M. Qualidade de vida. **Revista Científica Nacional**, v.11, n.2, p. 5-7, 2000.

TEM CATE, A. R. Anatomia Macroscópica e Microscópica. In: CARLSSON, G. E.; MOHL, N. D.; SESSLE, B. J.; ZARB, G. A. **Disfunções temporomandibulares e dos músculos da mastigação**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2000. 624p.

TESCH, R.S.; DENARDIN, O. V. P.; BAPTISTA, C. A. et al. Depression levels in chronic orofacial pain patients: a pilot study. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 31, p. 1-7, 2004.

TSAKOS, G.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. **Community Dent Health**, v.18, n.4, p.209-213, 2001.

TSCHIESNER, U.; ROGERS, S.; DIETZ, A. et al. A. Development of ICF core sets for head and neck cancer. **Head Neck**, v. 32, n.2, p. 210-220, 2010.

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA. [online] Disponível em:< <http://www.unifor.br>> Acesso em fevereiro de 2016.

USTUN, T. B.; CHATTERJI, S.; BICKENBACH, J. et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. **DisabilRehabil**. v. 25, n. 11-12, p. 565-571, 2003.

ÜSTUN, T. B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJESK, N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on the ICF Core Sets. **J Rehabil Med**. v. 36, n. 44, p. 7-8, 2004.

VALENTE, M.; ABRAMS, H.; BENSON, D. et al. Guidelines for the Audiologic Management of Adult Hearing Impairment. **Audiology Today**, v.18, n.5, 2006. Disponível em: <http://www.audiology.org/NR/rdonlyres/5DE475B4-58F3-40A7-934E584AC11EABE9/0/haguidelines.pdf>.

VANDENBERGHE, L.; CRUZ, A.C.F.; FERRO, C.L.B. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** v. 5; n 1, p 31-40, 2003.

VASCONCELOS, B.C.E.; CAMPELLO, R. I. C.; OLIVEIRA, D. M. et al. Luxação da articulação temporomandibular: revisão de literatura. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Salvador. v. 4, n. 4, p. 218-222, jul./set. 2004.

VELLY, A. M.; LOOK, J. O.; CARLSON, C. et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain--a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. **Pain**, Amsterdam, v. 152, n. 10, p. 2377-2383, 2011.

VISSCHER, C. M.; BOER, W.; LOBBEZOO, F. et al. Is there a relationship between head posture and craniomandibular pain? **J. Oral Rehabilitation**, v. 29, n. 11, p. 1030-1036, 2002.

VISSCHER, C. M.; LOBBEZOO, F.; BOER, W. et al. Prevalence of cervical spinal pain in craniomandibular pain patients. **Eur J Oral Sci**, v.109, n.2, p.76-80, 2002.

VON KORFF, M. V.; DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. **Pain**, 1988; 173-83

WAHLUND, K.; LIST, T.; OHRBACK, R. The relationship between somatic and emotional stimuli: disorders (TMD) and a control group. **Eur J Pain**, v. 2, p.19-27, 2005.

WEIGL, M. et al. Physical disability due to musculoskeletal conditions. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, v.21, n.1, p. 167-190, 2007.

WEIGL, M., CIEZA, A., ANDERSEN, A., et al. Identification of the most relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Estocolmo, v.4, supl 1, p.12-21, 2004.

WHO. **International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)**; May, 2001.

WIESE, M.; WENZEL, A.; HINTZE, H. et al. Osseous changes and condyle position in TMJ tomograms: impact of RDC/TMD clinical diagnoses on agreement between expected and actual findings. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St. Louis. v. 106, n. 2, p. 52-63, aug. 2008.

WIESENFELD-HALLIN, Z. Sex differences in pain perception. **Gend Med**. v.2, p.137-45, 2005.

WINOCUR, E.; STEINKELLER-DEKEL, M.; REITER, S. et al. A retrospective analysis of temporomandibular findings among Israeli-born patients based on the RDC/TMD. **J Oral Rehabil**. v.36, p.11-17, 2009

YALÇIN, Y. D.; YILMAZ, N.; KORALTAN, M. et al. A survey on the potential relationships between TMD, possible sleep bruxism, unilateral chewing, and occlusal factors in Turkish university students. **Carnio**. Out, v. 6, p. 1-7, 2016.

YANG, E. J.; KIM, B. R.; SHIN, H. I. et al. Use of the international classification of functioning, disability and health as functional assessment tool for breast cancer survivors. **J Breast Cancer**. Mar, v. 15, n. 1, p. 43-50, 2012.

ZARB, G. A.; CARLSSON, G. E.; SESSLE, B. J. et al **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. 2ª ed., São Paulo: Santos editora, 2000. cap. 2, p. 48-65.

ZEIGELBOIM, B.S.; JURKIEWICZ, A. L.; MARTINS, J. B. et al. Avaliação vestibular em mulheres com disfunção temporo mandibular. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 255-62, abr./jun. 2007.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Prof^a: Ms. Maira de Oliveira Viana

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá classificar os indivíduos com disfunção temporomandibular a partir da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você terá que responder as perguntas dos questionários e será realizado um exame físico, através da palpação de pontos dolorosos na musculatura cervical e mastigatória. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o questionário, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O presente estudo poderá apresentar risco e/ou desconforto mínimo na participação da pesquisa já que a mesma não inclui procedimentos de tratamento ou de avaliação invasiva. No questionário não haverá perguntas que possam causar constrangimentos aos participantes. Portanto não existe possibilidade de danos à dimensão

física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente e a garantia de que danos previsíveis serão evitados.

3.BENEFÍCIOS: A partir da análise do questionário aplicado e do exame físico, o estudo poderá proporcionar um melhor entendimento a respeito dos diferentes tipos de DTM, proporcionando ao fisioterapeuta, os demais profissionais de saúde atuantes na DTM e ao paciente uma avaliação mais fidedigna do distúrbio e um tratamento mais adequado ao seu caso. A pesquisa trará benefícios aos portadores de DTM, tendo em vista que irá ampliar os conhecimentos dos profissionais de saúde de uma forma multidisciplinar, além de orientá-los a partir da visão do pacientes sobre suas limitações funcionais e conseqüentemente de sua qualidade de vida.

4.FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Caso você necessite de alguma forma de orientação ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você apresenta alguma patologia que necessita de alguma forma de tratamento, você será encaminhado(a) pela pesquisadora Maíra de Oliveira Viana; telefone: 3477-3624 para o Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, localizada na Rua Desembargador Floriano Benevides, 221 Bairro Edson Queiroz - CEP 60811-905 a qual prestará assistência.

5.CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações obtidas serão guardadas de forma sigilosa de acordo com os princípios éticos que norteiam a preservação do paciente no caso da publicação do trabalho, e o mesmo irá receber garantias de que não vai haver divulgação do meu nome ou de qualquer informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato.

6.ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Ms.Maira de Oliveria Viana

Endereço: Rua Washington Soares, 1321 - UNIFOR

Telefone para contato: (85) 3477-3207

Horário de atendimento: 07:30 às 17:00h

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COETICA

Universidade de Fortaleza.

Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar.

Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

7.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8.CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

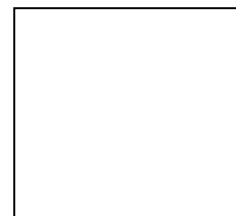
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do Termo de Consentimento livre e esclarecido, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisado

APENDICE B – Check list baseado na CIF para indivíduos com DTM

1 - Funções do corpo						
Código	Descrição	0 - Nenhuma	1 - Leve	2 - Moderada	3 - Grave	4 - Completa
b1	FUNÇÕES MENTAIS					
b126	funções do temperamento e da personalidade	15	4	0	0	0
b130	funções das energias e impulsos	16	3	0	0	0
b1340	quantidade do sono	7	9	3	0	0
b1341	início do sono	10	9	0	0	0
b1342	manutenção do sono	10	8	1	0	0
b1343	Qualidade do sono	4	12	3	0	0
b1344	Funções que envolvem o ciclo do sono	5	13	1	0	0
b152	Funções emocionais	15	3	1	0	0
b2	FUNÇÕES SENOIDAIAS DE DOR					
b235	Funções Vestibulares	5	9	5	0	0
b2400	Zumbido nos ouvidos ou acufeno	4	12	3	0	0
b2401	Vertigem	4	14	1	0	0
b2402	Vertigem	7	9	2	1	0
b2403	Náusea associada à tontura ou vertigem	11	6	2	0	0
b2404	Irritação no ouvido	14	3	2	0	0
b2405	Pressão auricular	12	5	2	0	0
b2800	Dor generalizada	4	10	3	2	0
b2801	Dor localizada	0	9	7	3	0
b28016	Dor nas articulações	11	1	6	1	0
b7	FUNÇÕES DA FALA					
b710	Funções da mobilidade das articulações	1	10	8	0	0
b715	Funções da estabilidade das articulações	4	13	2	0	0
b730	Funções da força muscular	15	4	0	0	0
b735	Funções do tônus muscular	17	2	0	0	0
b740	Funções da resistência muscular	15	4	0	0	0
b760	Funções de controle dos movimentos voluntários	15	4	0	0	0
b780	Sensações relacionadas com os músculos e as funções de movimento	10	8	1	0	0

2 - Estruturas so corpo		Ext. Deficiência					Natureza da Mudança					Localização da Definiência										
Código	Descrição																					
s1	ESTRUTURAS RELACIONADAS COM A VOZ E A FALA																					
s3200	Dentes	10	5	3	1	0	10	0	6	0	0	3	0	0	10	0	0	7	0	2	0	0
s1	ESTRUTURAS RELACIONADAS COM A VOZ E A FALA																					
s710	Estruturas da região cabeça e pescoço	0	14	5	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	12	7	0	0	0	0	0	
s7600	Estruturas da coluna vertebral	0	12	7	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	12	7	0	0	0	0	0	
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento	0	11	8	0	0	0	0	0	0	11	8	7	0	11	2	6	0	0	0	0	

3 - Atividades e Participação

Código	Descrição	Desempenho					Capacidade				
d1	APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DE CONHECIMENTOS										
d160	Concentrar atenção	19	0	0	0	0	19	0	0	0	0
d175	Resolver problemas	19	0	0	0	0	19	0	0	0	0
d2	TAREFAS E EXIGÊNCIAS GERAIS										
d220	Realizar tarefas múltiplas	1	13	4	1	0	1	13	4	1	0
d230	Executar rotina diária	12	6	1	3	0	8	10	1	0	0
d240	Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas	15	4	0	0	0	15	4	0	0	0
d4	MOBILIDADE										
d445	Utilização da mão e do braço	11	5	3	0	0	9	6	4	0	0
d5	AUTO CUIDADOS										
d550	Comer	2	9	6	2	0	2	9	6	2	0
d560	Beber	19	0	0	0	0	19	0	0	0	0
d6	AUTO CUIDADOS										
d640	Realizar tarefas domésticas	7	9	3	0	0	7	9	3	0	0
d7	AUTO CUIDADOS										
d720	Interações interpessoais complexas	2	8	6	3	0	2	8	6	3	0
d750	Relacionamentos sociais informais	0	8	9	1	1	0	9	8	2	0
d760	Relacionamento familiares	1	13	4	1	0	1	14	4	0	0
d770	Relacionamentos íntimos	9	9	1	0	0	9	10	0	0	0
d8	ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA										
d845	Obter, manter e sair de um emprego	2	11	5	1	0	2	12	5	0	0
d850	Trabalho remunerado	3	14	2	0	0	3	14	2	0	0
d855	Trabalho não remunerado	3	16	0	0	0	4	15	0	0	0
d9	VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA										
d920	Recreação e lazer	3	10	5	1	0	3	10	5	1	0

4 - Fatores Ambientais

Código	Descrição					
e1	PRODUTOS E TECNOLOGIA					
e1101	Medicamentos		+	7	10	2 0 0
e3	APOIO E RELACIONAMENTOS					
e310	Família próxima	-		16	2	1 0 0
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	-	+	19	0	0 0 0
e355	Profissionais da saúde		+	0	13	5 1 0
e4	ATITUDES					
e410	Atitudes individuais de membros da família próxima	-		18	0	1 0 0
e420	Atitudes individuais de amigos	-	+	19	0	0 0 0
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde		+	0	12	7 0 0
e5	SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS					
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionados com saúde		+	0	12	6 1 0
e590	Serviços, sistemas e políticas relacionados com o trabalho e o emprego.	-		13	4	2 0 0

ANEXO A – Exame Clínico - Avaliação Funcional da Oclusão (RDC/TDM)

Ambulatório <input type="checkbox"/> DTM <input type="checkbox"/> Neurologia <input type="checkbox"/> Reumatologia		Diagnóstico DTM _____ Neurologia _____ Reumatologia _____	
Nome		Matrícula	RDC nº
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		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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> A pior dor possível	
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		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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> A pior dor possível	
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>		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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> A pior dor possível	
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>		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" value=""/> <input type="text" value=""/> Dias	
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Ano(s)		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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Incapaz de realizar qualquer atividade	
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mês(es)		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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Mudança extrema	
5. Ador 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		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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="10"/> Mudança extrema	
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			

<p>14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><small>[Se você NUNCA teve travamento da mandíbula, pule para a pergunta 15.a] [Se JÁ teve travamento da mandíbula, passe para a próxima pergunta]</small></p>	<p>16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser articulação (junta) perto do ouvido?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p><small>[Se você NÃO teve dor ou inchaço, pule para a pergunta 17.a] [Se você JÁ teve, dor ou inchaço, passe para a próxima pergunta]</small></p>																																							
<p>14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</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"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>																																							
<p>15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>																																							
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p><small>[Se sua resposta foi NÃO, pule para a pergunta 18] [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"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>																																							
<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"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>																																							
<p>15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>																																								
<p>15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) "cansada" ou dolorida quando você acorda pela manhã?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo), impedem, limitam ou prejudicam?</p> <table border="1" data-bbox="738 1144 1319 1666"> <thead> <tr> <th></th> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Mastigar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. Beber (tomar líquidos)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. Fazer exercícios físicos ou ginástica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. Comer alimentos duros</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e. Comer alimentos moles</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f. Sorrir/gargalhar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g. Atividade sexual</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h. Limpar os dentes ou a face</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i. Bocejar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j. Engolir</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k. Conversar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		NÃO	SIM	a. Mastigar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Beber (tomar líquidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Comer alimentos duros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Comer alimentos moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Sorrir/gargalhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Atividade sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Limpar os dentes ou a face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Bocejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Engolir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Conversar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NÃO	SIM																																						
a. Mastigar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
b. Beber (tomar líquidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
d. Comer alimentos duros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
e. Comer alimentos moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
f. Sorrir/gargalhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
g. Atividade sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
h. Limpar os dentes ou a face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
i. Bocejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
j. Engolir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
k. Conversar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<p>15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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"/> Não <input type="checkbox"/> 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"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>																																								
<p>16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. que já teve artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do corpo?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>																																								

20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:					
	Nem um pouco	Um Pouco	Modestamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Por ter fraqueza ou tontura	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. Por ter falta de apetite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
h. Por chorar facilmente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
k. Por se sentir só	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
l. Por se sentir triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
m. Por se preocupar muito com as coisas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
p. Por ter músculos doloridos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
q. Por ter dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
r. Por ter dificuldade em respirar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
u. Por sentir um "nó na garganta"	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
z. Por comer demais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
aa. Por acordar de madrugada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
dd. Por se sentir inútil	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
ff. Por ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?	22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?				
<input type="checkbox"/> 1 Excelente	<input type="checkbox"/> 1 Excelente				
<input type="checkbox"/> 2 Muito bom	<input type="checkbox"/> 2 Muito bom				
<input type="checkbox"/> 3 Bom	<input type="checkbox"/> 3 Bom				
<input type="checkbox"/> 4 Razoável	<input type="checkbox"/> 4 Razoável				
<input type="checkbox"/> 5 Ruim	<input type="checkbox"/> 5 Ruim				

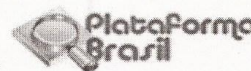
<p>23. Qual a data do seu nascimento?</p> <p>Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p> <p>[Se a sua resposta foi SIM, pule para a pergunta 29] [Se a sua resposta foi NÃO, passe para a próxima pergunta]</p>
<p>24. Qual seu sexo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino</p>	<p>28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim</p> <p>[Se a sua resposta foi SIM, pule para a pergunta 29] [Se a sua resposta foi NÃO, passe para a próxima pergunta]</p>
<p>25. Qual a sua cor ou raça?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano <input type="checkbox"/> 2 Asiático ou Insulano Pacífico <input type="checkbox"/> 3 Preta <input type="checkbox"/> 4 Branca <input type="checkbox"/> 5 Outra [Se sua resposta foi OUTRA, passe para as próximas alternativas sobre sua cor ou raça]</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Parda <input type="checkbox"/> 7 Amarela <input type="checkbox"/> 8 Indígena</p>	<p>28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim, procurando emprego <input type="checkbox"/> 2 Sim, afastado temporariamente do trabalho <input type="checkbox"/> 3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho <input type="checkbox"/> 4 Não</p>
<p>26. Qual a sua origem ou de seus familiares?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Porto Riquenho <input type="checkbox"/> 2 Cubano <input type="checkbox"/> 3 Mexicano <input type="checkbox"/> 4 Mexicano Americano <input type="checkbox"/> 5 Chicano <input type="checkbox"/> 6 Outro Latino Americano <input type="checkbox"/> 7 Outro Espanhol <input type="checkbox"/> 8 Nenhuma acima</p> <p>[Se sua resposta foi NENHUMA ACIMA, passe para as próximas alternativas sobre sua origem ou de seus familiares]</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Índio <input type="checkbox"/> 14 Africano <input type="checkbox"/> 10 Português <input type="checkbox"/> 15 Italiano <input type="checkbox"/> 11 Francês <input type="checkbox"/> 16 Japonês <input type="checkbox"/> 12 Holandês <input type="checkbox"/> 17 Alemão <input type="checkbox"/> 13 Espanhol <input type="checkbox"/> 18 Árabe</p> <p><input type="checkbox"/> 19 Outra, favor especificar _____ <input type="checkbox"/> 20 Não sabe especificar</p>	<p>29. Qual o seu estado civil?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa <input type="checkbox"/> 2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa <input type="checkbox"/> 3 Viúvo (a) <input type="checkbox"/> 4 Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 5 Separado (a) <input type="checkbox"/> 6 Nunca casei <input type="checkbox"/> 7 Morando junto</p>
<p>27. A té que ano da escola / faculdade você frequentou?</p> <p>Nunca frequentei a escola - <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Ensino fundamental (primário) 1ª Série <input type="checkbox"/> 1 2ª Série <input type="checkbox"/> 2 3ª Série <input type="checkbox"/> 3 4ª Série <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ensino fundamental (ginásio) 5ª Série <input type="checkbox"/> 5 6ª Série <input type="checkbox"/> 6 7ª Série <input type="checkbox"/> 7 8ª Série <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Ensino médio (científico) 1º ano <input type="checkbox"/> 9 2º ano <input type="checkbox"/> 10 3º ano <input type="checkbox"/> 11</p> <p>Ensino superior (faculdade ou pós-graduação) 1º ano <input type="checkbox"/> 12 2º ano <input type="checkbox"/> 13 3º ano <input type="checkbox"/> 14 4º ano <input type="checkbox"/> 15 5º ano <input type="checkbox"/> 16 6º ano <input type="checkbox"/> 17</p>	<p>30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?</p> <p>R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional</i></p> <p><input type="checkbox"/> Até ¼ do salário mínimo <input type="checkbox"/> De ¼ a ½ salário mínimo <input type="checkbox"/> De ½ a 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 3 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 10 a 15 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 15 a 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 20 a 30 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 30 salários mínimos <input type="checkbox"/> Sem rendimento</p>
	<p>31. Qual o seu CEP? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Muito Obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão.</p>

EXAME CLÍNICO																					
<p>1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nenhum <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos</p>	<p>b. Fechamento</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DIREITO</th> <th style="width: 50%;">ESQUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Estalido <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Estalido <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> mm. <input type="text"/> <input type="text"/> mm. (Medida do estalido no fechamento) </p>	DIREITO	ESQUERDO	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Estalido <input type="checkbox"/> 1	Estalido <input type="checkbox"/> 1	Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2	Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3										
DIREITO	ESQUERDO																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Estalido <input type="checkbox"/> 1	Estalido <input type="checkbox"/> 1																				
Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2																				
Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3																				
<p>2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DIREITO</th> <th style="width: 50%;">ESQUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Articulação <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Articulação <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Músculos <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Músculos <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>	DIREITO	ESQUERDO	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Articulação <input type="checkbox"/> 1	Articulação <input type="checkbox"/> 1	Músculos <input type="checkbox"/> 2	Músculos <input type="checkbox"/> 2	Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3	<p>c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DIREITO</th> <th style="width: 50%;">ESQUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Não <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Sim <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Sim <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>NA <input type="checkbox"/> 8</td> <td>NA <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> </tbody> </table>	DIREITO	ESQUERDO	Não <input type="checkbox"/> 0	Não <input type="checkbox"/> 0	Sim <input type="checkbox"/> 1	Sim <input type="checkbox"/> 1	NA <input type="checkbox"/> 8	NA <input type="checkbox"/> 8		
DIREITO	ESQUERDO																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Articulação <input type="checkbox"/> 1	Articulação <input type="checkbox"/> 1																				
Músculos <input type="checkbox"/> 2	Músculos <input type="checkbox"/> 2																				
Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3																				
DIREITO	ESQUERDO																				
Não <input type="checkbox"/> 0	Não <input type="checkbox"/> 0																				
Sim <input type="checkbox"/> 1	Sim <input type="checkbox"/> 1																				
NA <input type="checkbox"/> 8	NA <input type="checkbox"/> 8																				
<p>3. Padrão de Abertura</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Reto <input type="checkbox"/> 1 Desvio lateral direito (não corrigido) <input type="checkbox"/> 2 Desvio lateral direito corrigido ("S") <input type="checkbox"/> 3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido) <input type="checkbox"/> 4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S") <input type="checkbox"/> 5 Outro tipo _____ (Especifique)</p>	<p>6. Excursões</p> <p>a. Excursão lateral direita <input type="text"/> <input type="text"/> mm.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>	Dor Muscular	Dor Articular	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3										
Dor Muscular	Dor Articular																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1																				
Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2																				
Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3																				
<p>4. Extensão de movimento vertical <i>Incisivo superior utilizado</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>a. Abertura sem auxílio sem dor <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <p>b. Abertura máxima sem auxílio <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>	Dor Muscular	Dor Articular	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3	<p>b. Excursão lateral esquerda <input type="text"/> <input type="text"/> mm.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>	Dor Muscular	Dor Articular	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3
Dor Muscular	Dor Articular																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1																				
Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2																				
Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3																				
Dor Muscular	Dor Articular																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1																				
Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2																				
Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3																				
<p>c. Abertura máxima com auxílio <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>	Dor Muscular	Dor Articular	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3	<p>c. Protrusão <input type="text"/> <input type="text"/> mm.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Direito <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Esquerdo <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Ambos <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>	Dor Muscular	Dor Articular	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3
Dor Muscular	Dor Articular																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1																				
Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2																				
Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3																				
Dor Muscular	Dor Articular																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Direito <input type="checkbox"/> 1	Direito <input type="checkbox"/> 1																				
Esquerdo <input type="checkbox"/> 2	Esquerdo <input type="checkbox"/> 2																				
Ambos <input type="checkbox"/> 3	Ambos <input type="checkbox"/> 3																				
<p>d. Transpasse incisal vertical <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p>	<p>d. Desvio de linha média <input type="text"/> <input type="text"/> mm.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 8 NA</p>																				
<p>5. Ruídos articulares (palpação)</p> <p>a. abertura</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DIREITO</th> <th style="width: 50%;">ESQUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> <td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>Estalido <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Estalido <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2</td> <td>Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3</td> <td>Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> mm. <input type="text"/> <input type="text"/> mm. (Medida do estalido na abertura) </p>	DIREITO	ESQUERDO	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Estalido <input type="checkbox"/> 1	Estalido <input type="checkbox"/> 1	Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2	Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3	<p style="text-align: center;">NA: NENHUMA DAS OPÇÕES ACIMA</p>										
DIREITO	ESQUERDO																				
Nenhuma <input type="checkbox"/> 0	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0																				
Estalido <input type="checkbox"/> 1	Estalido <input type="checkbox"/> 1																				
Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira <input type="checkbox"/> 2																				
Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina <input type="checkbox"/> 3																				

7. Ruídos articulares nas excursões																																			
Ruídos direitos																																			
7.a	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Excursão direita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma.....</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Estalido.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina.....</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Excursão direita		Nenhuma.....	0	Estalido.....	1	Crepitação grosseira.....	2	Crepitação fina.....	3	7.b	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Excursão esquerda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma.....</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Estalido.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina.....</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Excursão esquerda		Nenhuma.....	0	Estalido.....	1	Crepitação grosseira.....	2	Crepitação fina.....	3	7.c	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Protrusão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma.....</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Estalido.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina.....</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Protrusão		Nenhuma.....	0	Estalido.....	1	Crepitação grosseira.....	2	Crepitação fina.....	3
Excursão direita																																			
Nenhuma.....	0																																		
Estalido.....	1																																		
Crepitação grosseira.....	2																																		
Crepitação fina.....	3																																		
Excursão esquerda																																			
Nenhuma.....	0																																		
Estalido.....	1																																		
Crepitação grosseira.....	2																																		
Crepitação fina.....	3																																		
Protrusão																																			
Nenhuma.....	0																																		
Estalido.....	1																																		
Crepitação grosseira.....	2																																		
Crepitação fina.....	3																																		
Ruídos esquerdos																																			
7.d	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Excursão direita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma.....</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Estalido.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina.....</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Excursão direita		Nenhuma.....	0	Estalido.....	1	Crepitação grosseira.....	2	Crepitação fina.....	3	7.e	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Excursão esquerda</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma.....</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Estalido.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina.....</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Excursão esquerda		Nenhuma.....	0	Estalido.....	1	Crepitação grosseira.....	2	Crepitação fina.....	3	7.f	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Protrusão</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma.....</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Estalido.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Crepitação grosseira.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Crepitação fina.....</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Protrusão		Nenhuma.....	0	Estalido.....	1	Crepitação grosseira.....	2	Crepitação fina.....	3
Excursão direita																																			
Nenhuma.....	0																																		
Estalido.....	1																																		
Crepitação grosseira.....	2																																		
Crepitação fina.....	3																																		
Excursão esquerda																																			
Nenhuma.....	0																																		
Estalido.....	1																																		
Crepitação grosseira.....	2																																		
Crepitação fina.....	3																																		
Protrusão																																			
Nenhuma.....	0																																		
Estalido.....	1																																		
Crepitação grosseira.....	2																																		
Crepitação fina.....	3																																		
INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10																																			
<p>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 palpções 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 palpções direita e esquerda.</p> <p>0 = Somente pressão (sem dor) 1 = dor leve 2 = dor moderada 3 = dor severa</p>																																			
8. Dor muscular extra-oral 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 intra oral 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 B – Parecer consubstanciado do CEP – UNIFOR - Aprovação

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: APLICABILIDADE DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Pesquisador: Maira de Oliveira Viana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20025713.4.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 434.775

Data da Relatoria: 23/10/2013

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de campo, descritiva, transversal e de abordagem quantitativa a ser realizada no setor de fisioterapia do NAMI-UNIFOR com 50 participantes, previamente diagnosticados pelo serviço de Odontologia da UNIFOR com DTM articular associada ou não à dor miogênica, com idade entre 20 e 40 anos, independente do sexo, através da aplicação de questionário e exame físico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar aplicabilidade da CIF em indivíduos com disfunção temporomandibular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo poderá apresentar risco e/ou desconforto mínimo na participação da pesquisa já que a mesma não inclui procedimentos de tratamento ou de avaliação invasiva. No questionário não haverá perguntas que possam causar constrangimentos aos participantes. Portanto não existe possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente e a garantia de que danos previsíveis serão evitados.

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 434.775

Benefícios:

A partir da análise do questionário aplicado e do exame físico, o estudo poderá proporcionar um melhor entendimento a respeito dos diferentes tipos de DTM, proporcionando ao fisioterapeuta, os demais profissionais de saúde atuantes na DTM e ao paciente uma avaliação mais fidedigna do distúrbio e um tratamento mais adequado ao seu caso. A pesquisa trará benefícios aos portadores de DTM, tendo em vista que irá ampliar os

conhecimentos dos profissionais de saúde de uma forma multidisciplinar, além de orientá-los a partir da visão do pacientes sobre suas limitações funcionais e consequentemente de sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta-se relevante para se desenvolver uma maior compreensão sobre o assunto e melhor atuação de atendimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml

folha de rosto.jpg

Projeto Doutorado Maíra Viana.doc

Instrumento de coleta CIF.pdf

TCLE.pdf

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise na íntegra do protocolo de pesquisa conclui-se que o mesmo atende às Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos -Res.466/12 CNS/MS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa; Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 434.775

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Vice-Reitoria de Ensino e Pós-Graduação de 2013

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Assinador por
Presidente do Comitê de Ética - COETICA
Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
(Coordenador)

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br