



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial n° 1.162, de 13/10/16, D.O.U. n° 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Djalma Jose Simão Junior

ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS AVALIADOS POR CRITÉRIOS DE
DIAGNÓSTICO EM DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DO CEULP/ULBRA

Palmas – TO

2020

Djalma José Simão Junior

ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS AVALIADOS POR CRITÉRIOS DE
DIAGNÓSTICO EM DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DO CEULP/ULBRA

Trabalho de conclusão de curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Dr. Danilo Flamini Oliveira.

Linha de pesquisa: Epidemiologia e etiopatogenia das doenças e disfunções do sistema estomatognático.

Palmas – TO

2020

Djalma José Simão Junior

ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS AVALIADOS POR CRITÉRIOS DE
DIAGNÓSTICO EM DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES NA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DO CEULP/ULBRA

Trabalho de conclusão de curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Dr. Danilo Flamini Oliveira.

Linha de pesquisa: Epidemiologia e etiopatogenia das doenças e disfunções do sistema estomatognático.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Danilo Flamini Oliveira

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Dra. Tassia Silvana Borges

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Me. Igor Fonseca dos Santos

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2020

Dedico este trabalho e toda minha gratidão, respeito e carinho a Eliene Aparecida da Silva, Djalma Jose Simão, e Patricia Lorraine Aparecida Simão, que não pouparam esforços para possibilitar a conclusão dessa graduação. Não obstante gostaria de agradecer a todos as pessoas envolvidas socialmente, os quais me apoiaram nos momentos de estresse. E também ressaltar meu extremo carinho aos meus professores do CEULP/ULBRA, em especial a Dra. Micheline Pimentel Ribeiro Cavalcante, Dra. Tassia Silvana Borges as quais acreditaram e me deram a oportunidade de ingressar no mundo das pesquisas transversais e mostram a importância desta linha de pesquisa, e também a Dra. Yamba Carla Lara Pereira a qual foi responsável por me incentivar e acreditar na minha capacidade de apresentar o meu primeiro trabalho em um evento científico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da execução deste estudo, bem como pela participação e comprometimento de Marlon Brendo da Silva Benigno e do Dr. Danilo Flamini Oliveira, os quais, não mediram esforços para o desenvolvimento e progresso deste trabalho. Bem como a gratidão a todos os voluntários avaliados nesta pesquisa.

RESUMO

SIMÃO JÚNIOR, D.J. **Aspectos biopsicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular**. 2020. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Odontologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

O sistema estomatognático pode sofrer alterações por diversos fatores, levando, assim, ao desenvolvimento de Disfunções Temporomandibulares (DTMs). Um de seus agentes etiológicos relaciona-se aos fatores biopsicossociais. Dessa forma, este trabalho discute a influência destes fatores às DTMs e sua relação com o uso e necessidade de próteses odontológicas na clínica escola do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Para isso, utilizou-se uma metodologia de um estudo transversal observacional, que utilizou o Eixo II do índice DC/TMD (*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* – Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular) e o índice qualificador e quantificador do uso e necessidade de próteses, proposto pela Política Nacional de Saúde Bucal. Desta forma, até o presente momento, foram avaliados seis indivíduos de 19 a 50 anos, sendo 3 de cada sexo. Da amostra, 33,3% foi diagnosticada com algum tipo de DTM, sendo um diagnóstico de mialgia e um de artralgia. Quanto à descrição das arcadas, 2 pessoas utilizavam próteses e apenas 1 necessitava do seu uso. Houve ausência de significância entre a presença de DTM e o uso ou necessidade de próteses ($p>0,05$). Quanto ao Eixo II do DC/TMD, parte da amostra (17%) apresentava sintomas de ansiedade grave e DTM e 50% possuíam dor crônica ou limitação de movimento mandibular. Todos os pacientes com DTM apresentavam sintomas físicos como dores de cabeça, sentindo seu coração bater forte e sentindo-se cansados ou com pouca energia. Nos pacientes sintomáticos para a disfunção, houve maior média de comportamentos orais parafuncionais na presença de “Alta intensidade de dor”, “Sintomas de depressão”, “Sintomas de ansiedade”, “Sintomas físicos” e “DTM com dor” quando comparados com a ausência destes sintomas. Além disso, também houve maiores limitações funcionais da mandíbula e maior média e mediana de quantidade de pontos de dor nas pessoas sintomáticas. Desta maneira, apesar da amostragem parcial, é possível observar diagnósticos em DTMs, que estiveram associados aos sinais de ansiedade, sintomas físicos inespecíficos e presença de comportamentos orais parafuncionais.

Palavras-chave: Transtornos da Articulação Temporomandibular. Dor Facial. Prótese Dentária. Epidemiologia.

ABSTRACT

SIMÃO JÚNIOR, D.J. **Biopsychosocial aspects assessed by diagnostic criteria for temporomandibular dysfunction.** 2020.78 f. Course Completion Work (Graduation) – Dentistry course, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

The stomatognathic system may change due to several factors, thus leading to the development of Temporomandibular Dysfunctions (TMDs). One of its etiological agents is related to biopsychosocial factors. Thus, this paper discusses the influence of these factors on TMDs and their relationship with the use and need of dental prostheses in the school clinic of the Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). For this, we used a methodology of an observational cross-sectional study, which used Axis II of the DC/TMD index (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) and the qualifying and quantifying index of the use and need for prostheses, proposed by the National Oral Health Policy. Thus, to date, six individuals aged from 19 to 50 years old have been evaluated, 3 of each sex. Of the sample, 33.3% were diagnosed with some type of TMD, being a diagnosis of myalgia and one of arthralgia. Regarding the description of the arcades, 2 people used prostheses and only 1 needed their use. There was no significance between the presence of TMD and the use or need for prostheses ($p>0.05$). As for Axis II of DC/TMD, part of the sample (17%) had symptoms of severe anxiety and TMD and 50% had chronic pain or limitation of mandibular movement. All TMD patients had physical symptoms such as headaches, feeling their heart beat strong and feeling tired or low on energy. In patients symptomatic of dysfunction, there was a higher mean of parafunctional oral behaviors in the presence of "High intensity of pain", "Symptoms of depression", "Anxiety symptoms", "Physical symptoms" and "TMD with pain" when compared with the absence of these symptoms. In addition, there were also greater functional limitations of the mandible and higher mean and median amount of pain points in symptomatic people. Thus, despite partial sampling, it is possible to observe diagnoses in TMDs, which were associated with signs of anxiety, nonspecific physical symptoms and presence of parafunctional oral behaviors.

Keywords: Temporomandibular Joint Disorders. Dental Prosthesis. Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis da pesquisa.....	19
Tabela 2 – Pontuação de acordo com a quantidade de dias com dores orofaciais.....	21
Tabela 3 – Determinação da dor crônica orofacial do paciente.....	21
Tabela 4 – Médias de dispersão quanto a quantidade de pontos de dor, de acordo com a presença de DTM.....	26
Tabela 5 – Distribuição da Determinação de dor crônica orofacial dos pacientes.....	26
Tabela 6 – Distribuição da autoavaliação quanto a presença de humor deprimido e ansiedade.....	27
Tabela 7 – Medias de dispersão quanto aos sintomas físicos e inespecíficos.....	28
Tabela 8 – Perfil dos pacientes de acordo com sintomas físicos inespecíficos e comportamentos orais parafuncionais.....	29
Tabela 9 – Pontuação média dos comportamentos orais de acordo com a característica biopsicossocial.....	29
Tabela 10 – Medidas de dispersão quantos as variáveis do questionário de Comportamentos orais para funcionais.....	30
Tabela 11 – Limitação funcional maxilar (Qualquer item $\geq 5 = 1$).....	32
Tabela 12 – Análises estatísticas pelo método estatístico pelo teste de Qui-quadrado de independência.....	33
Tabela 13 – Prevalência do grau de dor crônica orofacial segundo a literatura.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS

AAOP	<i>American Academy of Orofacial Pain</i> - Academia Americana de Dor Orofacial
ATM	Articulação temporomandibular
CAAE	Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DC/TMD	<i>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i> – Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular
DTM	Disfunção temporomandibular
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	11
1.2 HIPÓTESES	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 Objetivo Geral.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos.....	11
1.4 JUSTIFICATIVA	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 DESENHO DO ESTUDO	18
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	18
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
3.5 VARIÁVEIS.....	19
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	20
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	24
3.7.1 Riscos	24
3.7.2 Benefícios.....	25
3.7.3 Desfechos	25
3.7.3.1 Primário	25
3.7.3.2 Secundário	25
3.7.3.3 Devolução dos resultados aos participantes	25
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES	46
ANEXOS.....	65

1 INTRODUÇÃO

Souza *et al.* (2014) indicam que o aparelho estomatognático é um sistema complexo que engloba várias estruturas, como os ossos da mandíbula; maxila; hioideo; temporal, além dos músculos da mastigação (músculos masseter; temporal; pterigoideo medial e pterigoideo lateral com suas fibras inferiores e superiores) e da expressão facial (ANDRADE; CUNHA; REIS, 2017; OKESON, 2013).

Nesta organização morfológica, o osso temporal e a mandíbula se relacionam pelas articulações temporomandibulares (ATMs), músculos da mastigação, ligamentos articulares e sistema nervoso. Desta maneira, o movimento mandibular é possível por uma íntima e complexa relação destes ossos com outras estruturas (GUTIÉRREZ *et al.*, 2015; PINTO, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

Quando ocorrem alterações dos níveis fisiológicos ou estruturais com os componentes do sistema estomatognático, podem ocorrer distúrbios funcionais e estruturais complexos e, por consequência, suas repercussões clínicas, como é o caso das Disfunções Temporomandibulares (DTMs), Estas são um grupo complexo e heterógeno de condições e distúrbios clínicos que afetam estruturas relacionadas às ATMs (ANDRADE; CUNHA; REIS, 2017; GUTIÉRREZ *et al.*, 2015).

Os principais sintomas destas condições se originam das estruturas mastigatórias, as quais respondem às DTMs com sintomatologia dolorosa, além do acontecimento de sons do tipo estalidos, crepitação ou ruídos articulares da ATM. O comprometimento mandibular pode limitar seus movimentos fisiológicos, interferindo diretamente na vida social e no bem-estar físico, mental e biopsicossocial do indivíduo (AZEVEDO *et al.*, 2017; MARQUEZAN; FIGUEIRÓ, 2016).

Em âmbito etiológico, Azevedo *et al.* (2017) descrevem que as DTMs possuem causas multifatoriais. Dentre estes fatores, os hábitos parafuncionais, a redução da dimensão vertical da oclusão devido à perda de dentes, o uso próteses odontológicas que apresentam falta de estabilidade e retenção e fatores psicológicos como o estresse e a ansiedade são os mais relatados pela literatura pertinente ao assunto (BORDIN *et al.*, 2013).

Okeson (2013) diz que níveis elevados de estresse emocional aumentam não somente a tonicidade muscular da cabeça e do pescoço, mas aumentam os níveis de atividade muscular parafuncional (bruxismo ou apertamento de dentes). Ainda, sobre a óptica da temática psicológica, hábitos parafuncionais podem ser induzidos pela ansiedade e nervosismo, o que pode levar a sobrecarga dos músculos mastigatórios e atuar como fator perpetuante das

DTMs. Ainda, indivíduos com estas disfunções, apresentam mais quadros de ansiedade e depressão que pessoas assintomáticas (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Schmidt, Vieira e Wagner (2015) afirmam que pacientes com DTM apresentam mais traços de ansiedade e depressão do que pacientes sem DTM. Silva *et al.* (2011) afirma que o perfil biopsicossocial está relacionado ao surgimento de sintomas somáticos, como dores nas costas. Os sintomas de depressão severa são ainda maiores quando relacionada ao grau de dor crônica (SOARES *et al.*, 2012).

Considerando a relevância desta temática no âmbito de saúde coletiva, inquéritos epidemiológicos recentes relatam que 50 a 80% das populações avaliadas por suas metodologias propostas apresentam sintomas de DTM em algum estágio durante a vida (KATYAYAN; KATYAYAN; PATEL, 2016; VAINIONPÄÄ *et al.*, 2018). Contudo, ao aplicar a abordagem das próteses odontológicas à epidemiologia das DTMs, os resultados são controversos, uma vez que enquanto alguns estudos afirmam que de 15 a 25% dos portadores de próteses dentárias apresentam algum distúrbio na ATM (KATYAYAN; KATYAYAN; PATEL, 2016), outros afirmam que estes dispositivos não exercem qualquer influência sobre a temática das DTMs (JORGE *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2013).

Ainda, é notório observar a relevância das análises transversais sobre a prevalência de DTMs de origens articular, geralmente a partir dos 40 anos, sendo que indivíduos entre 60 e 74 anos são os mais acometidos com a condição (GUTIÉRREZ *et al.*, 2015; FREITAS *et al.*, 2015). No entanto, cabe ressaltar a perspectiva de diversas origens destas condições. Borrdin *et al.* (2013) pontua que as condições psicossociais aplicadas a indivíduos do sexo feminino e com idade entre 20 a 45 anos, torna-os população recorrente às disfunções da ATM e estruturas associadas.

Considerando a relevância desta temática no âmbito de saúde coletiva, para padronizar as pesquisas envolvendo a ATM, autores como Pinto (2011) e Silva (2014) afirmam que o Critério de Diagnóstico para Pesquisa da Disfunção Temporomandibular (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders - RDC/TMD*), é um sistema padronizado desenvolvido para pesquisadores com o intuito examinar, diagnosticar e classificar os subtipos de DTM. Para Silva (2014), esse sistema permite a avaliação multidimensional da dor crônica advinda da DTM, incluindo fatores socioeconômicos, bem como variáveis clínicas que podem influenciar o resultado do tratamento.

Este sistema foi desenvolvido em 1992, e desde então tem sido frequentemente aplicado em pesquisas, por ser considerado padrão ouro para diagnósticos das DTMs. O

critério subdivide as disfunções em 3 grupos: de desordens musculares; deslocamento de disco articular; e de artralgia, osteoartrite ou osteoartrose (PINTO, 2011).

É significativo pontuar que em 2010 o índice sofreu alterações de protocolo, passando a se chamar de DC/TMD (*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders – Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular*), contando com novas avaliações e protocolos pré-estabelecidos (SCHIFFMAN *et al.*, 2014).

Outras características relevantes deste índice são suas especificações documentadas cuidadosamente e padronizadas, levando ao exame clínico sistemático; as definições operacionais sem termos ambíguos; a confiabilidade demonstrada para métodos de medida clínica e presença de dois eixos de diagnóstico, sendo o Eixo I destinado a análises clínicas físicas e o Eixo II para coletar informações psicossociais (PINTO, 2011; SCHIFFMAN *et al.*, 2014).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a relação entre o uso e necessidade de próteses odontológicas com as variáveis analisadas pelo Eixo II do índice DC/TMD?

1.2 HIPÓTESES

A partir de estudos como os desenvolvidos por Soares *et al.* (2012) e Schmidt, Vieira e Wagner (2015) é possível gerar a hipótese de que será encontrada alta prevalência de sinais de depressão e ansiedade em pacientes portadores de DTMs na população de estudo. Além disso, conforme os mesmos autores, será possível estabelecer relação estatisticamente significativa entre os fatores biopsicossociais dos avaliados às disfunções apresentadas e o uso e a necessidade de próteses odontológicas.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Observar a influência dos fatores biopsicossociais a partir de avaliações na perspectiva do diagnóstico em DTMs com o uso e necessidade de próteses odontológicas em pacientes da escola odontológica do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar o impacto da dor relacionados a DTMs em atividades diárias
- Determinar a prevalência do uso e necessidade de uso de próteses odontológicas;
- Classificar os arcos dentários dos pacientes conforme proposto por Kennedy (JORGE *et al.*, 2013);

- Correlacionar a presença de DTM ao estado emocional frente as condições de estresse e ansiedade diária;
- Identificar sintomatologia dolorosa em quaisquer regiões corporais

1.4 JUSTIFICATIVA

Observa-se a necessidade de dedicar mais atenção às DTMs, uma vez que estas circunstâncias patológicas possuem alto custo social, afetando a qualidade de vida de seus portadores. Portanto, a realização de diagnósticos destas condições é fator significativo a ser considerado pelo cirurgião dentista (SOUSA, 2013).

Durante a execução da interpretação destas condições, deve-se levar em consideração fatores predisponentes a estas patologias, tal como o uso e necessidade de próteses odontológicas, sendo este ainda fator controverso na literatura (BORDIN *et al*, 2013; JORGE *et al.*, 2013; KATYAYAN; KATYAYAN; PATEL, 2016)

Além disso, Calixtre *et al.* (2014) apontou que os níveis de ansiedade e depressão não alteraram os sintomas clínicos de DTM. Já Schmidt, Vieira e Wagner (2015) afirmam que pacientes com DTM possuem maiores traços sintomáticos de ansiedade e depressão, evidenciando a controvérsia em seus achados quando aos fatores biopsicossociais em disfunções da ATM.

Logo, estudos como o proposto podem auxiliar a sanar esta dicotomia ainda em discussão nos estudos pertinentes, servindo como base a outras análises transversais que abordem esta temática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Piccin *et al.* (2016) e Lei *et al.* (2016) trazem em seus estudos que DTM é o termo usado para classificar sinais e sintomas que afetam músculos da mastigação, articulação temporomandibular (ATM), e estruturas associadas, possuindo origem multifatorial, apresentando fatores etiológicos como trauma articular, hábitos parafuncionais, problemas esqueléticos, fatores psicossociais, discrepâncias oclusais, hiper mobilidade articular e de comportamento.

Múltiplos são os fatores que podem contribuir para esse distúrbio, os quais são agrupados em três categorias: fatores predisponentes, que aumentam o risco de desenvolver a doença e que podem ser processos fisiopatológicos, psicológicos ou estruturais, que alteram o funcionamento do sistema estomatognático; fatores iniciais, que causam o aparecimento da doença, como trauma ou carga adversa do sistema mastigatório; fatores perpetuadores, que interferem na cicatrização da doença ou aumentam sua progressão, como trituração, aperto dos dentes e postura anormal da cabeça (fatores comportamentais), depressão e ansiedade (fatores emocionais) (CHISNOIU *et al.*, 2015).

No entanto, Okeson (2013) defende que apesar da DTM ser multifatorial, cabe ao dentista identificar qual dos fatores está influenciando o paciente. Os clínicos entendem que todos os fatores, até certo ponto, estão presentes em todos os pacientes. No entanto, o que faz desenvolver o fator de adaptabilidade do paciente, o qual pode ser diferente entre os pacientes. Esse fator, assume que cada paciente tem seu próprio sistema biológico que pode tolerar certo grau de variação do ideal. Portanto, más oclusões, determinados graus de estresse emocional, e parafunção, nem sempre podem causar os sintomas da DTM.

Souza *et al.* (2014), afirma que o sistema estomatognático é um aparato complexo, que envolve o crânio, mandíbula, músculos da mastigação e sistema nervoso. Quando os níveis fisiológicos de algum desses componentes são alterados, podem gerar transtornos funcionais com suas repercussões clínicas. Nesse sentido, embora os sinais e sintomas sejam variados, os principais achados são: dor; presença de ruídos; problemas musculares e audição prejudicada. Tais alterações possuem justificativa biológica comum e, assim, caracterizam um grupo heterogêneo de características que causam a redução dos movimentos mandibulares, diminuição da função da ATM, presença de dor ou sensibilidade muscular à palpação, cefaleia e ruídos articulares, citados como sendo os mais comuns.

Lei *et al.* (2016) mostrou que em sua população, 61,4% dos adolescentes chineses apresentaram pelo menos um sintoma de DTM. Destes, 32,4% tinham dois ou mais sintomas.

Shibayama *et al.* (2008), analisando jovens dentados, encontrou 28% com DTM leve, 20% - Moderado e 3% - Severa ou grave. Avaliando pacientes portadores de próteses totais duplas, 25% apresentaram DTM leve, 10% - Moderada e nenhum apresentou DTM grave ou severa.

Silva *et al.* (2011), avaliou universitários de 18 a 35 anos e constatou que 57,8% dos avaliados apresentaram DTM leve, 28,3% - moderado e 15,7% - severa. Ainda, a classificação de DTM severa foi predominante no sexo feminino (20%).

A DTM é condição que está frequentemente relacionada a dor orofacial crônica. Sendo a dor definida como experiência sensorial emocional desagradável, relacionada a um dano tissular real ou potencial. No entanto, o conhecimento dos mecanismos biológicos da dor não é suficiente para compreensão dos quadros de dor crônica uma vez que há fatores psicológicos e sociais que induzem ao comportamento anormal da doença (SOARES *et al.*, 2012).

Freitas *et al.* (2015), avaliando população composta por 27 mulheres de 19 a 53 anos, relata em seu estudo que 52% dos indivíduos avaliados tiveram sua qualidade de vida reduzida por apresentar muita dificuldade para dormir em virtude da dor causada pela DTM. Ainda, 37% da população relatava frequente perda do apetite pela dor.

Piccin *et al.* (2016) ressalta a necessidade de obter parâmetros mais precisos para coleta de dados e elaboração de diagnósticos clínicos em relação a DTM. Tal necessidade resultou no desenvolvimento de Critérios Diagnósticos para Disfunção Temporomandibular (*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders - DC/TMD*).

Souza *et al.* (2014) e Soares *et al.* (2012) afirmam que o DC/TMD oferece a melhor classificação dos subgrupos mais comuns em DTM, uma vez que inclui métodos para diagnósticos físicos, em seu Eixo I, e métodos para avaliar intensidade e severidade da dor e os níveis de sintomas depressivos e físicos não específicos, em seu Eixo II.

Soares *et al.* (2012) especifica que os domínios de avaliação psicológicos e psicossociais incorporados ao DC/TMD foram escolhidos para servir como parâmetro em relação aos distúrbios emocionais relacionados às DTMs nas atividades diárias dos avaliados. Este eixo de avaliação qualifica tanto o grau em que a pessoa está debilitada nos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, como quanto esses fatores podem influenciar no desenvolvimento ou manutenção do problema orofacial diagnosticado.

As DTMs são uma das patologias crônicas mais comuns, os quais os sinais (clínicos ou subclínicos) podem afetar em torno de 50% da população (SCHMIDT; VIEIRA; WAGNER, 2015). Relacionando a prevalência desta condição ao sexo dos avaliados, as

mulheres são mais afetadas que os homens. Silva *et al.* (2011) constataram que 40,5% que da sua amostra feminina apresentava DTM, enquanto apenas 30,7% dos homens apresentavam esta condição. Já Franco *et al.* (2016) encontrou maior incidência em mulheres do que homens, na proporção de 2,58:1, respectivamente.

Em geral, o principal sintoma da DTM é a dor, no entanto a dor se define como uma impressão subjetiva desagradável a qual é difícil mensuração e descrição. Tal sintoma, trata-se de fenômeno complexo de real importância para sobrevivência, o qual está relacionado a potenciais danos teciduais. Esta sintomatologia pode ser classificada como crônica, aquela que persiste por um período superior a 6 meses, imune as abordagens terapêutico-medicamentosa; ou aguda, a qual condiz com a função real e a lesão gerada (SCHMIDT; VIEIRA; WAGNER, 2015).

Chisnoiu *et al.* (2015) mostra que pacientes com DTM apresentam perfis psicológicos e disfunção psicológica semelhantes aos pacientes com outros distúrbios crônicos da dor musculoesquelética, cefaleia por tensão e dor nas costas.

Okeson (2013) e Chisnoiu *et al.* (2015) mostram que o estresse emocional está relacionado a DTM, principalmente associado ao mecanismo de liberação deste estresse, que pode se dar por mecanismo externo (caminhar, gritar, bater, jogar objetos, que é considerado o mecanismo saudável). Já o mecanismo interno ocorre quando uma pessoa libera o estresse internamente e desenvolve uma desordem psicofisiológica, como hipertensão, certas arritmias cardíacas, asma, aumento da tonicidade muscular da cabeça e do pescoço (associado ao aumento dos níveis de atividade muscular parafuncional).

Piccin *et al.* (2016) afirma que o RDC/TMD avalia e classifica a dor crônica em: DTM Grau I - definido por causar baixa incapacidade e baixa intensidade de dor; Grau II - baixa incapacidade e alta intensidade; Grau III - alta incapacidade e moderada limitação; Grau IV - alta incapacidade e grave limitação.

Soares *et al.* (2012) observou a prevalência dos pacientes portadores de dor crônica de acordo com as classificações exibida pelo índice, sendo que 9,59% dos avaliados apresentaram dor crônica grau I; 54,79% grau II; 20,55% grau III e 15,07% grau IV. Nesse estudo foi encontrada relação significativa com todos aspectos psicológicos, exceto entro o Índice Funcional (IF) e a somatização sem dor.

De forma a corroborar com a execução do diagnóstico de DTM, o DC/TMD traz a avaliação biopsicossocial do indivíduo, O termo psicossocial é utilizado para descrever e relatar as condições que podem afetar a saúde de um indivíduo. Nesta variável são relacionados os fatores psicológicos, que incluem grau de ansiedade, estresse, emoções,

distúrbios de humor e traços temperamentais, além de fatores sociais (como avaliações com expectativas pessoais, comportamentos sociais, condições econômicas e culturais) (SOARES *et al.*, 2012).

Os sintomas que os aspectos psicológicos mais influenciaram em portadores de DTM, no estudo de Silva *et al.* (2011), foram 68,4% de dores na parte inferior da coluna, 57,9% relataram ter músculos doloridos e 52,6% tem sensação de falta de energia e lentidão. Neste estudo o gênero masculino foi o mais influenciado por fatores psicológicos.

Schmidt, Vieira e Wagner (2015) constataram que pacientes com DTM apresentaram diferenças significativas aos pacientes sem DTM por possuírem maiores traços sintomáticos com condições como a ansiedade e a depressão.

A partir de estudo utilizando o eixo II do DC/TMD foi possível observar que 61,64% dos pacientes portadores de DTM crônica apresentaram sintomas depressivos severos, e ao analisar o nível de sintomas somáticos, 72,6% dos avaliados também apresentavam níveis severos de dores físicas. Além da dor, 65,75% dos pacientes sentiam outros sintomas somáticos em nível severo (SOARES *et al.*, 2012).

Silva *et al.* (2011), afirmam que 68,4% de sua população com DTM relataram ter sentido dor na face, nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido no último mês. No entanto, apenas 15,7% procuraram ajuda com algum profissional de saúde. No mesmo estudo, 52,6% dos avaliados relataram problemas com dores de cabeça e enxaquecas nos últimos seis meses. Outros sinais observados pelos indivíduos no estudo foi que 78,9% relataram ouvir estalos ao mastigar ou ao abrir ou fechar a boca, 68,4% ouvem rangido ao mastigar ou abrir a boca e 57,9% sentem a mandíbula fadigada ou dolorida ao acordar. Ainda, 47,3% relataram ter bruxismo e briqueamento, 42,1% relataram ouvir zumbidos e sentem que os dentes não articulam de maneira correta.

Quanto à temática da relação de próteses dentárias e DTMs, há controvérsia na literatura. Al-jabrah e Al-shumailan (2006) mostram que pacientes usuários de próteses parciais removíveis exibem mais sinais de DTM quando comparados aqueles que usam próteses totais. No entanto, Katyayan, Katyayan e Patel (2016) afirmam que os desdentados totais estão mais relacionados a dor na ATM do que os desdentados parcialmente.

Para Chisnoiu *et al.* (2015), oclusões inadequadas devido as más posições dentárias e edentulismo tratado inadequadamente ou não tratado são estados patológicos do complexo temporomandibular, mas não são considerados fatores principais para o desenvolvimento da DTM.

Esta temática é significativa a ser discutida na população brasileira, uma vez que Brasil (2011), pela Política Nacional de Saúde Bucal, indicam que nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, 3,7%, 32,8% e 76,5% da população são portadoras de próteses odontológicas na arcada superior, respectivamente. Já para próteses inferiores, 0,6%, 10,1% e 53,9% não usam próteses nesse arco, respectivamente. No entanto, 13,7%, 68,8% e 92,7% da população necessita do uso destes aparelhos, segundo cada faixa etária citada anteriormente, respectivamente. Desta forma, cabe identificar se esta variável se relaciona às DTMs, uma vez que estudos como os de Al-Jabrah e Al-Shumailan (2006) afirmam haver esta correlação e Jorge *et al* (2013) as negam.

Jorge *et al* (2013) afirmam que apesar de não encontrar relação estatisticamente significativa entre DTM em usuários de próteses parciais removíveis (PPR), os pacientes com os arcos de Kennedy classes I e II são mais suscetíveis a desenvolver DTM leve que as demais classes.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa básica, com abordagem quali-quantitativa, objetivando descrever as condições de saúde de uma população através de procedimento metodológico transversal executado em campo.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa aconteceu dentro do ambiente clínica-escola, no departamento de odontologia do complexo laboratorial, na sala 508 do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), localizado no endereço: Avenida Teotônio Segurado, quadra 1501 Sul e CEP 77.019-900 na cidade de Palmas - Tocantins.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A partir de amostragem por conveniência, foram selecionados pacientes atendidos pelas clínicas odontológicas do CEULP/ULBRA, nas disciplinas “semiologia odontológica”, “propedêutica odontológica”, “clínica integral I”, “clínica integral II”, “clínica integral III”, “clínica integral IV”, “clínica integral V” e “manutenção da saúde em odontologia”, do curso de graduação em odontologia.

Para cada dia de avaliação do estudo, que seguiu o calendário acadêmico de funcionamento dos atendimentos conforme os horários das disciplinas expostas acima, qualquer paciente que se enquadrar nos critérios de inclusão para este trabalho e que estiver na fila de espera para o atendimento foi convidado a participar desta avaliação de saúde do sistema estomatognático. A autonomia de participação do estudo foi respeitada pelos examinadores.

Em uma análise matemática, este procedimento deveria ser executado até que fosse atingido o valor amostral mínimo, que foi baseado na base populacional de 32 avaliados do estudo de Piccin *et al.* (2016), que também utilizou um procedimento de análises de prevalência de DTMs em população semelhante, usuária dos serviços odontológicos ofertados por uma universidade, recebendo seu diagnóstico de disfunção pelos dois eixos de trabalho do índice DC/TMD. Desta forma, com este universo proposto pela literatura recente, seguindo métodos semelhantes ao deste estudo, utilizou-se calculadora amostral *online* Comento@ (COMENTTO, 2019) visando à distribuição de população homogênea com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, gerando a amostra proposta para este trabalho de 29 indivíduos.

No entanto, diante da pandemia provocado pelo vírus respiratório emergente Sars-CoV-2, agente etiológico da doença Covid-19, o qual, suas repercussões afetaram diretamente

funcionamento de clínicas odontológicas públicas e privadas, bem como os meios de atendimento à comunidade por meio dos sistemas educacionais dentro das graduações e pós-graduações em odontologia (PELOSO *et al.*, 2020), este estudo descreve uma análise dos dados obtidos até março de 2020, sendo está uma análise dos resultados parciais da pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Incluiu-se nesta pesquisa participantes com idade igual ou superior aos 15 anos (Brasil, 2009), que, em seu índice de uso e necessidade de prótese, indica que esta é a idade mínima para a avaliação da condição da arcada protética dos pacientes, que apresentarem interesse de participação mediante convite dos examinadores durante o período de espera ao atendimento das clínicas odontológicas do CEULP/ULBRA e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) desta pesquisa (Apêndice A).

Os participantes menores de 18 anos estiveram acompanhados pelos pais ou responsáveis onde os menores de idade devem assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seu acompanhante apresentou ciência desta pesquisa por meio de TCLE destinado a ele (Apêndices B e C, respectivamente). Além disso, aos pacientes que apresentarem baixo grau de instrução escolar, foi proposta a assinatura te TCLE específico aos mesmos (Apêndice D).

A condição odontológica do paciente (tais como: utilização de próteses odontológicas, aparelhos ortodônticos fixos ou removíveis, casos clínicos ainda sem conclusão, casos de trauma dentário ou doença periodontal) não foi considerada critério de exclusão do paciente da pesquisa, conforme proposto pelos próprios elaboradores do índice utilizado nesta intervenção – DC/TMD (OHRBACH *et al.*, 2014). Contudo, exclui-se desta pesquisa pacientes com idade inferior a 15 anos, os que se recusarem, de forma autônoma, a participar destas análises ou que não quiserem assinar os TCLE/TALE propostos.

3.5 VARIÁVEIS

Nesta pesquisa, os pacientes foram avaliados segundo o Eixo II dentro da perspectiva da associação entre o uso de prótese e a presença ou ausência de DTMs, conforme aplicações de índices validados pela Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2009) e pelo DC/TMD (OHRBACH *et al.*, 2014; SCHIFFMAN *et al.*, 2014), conforme descrito na tabela 1:

Tabela 1: Variáveis da pesquisa

Avaliação do impacto da dor em DTM nas atividades diárias	OHRBACH <i>et al.</i> , 2016
Avaliação do estado emocional frente às	OHRBACH <i>et al.</i> , 2016

condições de estresse e ansiedade diárias	
Avaliação de presença de sintomatologia dolorosa em quaisquer regiões corporais	OHRBACH <i>et al.</i> , 2016
Uso e necessidade de prótese	BRASIL, 2009
Classificação das arcadas parcialmente desdentadas de Kennedy	CARR; BROWN, 2011

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Esta pesquisa foi baseada na avaliação dos usuários da clínica escola de odontologia do CEULP/ULBRA de forma a categorizá-los por meio de questionários estruturados propostos pelo índice DC/TMD (OHRBACH *et al.*, 2014) durante a avaliação da presença de DTMs nos avaliados, contudo enfatizando a avaliação de sua condição biopsicossocial

Infere-se que neste trabalho foram aplicados questionários referentes ao Eixo 2 do DC/TMD que, em sua versão completa, inicia-se com o desenho de dor do paciente (Anexo A), onde o mesmo foi solicitado a marcar nos desenhos o local onde sentiu dor e se esta dor se moveu a alguma outra região do corpo.

Para análises a partir deste Desenho de Dor (Anexo A), foi utilizado um desenho de caráter demonstrativo ao paciente de forma a indicar pontos corpóreos e, mais especificamente, faciais e intra-orais em que a sintomatologia dolorosa pode estar presente. De forma analítica, indica-se que regiões corporais distintas (como em pontuações descritas por “dor de cabeça”, “dor nas costas” ou “dor no pescoço”) foram tratadas como uma única variável, ou seja, foram analisadas as quantidades de pontos de dor indicados (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

O Anexo B traz a Escala Graduada de Dor Crônica em sua Versão 2.0, que questiona sobre a quantidade de dias sentindo dores faciais, sobre a intensidade destas dores e sobre como estas dores podem influenciar nas atividades diárias do avaliado. Para sua interpretação, os itens 2 ao 4 representam a “Intensidade Característica da Dor” (ICD), aos seus resultados foram encontrados pela média destes valores e multiplicado este resultado por 10 (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

Ainda neste questionário, nas questões de 6 a 8, tem-se a chamada de “Pontuação de Interferência”, onde se deve encontrar a média dos seus resultados e multiplicar por 10. Caso

esse valor resulte em um número entre 0 e 29, atribui-se 0 pontos à classificação final desta pontuação; entre 30 e 49, atribui-se 1 ponto; entre 50 e 69, aplica-se 2 pontos e, caso o resultado seja superior a 70, atribui-se 3 pontos a esta parte do índice (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

Relacionando este questionário à quantidade de dias com interferência dolorosa, para as perguntas 1 (avaliação nos últimos 6 meses) e 5 (avaliação nos últimos 30 dias), deve-se correlacionar as respostas dos pacientes aos parâmetros descritos na tabela 1, pontuando as respostas dos pacientes pela variável denominada “pontuação por dias com dificuldades” (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

Tabela 2 – Pontuação de acordo com a quantidade de dias com dores orofaciais

Pontuação por dias com dificuldades			
1 mês (30 dias)		6 meses (180 dias)	
Dias	Pontos	Dias	Pontos
0-1	0	0-6	0
2	1	7-14	1
3-5	2	15-30	2
6 ou mais	3	31 ou mais	3

Fonte: Ohrbach e Knibbe (2017)

Para o cálculo da quantidade de pontos com dificuldades pela dor, somou-se a quantidade de pontos na variável “Pontuação de Interferência” e “pontuação por dias com dificuldades”. Assim, comparando estes pontos à variável de “Intensidade Característica da Dor”, a tabela 2 faz a determinação da dor crônica do paciente pelo resultado destas análises (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

Tabela 3: Determinação da dor crônica do paciente

Nota	Descrição	ICD	Total de pontos com dificuldades pela dor
0	Sem dor e disfunção	0	Não aplicável
I	Dor de baixa intensidade, sem disfunções	<50	<3
II	Dor de alta intensidade, sem disfunções	>50	<3
III	Paciente limitado moderadamente	Não aplicável	3-4
IV	Paciente limitado severamente	Não aplicável	5-6

Fonte: Ohrbach e Knibbe (2017)

Neste tópico, se o avaliado não responder um ou mais itens das perguntas de 2 a 4, toda esta subescala deveria ser desconsiderada. Infere-se que se o paciente não responder à pergunta de número 1 ou 5, os avaliadores tornam-se incapacitados de qualificar a escala de dor crônica deste indivíduo, desqualificando este questionário em sua avaliação (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

O próximo item de avaliação do Eixo II do DC/TMD trata do Questionário para a determinação de dor durante atividades rotineiras (Anexo C). Um instrumento com 20 itens a serem respondidos pelo avaliado. Este tópico faz menção à autopercepção do avaliado quanto às suas possíveis limitações em mastigação, mobilidade mandibular e no ato de comunicação verbal e não verbal. Para analisar os resultados desse questionário, foi considerado como Qualquer questionário em que a soma apresentar valor ≥ 5 a pontuação é igual à 1.

Para este questionário, na parte de avaliação de mastigação pode faltar a resposta de até duas perguntas, em mobilidade mandibular pode haver falta de um item e na parte de comunicação, pode haver, no máximo, falta de duas respostas. O não cumprimento de uma ou mais destas condições invalida a interpretação do índice. Caso o número de faltas esteja dentro do permitido, o cálculo das médias é realizado considerando apenas o número de respostas presentes (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

O quarto questionário (Anexo D) do segundo eixo de avaliação do índice utilizado nesta pesquisa referiu-se a um questionário de saúde do paciente, avaliando-o em relação à possível presença de depressão. A metodologia de interpretação destes dados se desenvolve pela soma de todos os tópicos assinalados, dividindo este valor por 9 (que deve ser subtraído da quantidade de itens em ausência, em que se pode aceitar a ausência de até 3 itens), multiplicando este resultado por 9, de forma os que resultados de “5, 10, 15 e 20 representam pontos de corte para depressão leve, moderada, moderadamente severa e severa, respectivamente” (OHRBACH; KNIBBE, 2017, p. 10).

O quinto questionário (Anexo E) se refere a avaliação do GAD (*Generalized Anxiety Disorder* – Transtorno de Ansiedade Generalizada). Assim como no quarto item, a interpretação destes resultados referiu-se à soma das respostas do avaliado, contudo, considerou-se a divisão e multiplicação necessárias pelo número 7, podendo permitir a ausência de até 2 respostas. Desta forma, “escores de 5, 10 e 15 representam pontos de corte para ansiedade leve, moderada e grave, respectivamente” (OHRBACH; KNIBBE, 2017, p. 10).

O sexto questionário (Anexo F) propõe um novo questionário com 15 perguntas sobre a saúde do paciente de forma a buscar a caracterização de sintomas físicos que possivelmente

incomodam o avaliado. É realizada a soma das respostas indicadas em todos os itens, dividindo este resultado por 15 (valor que deve ser subtraído pelo número de respostas ausentes), multiplicando este sistema por 15, podendo estar faltando a resposta de até 5 perguntas. As “pontuações de 5, 10 e 15 representam pontos de corte para sintomas físicos baixos, médios e altos, respectivamente” (OHRBACH; KNIBBE, 2017, p. 11).

Por fim, o último questionário proposto pelo índice (Anexo G) faz menção a uma lista para verificação do comportamento oral do indivíduo em relação a atividades diárias com envolvimento do movimento mandibular. Para este questionário, entende-se que todos os itens da primeira, segunda, terceira, quarta e quinta colunas equivalem a 0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

Realizou-se a soma do total de respostas marcadas, de forma a indicar que os resultados de 0 a 16 são valores classificados como normais, de 17 a 24 indicam que ocorrem duas vezes mais frequentemente em pacientes com DTMs e de 25 a 62, que ocorrem 17 vezes com maior frequência nos pacientes diagnosticados com estas disfunções (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

Desta maneira, concluiu-se a aplicação do Eixo 2 do índice DC/TMD nos pacientes. Todavia, prosseguiu-se as análises para avaliação do uso e necessidade de próteses odontológicas dos pacientes, que foi realizada através de exame oral seguindo preceitos estabelecidos no Anexo H, com os códigos de preenchimento destes documentos descritos no Anexo I.

Visando a melhor caracterização da arcada protética do paciente, ainda no Anexo I, encontram-se descrições mais específicas da condição do analisado. Desta forma, pretendeu-se reconhecer a distribuição das arcadas do paciente, inclusive se ele for parcialmente desdentado, onde, nestes casos, a classificação de Kennedy foi utilizada (CARR; BROWN, 2011).

Na classificação de Kennedy, pacientes Classe I apresentam área bilateralmente desdentada posterior a dentes naturais. Quando este desdentamento ocorre unilateralmente, classifica-se o paciente em Classe II. Em áreas desdentadas que intercalam dentes naturais tem-se a Classe III. Uma área desdentada que cruza a linha média e há ausência de desdentamentos posteriores é denominada de Classe IV (CARR; BROWN, 2011). Outras regras desta classificação encontram-se descritas no Anexo J.

Com a execução destas metodologias, todas as fichas de exame, entrevistas e questionários de um único paciente foram anexadas e armazenadas pelos examinadores. A

partir disso, todos esses dados foram digitalizados em uma planilha do programa Excel do Microsoft Office 2016 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para seguir as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA com comprovação pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 19611519.6.0000.5516.

Corroborando com esta resolução, através da aplicação de TCLEs para cada idade e grau de escolaridade descritos, os participantes desta pesquisa portaram o direito de

I - ser informados sobre a pesquisa; II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; III - ter sua privacidade respeitada; IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa (BRASIL, 2016, p. 6).

3.7.1 Riscos

É fato que o índice DC/TMD não ofereceu o diagnóstico de condições relacionadas à saúde mental do avaliado, mas estimula sua correlação com a condição em que a articulação estudada se apresenta, havendo, portanto, um instrumento que avalia a autopercepção de ansiedade e depressão do paciente (AROUCHA *et al.*, 2019).

Esse mesmo índice pôde indicar aos pacientes a severidade da ansiedade, sendo classificada em leve, moderada e severa. Quanto à depressão, acrescenta-se a classificação de moderadamente severa, indicados nos Anexos D e E (OHRBACH; KNIBBE, 2017, p. 10). No entanto, coube ao avaliador encaminhar o paciente ao psicólogo para que seja feito o diagnóstico profissional.

Logo, visando prestar assistência integral ao paciente, atendendo a “complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa” (BRASIL, 2012, p. 2), em TCLE, os pesquisadores incitam o custeio próprio com uma avaliação psicológica inicial, que pôde impulsionar e oferecer o diagnóstico e tratamento de condições geradas pela pesquisa. Isto ocorre uma vez que estudos recentes pontuam a necessidade de um tratamento multidisciplinar, sobretudo em casos de falha da terapia convencional com placas oclusais (ALKHUDHAIRY *et al.*, 2018).

Uma cópia realizada em papel carbono desta ficha foi anexada ao prontuário clínico odontológico do paciente enquanto ele recebe o atendimento de acadêmicos de odontologia do CEULP/ULBRA, com intuito de que o aluno responsável pelo caso exerça um plano de tratamento que também leve em consideração uma possível DTM, que será investigada pelo índice DC/TMD.

3.7.2 Benefícios

A possibilidade de informar ao paciente que alguma situação em âmbito biopsicossocial pode estar influenciando sua condição de saúde oral, sobretudo na temática das disfunções temporomandibulares, possibilitando a inserção do avaliado em uma perspectiva de tratamento multidisciplinar.

Além disso, foi possível observar, classificar e indicar o uso ou a necessidade de próteses odontológicas dos avaliados, possibilitando correlacionar, matematicamente, esta variável à presença de alguma disfunção na ATM.

Desta forma, em âmbito acadêmico, este estudo foi significativo por indicar a prevalência das mazelas provocadas pelos reflexos das DTMs em âmbito social dos indivíduos, explorando esta variável de forma a correlacioná-la à condição protética odontológica dos avaliados.

3.7.3 Desfechos

3.7.3.1 Primário

Será possível estabelecer alguma correlação entre os resultados obtidos pela avaliação biopsicossocial, fundamentada pela análise sobre DTM nos avaliados pelo Eixo 2 do índice DC/TMD, com o uso e necessidade de prótese dos pacientes do estudo.

3.7.3.2 Secundário

O paciente foi informado sobre sua condição protética odontológica, estabelecendo-se a necessidade de tratamentos nesta área. Além disso, será informado a necessidade de intervenções do psicólogo uma vez que este índice pode pontuar o risco de doenças como a depressão ou o transtorno generalizado de ansiedade.

3.7.3.3 Devolução dos resultados aos participantes

Sendo este um estudo que propõe a aplicação de uma ferramenta de diagnóstico em DTM avaliando fatores biopsicossociais dos indivíduos para se obter uma visão geral de seu comportamento, pode-se inferir que o paciente receberá o diagnóstico da disfunção (conforme preceitos do Eixo 1 do Índice DC/TMD), buscando realizar um tratamento multidisciplinar a partir de um diagnóstico que contemplará sua avaliação física e comportamental.

4 RESULTADOS

Este trabalho apresenta resultados parciais de um estudo que tem o objetivo de observar a influência dos fatores biopsicossociais na perspectiva dos diagnósticos em DTM com o uso e necessidade de prótese. Tais resultados foram coletados anteriormente ao início da pandemia provocada denominada COVID-19, que resultou na interrupção da coleta de dados (PELOSO *et al.*, 2020)

Dessa maneira, foram avaliados 6 pacientes, 50% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, a idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 49 anos, sendo a média de 28,33 anos. Por outro lado, os resultados dos questionários de desenho de dor podem ser observados na tabela 4.

Tabela 4 - Médias de dispersão quanto a quantidade pontos de dor.

Amostra	Média	Mediana	Desvio Padrão	N
Sem DTM	5,75	6	1,78536	4
Com DTM	11	11	4	2
Geral	7,5	6,5	3,68556	6

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao questionário de escala gradual de dor crônica (TABELA 5), foi possível observar que apenas 1 (um) paciente respondeu as questões número 1 e 5, diferente de 0 dias que a dor facial impediu a realização de atividades. Além disso, dos pacientes diagnosticados com DTM, 1 apresentava dor de alta intensidade, sem disfunções e 1 apresentava dor de baixa intensidade, sem disfunções.

Tabela 5- Distribuição da Determinação de dor crônica orofacial dos pacientes

Escala graduada de dor crônica		
Classificação	N	%
Sem dor e disfunção	3	50%
Dor de baixa intensidade, sem disfunções	2	33%
Dor de alta intensidade, sem disfunções	1	17%
Paciente limitado moderadamente	0	0%
Paciente limitado severamente	0	0%
Total	6	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Já os questionários de saúde mental do paciente foram avaliados sinais de ansiedade e de humor deprimido, os quais as prevalências se encontram na tabela a abaixo (Tabela 6).

Nesse sentido, os pacientes com DTM, 1 Apresentava humor deprimido e ansiedade “Leve” enquanto 1 apresentava humor deprimido “moderado” e ansiedade “grave”. Vale destacar que 67% dos pacientes relataram ter sua qualidade de vida afetadas pelos sinais e sintomas das condições mentais avaliadas.

Tabela 6- Distribuição da autoavaliação quanto ao humor deprimido e ansiedade.

Questionário de saúde do paciente (humor deprimido)		
Classificação	N	%
Mínimo	2	33%
Leve	2	33%
Moderado	1	17%
Moderadamente grave	1	17%
Grave	0	0%
Total	6	100%
Impacto na qualidade de vida	N	%
Sem nenhuma dificuldade	2	33%
Alguma dificuldade	2	33%
Muita dificuldade	1	17%
Achou extremamente difícil	1	17%
Distúrbio de ansiedade generalizado		
Classificação	N	%
Mínimo	2	33%
Leve	2	33%
Moderado	0	0%
Grave	2	33%
Total	6	100%
Impacto na qualidade de vida	N	%
Sem nenhuma dificuldade	2	33%
Alguma dificuldade	2	33%
Muita dificuldade	1	17%
Achou extremamente difícil	1	17%

Fonte: Dados da pesquisa.

Por outro lado, a análise dos sintomas físicos e inespecíficos foi caracterizada e analisada de acordo com os critérios: Valor 0: Não incomodado ; 1 : Um pouco incomodado ; 2 : Muito incomodado. Logo o sintoma que mais incomodava a população avaliada foi a sensação de cansaço ou pouca energia e dor nos braços pernas e articulações com 3 indivíduos que marcaram “muito incomodado” e 3 “um pouco incomodado”. Conforme disponível na Tabela 7.

Tabela 7 - Medidas de dispersão quanto aos sintomas físicos e inespecíficos

	Dor no estomago	Dor nas costas	Dor nos braços ou pernas ou articulações	Cólicas menstruais	Dores de cabeça
Média	0,17	0,67	1,50	0,75	0,67
Máxima	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00
Mínimo	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00
Mediana	1,00	1,00	1,50	0,50	1,00
Desvio padrão	1,00	0,47	0,50	0,83	0,47
	Dor no peito	Tontura	Desmaio	sentindo seu coração bater ou correr	Falta de ar
Média	0,00	0,33	0,20	0,83	0,17
Máxima	0,00	2,00	1,00	2,00	1,00
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mediana	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
Desvio padrão	0,00	0,75	0,40	0,69	0,37
	Dor ou problemas durante a vida sexual relação sexual	Obstipação, intestino soltos ou diarreia	Náuseas, gás ou indigestão	Sentindo cansado ou com pouca energia	Problemas para dormir
Média	0,17	0,33	0,67	1,50	0,33
Máxima	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
Mínimo	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00

Mediana	0,00	0,00	1,00	1,50	0,00
Desvio padrão	0,37	0,47	0,47	0,50	0,47

Fonte: Dados da pesquisa

Por outro lado, a classificação quanto a apresentação de forma geral dos sintomas físicos e inespecíficos, 3 (50%) indivíduos apresentaram uma moderada incidência dos sintomas avaliados, incluso os pacientes com DTM, conforme classificado na tabela 8. Além disso, 83% dos pacientes, incluindo os diagnosticados com DTM, apresentaram 17x mais comportamentos orais presentes do em pacientes sem DTM relatados na literatura (OHRBACH; KNIBBE, 2017).

Tabela 8 - Perfil dos pacientes de acordo com a presença de sintomas físicos inespecíficos e

Comportamentos Oraís parafuncionais

Sintomas físicos inespecíficos

Classificação	N	%
Mínimo	1	17%
Baixo	2	33%
Médio	3	50%
Alto	0	0%
Total	6	100%

Comportamentos orais

parafuncionais

Classificação	N	%
Normais	1	17%
2x	0	0%
17x	5	83%
Total	6	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Nesse sentido, a Tabela 9 traz a pontuação da média do questionário de comportamentos orais obtida dos indivíduos que possuíam a mesma classificação de acordo com a característica biopsicossocial avaliada.

Tabela 9 - Pontuação média dos comportamentos orais de acordo com a característica biopsicossocial

Característica Biopsicossocial	Dados da pesquisa
---------------------------------------	-------------------

		Pontuação média	N
		Comportamentos Oraís	
Sintomas de ansiedade	Ausente/Mínimo	1,04	2 (33%)
	Presente	1,75	4 (67%)
Sintomas de depressão	Ausente	1,04	2 (33%)
	Presente	1,75	4 (67%)
Sintomas físicos	Ausente	1,4	1 (17%)
	Presente	1,53	5 (83%)
Intensidade de dor característica	Sem dor	1,14	3 (50%)
	Baixa intensidade de dor	1,59	2 (33%)
	Alta intensidade de dor ¹	2,47	1 (17%)
Diagnósticos de DTM	Normal	1,32	4 (67%)
	DTM sem dor	0	0
	DTM ² relacionada à dor	1,9	2 (33%)

Fonte: Dados da pesquisa

Estes comportamentos foram avaliados e caracterizados de acordo com a frequência de dias(Sono)/tempo (Vigília): Valor 0: Nenhuma vez ; 1: <1Noite/mês ou Um pouco do tempo;2: 1-3 Noite/mês ou Algum tempo;3: 1-3 Noites/semana ou A maior parte do tempo; 4: 4-7 Noites/Semana ou Todo tempo. Deste modo foi calculado a média, mediana, máxima, mínimo e desvio padrão de cada afirmativa. Sendo que 4 pessoas marcaram a afirmativa “Dormir em posição que exerça pressão sobre a mandíbula” de 4 a 7 noites por semana e 3 pessoas marcaram que o tempo todo que “Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensino, vendas, atendimento ao cliente)” e 1 a maior parte do tempo e outra um pouco do tempo (Tabela 10).

Tabela 10- Medidas de dispersão quantos as variáveis do questionário de Comportamentos oraís para funcionais

	Apertar ou ranger o dente enquanto dorme	Dormir em posição que exerça pressão sobre a mandíbula	Ranger os dentes durante as horas em que está acordado	Apertar os dentes durante as horas em que está acordado	Pression a, toca ou segura os dentes juntos, exceto durante refeição	Segure, aperte, ou crie tensão muscular sem apertar ou unir os dentes	Segure, ou projete a mandíbula para frente ou para o lado
Média	1,5	3,5	0,666666667	1	1,5	1	0,83333333
Máxima	4	4	4	3	4	3	3
Mínimo	0	2	0	0	0	0	0
Mediana	1	4	0	0	1	0,5	0
Desvio padrão	1,61	0,76	1,49	1,41	1,61	1,15	1,21
	Pressione a língua a força contra os dentes	Coloque a língua entre os dentes	Morda, mastiga ou brinca com a língua, bochechas ou lábios	Segure a mandíbula em posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula	Segure entre os dentes ou morda objetos (como cabelo, cachimbo, lápis, caneta, dedos, unhas etc.)	Use goma de mascar	Tocar instrumento musical que envolva o uso de boca ou mandíbula (por exemplo, instrumentos de sopro ou instrumentos de corda)

Média	0,666666 667	2	1,5	1,5	1,83333 333	0,5	0
Máxima	3	4	4	4	4	2	0
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
Mediana	0	2	1	1	1,5	0	0
Desvio padrão	1,11	1,73	1,61	1,61	1,86	0,76	0,00
	Incline-se com a mão na mandíbula, por exemplo, em descansar com o queixo na mão	Mastigues e a comida apenas de um lado	Comer entre refeições (ou seja, comida que requer mastigação)	Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensino, atendimento ao cliente)	Cantando	Bocejar	Segure o telefone entre a cabeça e os ombros
Média	2,833333 333	1	2,166666 667	3,166666 667	1,5	1,83333 333	1,333333 33
Máxima	4	4	4	4	3	4	4
Mínimo	0	0	0	1	0	0	0
Mediana	4	0	2	3,5	1,5	2	0,5
Desvio padrão	1,67	1,53	1,21	1,07	1,26	1,57	1,60

Dados: Fonte da pesquisa.

A tabela 11 mostra a distribuição da soma das pontuações de todas as 3 subcategorias do questionário de Limitação funcional da maxila, seguindo a metodologia de análise proposto por Lövgren *et al.* (2018).

Tabela 11 - Limitação funcional maxilar (Qualquer item $\geq 5 = 1$).

Questionário	Pontuação de soma	Qualquer DTM(%)	Sem DTM (%)

Escala de Limitação Funcional da Mandíbula	1	1 (17%)	0 (0%)
	0	1 (17%)	4 (66%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao uso de prótese apenas 2 pacientes utilizam prótese fixa. Por outro lado, somente 1 paciente necessitava de uma prótese parcial fixa ou removível para substituição de mais de um elemento, sendo este paciente sendo classificado segundo Kennedy como Classe III sem modificação.

Por último, a Tabela 12 , não mostrou significância ($p > 0,05$) entre as variáveis estudadas nesse estudo, através do método estatístico pelo teste de Qui-quadrado de independência.

Tabela 12- Análises estatísticas pelo método estatístico pelo teste de Qui-quadrado de independência.

Variáveis	p
Correlação entre a dor facial e seus impactos (ICD) e o Humor deprimido em atividades diárias	0,238
Correlação entre a dor facial e seus impactos (ICD) e os sintomas de ansiedade em suas atividades diárias	0,092
Dicotomia entre a presença de Sintomas de ansiedade generalizada em pacientes com Disfunções temporomandibulares ou não	0,472
Dicotomia entre a presença de Sintomas de humor deprimido em pacientes com Disfunções temporomandibulares ou não	0,29
Dicotomia entre a presença de Sintomas de ansiedade generalizada com o uso de próteses dentarias	0,472
Dicotomia entre a presença de Sintomas de humor deprimido com o uso de próteses dentarias	0,682
Dicotomia entre a presença de Sintomas de ansiedade generalizada com a necessidade de próteses dentarias	0,301
Dicotomia entre a presença de Sintomas de humor deprimido com a necessidade de próteses dentarias	0,494

Correlação entre a dor facial e seus impactos (ICD) e a necessidade de próteses dentarias	0,549
Correlação entre a dor facial e seus impactos (ICD) e o uso de próteses dentarias	0,223

Fonte: Dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

Por ser um quadro multifatorial e apresentar um amplo espectro de sinais e sintomas clínicos a DTM possui o seu diagnóstico dificultado, podendo afetar negativamente na qualidade de vida no âmbito do bem estar físico, mental e biopsicossocial (AZEVEDO *et al.* 2017; MARQUEZAN; FIGUEIRÓ, 2016). Como distúrbios psicológicos, principalmente o estresse, ansiedade e depressão podem agir como fatores que predisponem e perpetuem a doença (BORDIN *et al.*, 2013.;CHISNOIU *et al.*, 2015).

Com isso, essa avaliação utilizando o DC/TMD é necessária uma vez que há poucos artigos que relatam dados do Eixo II, dessa maneira limitando a construção de um modelo biopsicossocial para dor, mostrando assim que mais estudos são necessários para aumentar o conhecimento sobre a epidemiologia e fatores psicossociais em portadores de DTM (CANALES *et al.*, 2019).

Nesta investigação, com base na Escala Graduada de dor Crônica (ICD), a frequência dos graus mostrou que somente 1 (um) paciente (17%) do sexo feminino e com DTM foi classificada como Grau 2 (Dor de alta intensidade, sem disfunções), sendo este o pior score encontrado até o momento nessa pesquisa; 2 pacientes (33%) do sexo masculino foram classificados como Grau 1 (Dor de baixa intensidade, sem disfunções); enquanto 3 (50%) pacientes foram classificados como Grau 0 - Sem disfunções- (Tabela 5).

Nosso estudo não vai de acordo com o estudo de Canales *et al.* (2019) e Soares *et al.* (2012), os quais obtiveram respectivamente: 10% e 20% para o Grau 3 (Paciente limitado moderadamente) e 4,3% e 15% para Grau 4 (Paciente limitado severamente), dessa forma, nenhum de nossos pacientes obtiveram tais classificações, no entanto a prevalência de pacientes classificados em grau 1 foi semelhante (35%) quando comparado com o primeiro estudo citado.

Tabela 13- Prevalência do grau de dor crônica segundo a literatura.

Grau	Classificação	Dados desta pesquisa	Canales <i>et al.</i> (2019)	Soares <i>et al.</i> (2012)
0	Sem dor e disfunção	50%	7,9%	-
1	Dor de baixa intensidade, sem disfunções	33%	35,4%	9,6%
2	Dor de alta intensidade, sem disfunções	17%	42,0%	54,8%

3	Paciente limitado moderadamente	0%	10,2%	20,6%
4	Paciente limitado severamente	0%	4,3%	15,1%
	Total	100%	100%	100%

Por outro lado, Kotiranta *et al.* (2015) mostraram que o grupo “Sem dor e sem disfunção”, grau 0, apresentava estar psicossocialmente bem, apresentava significativamente menos sintomas relacionados ao sofrimento psicossocial, sofreu menos limitações funcionais da mandíbula e relatou menos problemas de dor que os pacientes dos demais grupos. Além disso, os pacientes do grupo de alta limitação foram os que relataram maior nível de sintomas de depressão e somatização.

Ainda, a literatura reconhece que a importância da avaliação dos fatores biopsicossociais em pacientes com DTM, que mostra a associação entre dor por DTM e sintomas psicológicos, incluindo depressão, ansiedade e sintomas físicos. Desse modo as diretrizes padronizadas do Eixo II do DC/TMD fornecem as ferramentas necessárias para avaliação psicossocial nesses pacientes, para que possa ser feita a classificação de comprometimento relacionado a dor, como a deficiência e limitações diárias dos indivíduos. Entretanto, há poucos estudos que abordam a questão dos transtornos psicossociais em paciente com DTM e se findam a descrever todo espectro de sintomas na avaliação do Eixo II. Sendo esta avaliação, quando descrita a correlação com o Eixo I, responsável por prever o resultado do tratamento (MANFREDINI *et al.*, 2010)

Com isso, estabelece-se a importância de avaliar os níveis de intensidade da dor e incapacidade relacionada a dor, os quais são avaliados pelo questionário de “Escala graduada da dor Crônica”, o qual reside sua influência no processo de tomada de decisão clínica, ou seja conhecer a característica que o perfil que interfere no prognóstico do tratamento dos sintomas de DTM. Assim, a estudos apontam que pacientes com comprometimento grave tendem a não responderem com facilidade ao tratamento, enquanto aqueles com baixo comprometimento parecem ter melhores benefícios com o regime da terapia cognitivo-comportamental, e podem tirar proveito da variação natural positiva dos sintomas. Assim, a difusão deste questionário é importante tanto em pesquisas quanto em ambientes clínicos uma vez que é fortemente indicado para auxiliar na seleção de um protocolo de tratamento apropriado. (MANFREDINI *et al.*, 2010; SOARES *et al.*, 2012)

Nesse sentido é sugerido pela literatura que, de acordo com os desenhos da dor dos pacientes, seja dor regional e/ou generalizada, em companhia a somatização e depressão, são

fatores comorbidos para dor em DTM. Portanto, os desenhos de dor podem ser uma ferramenta complementar vantajoso para a avaliação biopsicossocial e planejamento para indivíduos com dor por DTM. No entanto não há na literatura a definição do valor preditivo do número de locais adicionais de dor em comorbidades psicológicas, sendo necessário ser investigado em estudos longitudinais. (LÖVGREN *et al.*, 2018)

Ainda, a relação de que a dor é um fator de risco para locais de dor adicionais, onde o número de locais de dor adicionais são fatores de risco para novos distúrbios de dor, bem como dor crônica. (LÖVGREN *et al.*, 2018)

Nessa perspectiva, os pacientes diagnosticados com algum tipo de DTM neste estudo, apresentaram maior média e mediana no questionário de desenho da dor quando comparados aos pacientes sem DTM.

Não obstante, observou-se baixo percentual de depressão de grau grave e moderadamente grave em 0% e 17% dos indivíduos, respectivamente, ainda, os pacientes com DTM apresentaram grau leve e moderado de depressão. Em outro estudo, onde foram avaliados 32 pacientes com DTM, 50% apresentavam depressão moderada e 34% grave (PICCIN *et al.*, 2016). Além disso, outros estudos constataram que indivíduos com DTM são mais ansiosos e/ou depressivos que indivíduos assintomáticos, e os sintomas da disfunção tem início em períodos de estresses psicológico, como a ansiedade, e se exasperam em situações estressantes (FILLINGIM *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, é notório que a depressão esteja associada a dor por DTM, dado que em pacientes com DTM, a existência da dor por DTM ter maior comprometimento psicossocial do em indivíduos sem DTM (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2010). Em alguns estudos a DTM e a Depressão, Escala de dor Crônica e sintomas físicos inespecíficos (Somatização), obtiveram relação significativa (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2010; OSIEWICZ *et al.*, 2020). No entanto este estudo e no de Lövgren *et al.* (2018), não foi encontrado relações estatisticamente significativas de acordo com o teste de qui-quadrado de Pearson com nenhuma das variáveis mencionadas acima.

A intensidade dos sintomas de ansiedade encontrada nos pacientes diagnosticados com DTM, apenas 1 (17%) paciente apresentava sintomas graves enquanto o outro apresentava sintomas leves de ansiedade. No entanto, 66% de nossa amostra apresentavam sintomas mínimos e leves de ansiedade, assim como um estudo. Desse modo, em nosso estudo não foi encontrado relação significativa entre DTM e ansiedade, ao contrário de outros estudos que evidenciaram diferenças significativas entre grupos com DTM e Ansiedade e Grupos sem

DTM e Ansiedade, na qual apresentaram relações significativas (SCHMIDT; VIEIRA; WAGNER, 2015).

Vale indicar que na literatura são destacados que os Esquemas Iniciais Desadaptativos, referentes a desconfiança/abuso, a subjugação e a inibição emocional, esquemas de privação emocional, isolamento social/alienação e emaranhamento/*self* subdesenvolvido, tais esquemas são geralmente associados ao domínio da desconexão e rejeição durante a infância foram evidenciados em pacientes com DTM (SCHMIDT; VIEIRA; WAGNER, 2015).

Quanto aos comportamentos orais, foi constatado que em pacientes com Alta intensidade de dor (2,47) existiu uma maior média de Comportamentos Oraais parafuncionais, e que a presença de Sintomas de depressão, Sintomas de ansiedade, Sintomas físicos (1,53) e DTM relacionada a dor (1,9) também mostraram aumento da média quando comparados com a ausência destes sintomas. Nesse sentido, esses dados estão de acordo com os resultados obtidos na literatura, os quais mostram ter tendência entre a presença de Sintomas de depressão, ansiedade, sintomas físicos inespecíficos, Intensidade de dor característica e diagnóstico de DTM com os comportamentos parafuncionais orais, embora não houvesse qualquer diferença quanto a presença das variáveis citadas a cima, entre os pacientes que utilizavam/necessitavam de próteses dentárias e os que não utilizavam/necessitavam das mesmas (KHAWEAJA *et al.*, 2015).

No que se refere às limitações funcionais relatadas em nosso estudo, os resultados mostram maiores limitações funcionais autorreferidas os pacientes com DTM quando comparados aos que não possuem a mesma. Tal situação também está presente no estudo de Lövgren *et al.* (2018)

Em seu estudo, Khawaja *et al.* (2015) propõe que o sofrimento psicológico pode resultar em um comportamento de evitação do medo, o qual induz a comportamentos parafuncionais orais, como manter os músculos mastigatórios tensos ou rígidos. Por outro lado, existem estudos baseados em animais que sugerem que a presença de sintomas psicológicos resulta na ativação das vias dopaminérgicas, que podem resultar em comportamentos parafuncionais orais (GÓMEZ *et al.*, 1998)

Nesse sentido, os principais sintomas físicos e inespecíficos relatados em pacientes com DTM, dores na coluna (68,4%), músculos doloridos (57,9%) e sensação de falta de energia e lentidão (52,6%) (SILVA *et al.*, 2011). Enquanto em nosso estudo, os principais sintomas encontrados em pacientes com DTM foram dor nos braços pernas ou articulações, dores de cabeça, sentindo seu coração bater ou correr e sentindo cansado ou com pouca energia (100%). Além disso, no geral os principais sintomas foram dor nos braços pernas ou

articulações (100%), sentindo cansado ou com pouca energia (100%), dor nas costas (67%), dores de cabeça (67%), sentindo seu coração bater ou correr (67%), obstipação, intestino soltos ou diarreia (67%) e náuseas, gás ou indigestão (67%).

6 CONCLUSÃO

De acordo com os estudos de Kotiranta *et al.* (2015) e Manfredini *et al.* (2010) há poucos estudos que abordam a questão dos aspectos biopsicossociais em paciente com DTM, embora a literatura reconheça a sua importância, pois quando correlacionada ao Eixo I do DC/TMD, uma vez que estes fatores são responsáveis por prever o resultado do tratamento. Com isso, os autores ainda reiteram que o questionário de “Escala graduada da dor crônica” é um importante instrumento tanto em pesquisas quanto em ambientes clínicos, pois este instrumento auxilia na seleção de um protocolo tratamento apropriado.

Dessa forma foi possível destacar que apenas 17% de nossa amostra apresentava sintomas de ansiedade grave e DTM, 50% de nossa amostra avaliada foi classificada como Grau 0, não apresentando nenhuma dor crônica ou limitação dos movimentos mandibulares, 100% dos pacientes com DTM apresentavam sintomas físicos como dores de cabeça, sentindo seu coração bater ou correr e sentindo-se cansados ou com pouca energia e que existiu uma maior média de comportamentos orais parafuncionais na presença de “Alta intensidade de dor”, “Sintomas de depressão”, “Sintomas de ansiedade”, “Sintomas físicos” e DTM relacionada quando comparados com a ausência destes sintomas.

Além disso, pacientes com DTM apresentaram a maior pontuação no questionário limitação das funções mandibulares. Por fim, dois pacientes utilizavam próteses unitárias fixas na arcada dentaria superior, enquanto apenas um necessitava de prótese parcial removível sendo este classificado como classe III de Kennedy, sem modificação. No entanto, não foi possível estabelecer relações estatisticamente significativas com nenhuma variável estudada, inclusive entre DTM e próteses dentarias, de nossas análises.

REFERÊNCIAS

- AL-JABRAH, Osama A.; AL-SHUMAILAN, Yousef R.. Prevalence of temporomandibular disorder signs in patients with complete versus partial dentures. **Clinical Oral Investigations**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.167-173, 25 abr. 2006. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-006-0046-3>.
- ALKHUDHAIRY, May Wathiq et al. A self-reported association between temporomandibular joint disorders, headaches, and stress. **Journal Of International Society Of Preventive And Community Dentistry**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.371-380, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6071353/>>. Acesso em: 16 set. 2019.
- ANDRADE, Rodrigo Alves de; CUNHA, Maria Deluana da; REIS, Ana Maria da Costa dos Santos. Morphofunctional analysis of the stomatognathic system in conventional complete dentures users from the Integrated Health Center. **Revista Cefac**, [s.l.], v. 19, n. 5, p.712-725, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620171955817>.
- AZEVEDO, Ana Beatriz Fernandes *et al.* Relationship between anxiety and temporomandibular disorders in dental students. **Cranio®**, [s.l.], p.1-4, 9 ago. 2017. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08869634.2017.1361053>.
- BORDIN, Thaisa B. *et al.* PREVALENCE OF SIGNS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (TMD) IN PATIENTS WEARING BIMAXILLARY COMPLETE DENTURES, REMOVABLE PARTIAL DENTURES AND IN STUDENTS WITH NATURAL DENTITION. **Acta Odontol. Latinoam.**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.173-180, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da equipe de campo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados principais: Projeto SB Brasil 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministérios da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2016.
- CALIXTRE, Leticia Bojikian *et al.* Is there an association between anxiety/depression and temporomandibular disorders in college students? **Journal Of Applied Oral Science**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.15-21, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-775720130054>.
- CANALES, Giancarlo de La Torre *et al.* Distribution of depression, somatization and pain-related impairment in patients with chronic temporomandibular disorders. **Journal Of Applied Oral Science**, Bauru, Sp, v. 27, p. 1-6, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7757-2018-0210>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-77572019000100423&script=sci_arttext#B6. Acesso em: 12 set. 2020.

CARR, Alan B.; BROWN, David T.. **McCracken**: prótese parcial removível. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2011.

CHISNOIU, Andrea Maria *et al.* Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders - a literature review. **Medicine And Pharmacy Reports**, [s.l.], v. 88, n. 4, p.473-478, 20 set. 2015. Clujul Medical. <http://dx.doi.org/10.15386/cjmed-485>.

COMENTTO (Brasil). **Calculadora amostral**. Disponível em: <<https://comentto.com/calculadora-amostal/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

FILLINGIM, Roger B. *et al.* Potential Psychosocial Risk Factors for Chronic TMD: descriptive data and empirically identified domains from the opera case-control study. **The Journal Of Pain**, [S.L.], v. 12, n. 11, p. 46-60, nov. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2011.08.007>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233685/>. Acesso em: 12 set. 2020.

FRANCO, R. *et al.* Statistical analysis of the frequency distribution of signs and symptoms of patients with temporomandibular disorders. **Oral Implantol (rome)**, Roma, v. 9, n. 4, p.190-201, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5159943/>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FREITAS, Wiviane Maria Torres de Matos *et al.* AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA DOR EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [s.l.], v. 5, n. 3, p.210-217, 18 dez. 2015. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v5i3.636>.

GÓMEZ, Em *et al.* Effects of Dopaminergic Drugs, Occlusal Disharmonies, and Chronic Stress on Non-functional Masticatory Activity in the Rat, Assessed by Incisal Attrition. **Journal Of Dental Research**, [S.L.], v. 77, n. 6, p. 1454-1464, jun. 1998. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00220345980770061001>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00220345980770061001>. Acesso em: 12 set. 2020

GUTIÉRREZ, Irma Castro *et al.* Trastornos de la articulación temporomandibular en la población mayor de 18 años del municipio Trinidad 2010. **Gaceta Médica Espirituana**, [s.l.], v. 2, n. 17, p.12-22, ago. 2015.

JORGE, Janaina Habib *et al.* Desordens temporomandibulares em usuários de prótese parcial removível: prevalência de acordo com a classificação de Kennedy. **Revista de Odontologia da Unesp**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.72-77, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1807-25772013000200001>.

KANTER, R.j.a.m. de *et al.* Demand and Need for Treatment of Craniomandibular Dysfunction in the Dutch Adult Population. **Journal Of Dental Research**, [s.l.], v. 71, n. 9, p.1607-1612, set. 1992. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00220345920710091201>.

KATYAYAN, Manishkhan; KATYAYAN, Preetiagarwal; PATEL, Ghanshyamc. Association of edentulousness and removable prosthesis rehabilitation with severity of signs

and symptoms of temporomandibular disorders. **Indian Journal Of Dental Research**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.127-136, 2016. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-9290.183129>.

KHAWAJA, Shehryar N. *et al.* Association between waking-state oral parafunctional behaviours and bio-psychosocial characteristics. **Journal Of Oral Rehabilitation**, [S.L.], v. 42, n. 9, p. 651-656, 16 abr. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/joor.12302>.

KOTIRANTA, Ulla *et al.* Subtyping Patients with Temporomandibular Disorders in a Primary Health Care Setting on the Basis of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Pain-Related Disability: a step toward tailored treatment planning?. **Journal Of Oral & Facial Pain And Headache**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 126-134, maio 2015. Quintessence Publishing. <http://dx.doi.org/10.11607/ofph.1319>.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/275358402_Subtyping_Patients_with_Temporomandibular_Disorders_in_a_Primary_Health_Care_Setting_on_the_Basis_of_the_Research_Diagnostic_Criteria_for_Temporomandibular_Disorders_Axis_II_Pain-Related_Disability_A_. Acesso em: 12 set. 2020.

LEI, Jie *et al.* Temporomandibular disorders symptoms in Asian adolescents and their association with sleep quality and psychological distress. **Cranio®**, [s.l.], v. 34, n. 4, p.242-249, 28 abr. 2016. Maney Publishing. <http://dx.doi.org/10.1179/2151090315y.0000000021>.

MANFREDINI, Daniele *et al.* Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients. RDC/TMD axis II findings from a multicentre study. **Journal Of Dentistry**, [S.L.], v. 38, n. 10, p. 765-772, out. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2010.06.007>.

MANFREDINI, Daniele; LOBBEZOO, Frank. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, [S.L.], v. 109, n. 6, p. 26-50, jun. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.02.013>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20451831/>. Acesso em: 12 set. 2020.

MARQUEZAN, Mariana; FIGUEIRÓ, Cláudio. Temporomandibular disorder treatment in a patient wearing removable prostheses: A case report. **Cranio®**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.122-127, 30 maio 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08869634.2016.1187823>.

OHRBACH, Richard *et al.* **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments**. 3. ed. Nova York: Rdc-tmdinternational, 2016

OHRBACH, Richard *et al.* **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Clinical Examination Protocol**. Nova York: Rdc-tmdinternational, 2014.

OHRBACH, Richard; KNIBBE, Wendy. **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments**. 2. ed. New York: International Network For Orofacial Pain & Related Disorders Methodology, 2017.

OKESON, Jeffrey P.. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2013. 512 p.

OSIEWICZ, Magdalena *et al.* Pain Predictors in a Population of Temporomandibular Disorders Patients. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 452-460, 6 fev. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9020452>. Acesso em: 12 set. 2020.

PICCIN, Chaiane Facco *et al.* Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.113-119, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000100113&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2019.

PINTO, Livia Maria Sales. Avaliação do impacto da presença de dor miofascial (rdc/tmd) no limiar de dor à pressão (ldp) da musculatura mastigatória em mulheres portadoras de enxaqueca. **Faculdade de Odontologia de Bauru**, Bauru, v. 1, n. 1, p.1-144, 1 jan. 2011. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/d.25.2011.tde-23082011-110816>. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25146/tde-23082011-110816/pt-br.php>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

RIBEIRO, Jaiane Augusta Medeiros *et al.* Association between prosthetic factors and temporomandibular disorders in complete denture wearers. **Gerodontology**, [s.l.], v. 31, n. 4, p.308-313, 28 fev. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12048>.

SILVA, Letícia Stadela da *et al.* AVALIAÇÃO PREVENTIVA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. **Colloquium Vittae**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.11-16, 16 jul. 2011. Associação Prudentina de Educação e Cultura (APEC). <http://dx.doi.org/10.5747/cv.2011.v03.n1.v041>.

SHIBAYAMA, Ricardo *et al.* PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESES TOTAIS DUPLAS. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 2, n. 29, p.41-51, dez. 2008.

SILVA, Thiago Fernando de Araújo. **SOFTWARE PARA AUTOMAÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PESQUISA EM DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (RDC/TMD): DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO CLÍNICA DO EIXO I**. 2014. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró/rn, 2014. Disponível em: http://www.uern.br/controldepaginas/ppgss-alunos-regulares2012/arquivos/2856dissertaa%C2%A7a%C2%A3o_thiago_fernando_de_arraajo_silva_ppgss_uern.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2019.

SOARES, Thais Vidal *et al.* Correlação entre severidade da desordem temporomandibular e fatores psicossociais em pacientes com dor crônica. **Odontologia Clínico-científica**, Recife, v. 11, n. 3, p.197-202, set. 2012

SOUZA, Samilly Evangelista *et al.* Prevalência de desordens temporomandibulares em indivíduos desdentados reabilitados com próteses totais convencionais. **Revista de Odontologia da Unesp**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.105-110, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/rou.2014.017>.

SCHIFFMAN, Eric *et al.* Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD

Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. **Journal Of Oral & Facial Pain And Headache**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.6-27, jan. 2014. Quintessence Publishing. <http://dx.doi.org/10.11607/jop.1151>.

SCHMIDT, Diego Rafael; VIEIRA, Vinícius Renato T.; WAGNER, Marcia F.. Disfunção temporomandibular: sintomas de ansiedade, depressão e esquemas iniciais desadaptativos. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p.973-985, 2015. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2015.4-13>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo de TCLE


CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

 Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
 AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PROJETO INTITULADO “DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E SUA ASSOCIAÇÃO COM O USO E NECESSIDADE DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS”

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma que possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome:	Data de Nasc.:	Sexo:
Nacionalidade:	Estado civil:	
Telefone:		
Endereço:		

Participante da pesquisa

2. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Danilo Flamini Oliveira		Telefone: (16) 9 8157 - 7412
Profissão: cirurgião-dentista	Registro do Conselho Nº: 3227 CRO - TO	E-mail: danilo.flamini@rede.ulbra.br
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.		

Pesquisador responsável

3. IDENTIFICAÇÃO DO ASSISTENTE DE PESQUISA

Nome: Marlon Brendo da Silva Benigno	Telefone: (63) 9 9255 – 6027
Profissão: acadêmico do curso de odontologia	E-mail: mbsbenigno@gmail.com
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.	

Assistente de pesquisa

1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa

Diante da necessidade de atenção aos problemas de saúde relacionados à articulação da boca e suas estruturas associadas (como os músculos que trabalham durante a mastigação e a fala), que afetam o estado de saúde de muitas pessoas, tem-se a importância da realização de

diagnósticos destas condições por profissionais como os dentistas, que estudam estas partes do corpo.

Sabe-se, ainda, que estes problemas afetam a saúde de grande parte da população mundial, que, por vezes, não possui conhecimento de seu diagnóstico, assim como não buscam tratamento. Portanto, este estudo apresenta o objetivo de realizar este diagnóstico a partir de um índice reconhecido internacionalmente (chamado de DC/TMD), de forma a verificar a frequência que este problema aparece nas pessoas que serão avaliadas.

2. Do objetivo de minha participação

Indica-se a importância da participação da população deste estudo, uma vez que apenas desta maneira será possível realizar um levantamento de dados para a realização de um diagnóstico que possibilite a melhora da condição de vida destas pessoas mediante a proposta de um tratamento que possa envolver diversos profissionais, como dentistas, psicólogos e fisioterapeutas. Além disso, será possível perceber, com estudos matemáticos, a relação entre o uso e necessidade de próteses odontológicas (dentaduras) e o diagnóstico realizado.

3. Do procedimento para coleta de dados.

Os dados serão coletados por meio de exame clínico palpatório (exame da sua boca e de estruturas associadas a ela, tocando estas partes do corpo com uma determinada pressão) para preenchimentos das fichas, onde será analisado se as estruturas de estudo (principalmente relacionadas à estrutura que faz a boca se movimentar, como articulações e músculos) apresentam-se saudáveis. Além disso, serão aplicados questionários buscando identificar a situação demográfica e psicológica dos participantes, como o nível de escolaridade, renda mensal, nível de estresse e ansiedade.

Desta forma, será possível executar o diagnóstico de alguma doença associada aos músculos ou articulações analisadas. Neste exame, ainda será possível avaliar o uso ou necessidade de uso de próteses odontológicas dos avaliados – aparelhos que podem substituir dentes perdidos.

4. Da utilização, armazenamento e descarte das amostras.

Todas as fichas de dados coletadas e todos os exames realizados serão mantidos em sigilo e sob guarda total da pesquisadora responsável. Serão os mesmos armazenados sob sua guarda e responsabilidade durante 05 anos, sendo que a qualquer momento, caso necessite de alguma explicação ou avaliação posterior, os mesmos estarão disponíveis.

5. Dos desconfortos e dos riscos.

Esta pesquisa apresenta riscos relacionados ao próprio diagnóstico de alguma doença nas áreas estudadas. Por isso, caso seja identificada alguma doença, o paciente poderá solicitar um plano de tratamento que inclua a resolução deste problema dentro da clínica do CEULP/ULBRA, uma vez que seu diagnóstico será incorporado ao seu prontuário odontológico mediante o anexo de uma ficha padronizada utilizada nesta pesquisa.

Ainda, visando oferecer assistência integral por complicações e danos gerados pelas perguntas realizadas nesta pesquisa, caso se perceba alguma condição relacionada a estresse ou a ansiedade, que podem estar relacionados a alguns dos diagnósticos realizados nesta intervenção, caso o paciente queira, de forma livre e autônoma, os pesquisadores podem oferecer custeio próprio com psicólogos, visando uma avaliação psicológica, que será capaz de oferecer um diagnóstico e tratamento em saúde mental para o caso em que os

pesquisadores ou o próprio avaliado percebam a necessidade de intervenção deste profissional.

Além disso, como se avaliará a capacidade de movimentação da sua boca, pode ser que esta estrutura móvel trave. Isto é um fato muito raro, mas caso aconteça, os examinadores são portadores do conhecimento necessário para colocar todas as estruturas envolvidas no lugar.

Informa-se, ainda, que, durante o exame, os examinadores utilizarão equipamentos descartáveis (como luva, gorro e máscara) evitando que os participantes sofram algum tipo de contaminação durante a avaliação.

6. Dos benefícios.

Os benefícios esperados pela proposta desta pesquisa baseiam-se na identificação de alguma doença nas estruturas examinadas, que, muitas vezes, pode ser desconhecida por pelos próprios examinados, que possuem a autonomia de buscar algum tratamento. Desta forma, caso haja algum diagnóstico o paciente será informado e isto será levado à sua ficha clínica. Ainda, se perceberá a condição relacionada ao uso e à necessidade de próteses dentárias (dentaduras).

Além disso, será possível descrever com que frequência esta condição aparece na clínica do CEULP/ULBRA, auxiliando futuras pesquisas sobre o tema.

7. Dos métodos alternativos existentes.

Os métodos descritos neste estudo representam uma alternativa validada por estudos internacionais e confiáveis para se avaliar a condição de saúde de estruturas ligadas à movimentação da boca, sendo os mesmos realizados em clínica de maneira rápida, estruturada e sem nenhum custo ao participante.

8. Da isenção e ressarcimento de despesas.

O participante desta pesquisa não terá nenhum custo para participar da mesma. Garantimos ao participante a indenização financeira diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

9. Da forma de acompanhamento e assistência.

O pesquisador responsável se responsabiliza por prestar a assistência necessária ao participante da pesquisa de forma integral e imediata, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

10. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento.

Indica-se que o participante tem a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar. Esta desistência não causará prejuízo a sua saúde, bem estar físico ou financeiro ao avaliado.

11. Da garantia de sigilo e de privacidade.

Indica-se que será avaliada apenas parte da população que compõem os pacientes da clínica escola do CEULP/ULBRA, selecionada de maneira completamente aleatória dentro do ambiente clínico odontológico. Após a análise, os dados serão digitalizados em uma tabela sem que haja nenhuma identificação pessoal dos examinados. Logo, serão armazenados apenas dados que descrevem a saúde da boca das pessoas.

12. Da garantia de duas vias do Termo de Consentimento.

O Pesquisador e o acadêmico responsáveis se responsabilizam e garantem a entrega deste termo em DUAS vias, de forma que uma fique com o participante, e outra com os examinadores.

13. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo.

Indica-se a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, pode-se consultar o pesquisador responsável - Dr. Danilo Flamini Oliveira. Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador (es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética pode-se, ainda, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA em Palmas – Tocantins. Pontua-se que este órgão recebe e avalia projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a garantir a integridade e dignidade dos participantes de pesquisas. O órgão aqui descrito funciona de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 e apresenta-se no seguinte endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul, prédio 5 sala 541, Palmas - TO CEP 77.019-900 Caixa Postal nº 85. Fone: (63) 3219 8076. E-mail: etica@ceulp.edu.br

Declara-se a obtenção de todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas apresentadas e, por estar de acordo, realiza-se a assinatura do presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em posse do avaliado e entra com a equipe avaliadora avaliadores.

Palmas - Tocantins, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – Modelo de TALE



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DE 15 ANOS COMPLETOS A 18 ANOS INCOMPLETOS PARA O PROJETO INTITULADO “DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E SUA ASSOCIAÇÃO COM O USO E NECESSIDADE DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS”

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma que possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você. Informa-se que este documento é destinado ao participante, seus pais/responsáveis devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigidos a eles.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome:	Data de Nasc.:	Sexo:
Nacionalidade:	Estado civil:	
Telefone:		
Endereço:		

Participante da pesquisa

2. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Danilo Flamini Oliveira		Telefone: (16) 9 8157 - 7412	
Profissão: cirurgião-dentista	Registro do Conselho Nº: 3227 CRO - TO	E-mail: danilo.flamini@rede.ulbra.br	
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.			

Pesquisador responsável

3. IDENTIFICAÇÃO DO ASSISTENTE DE PESQUISA

Nome: Marlon Brendo da Silva Benigno		Telefone: (63) 9 9255 – 6027	
Profissão: acadêmico do curso de odontologia		E-mail: mbsbenigno@gmail.com	
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.			

Assistente de Pesquisa

1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa



Devido a resultados duvidosos entre a presença de dor nas juntas responsáveis por abrir e fechar a boca, auxiliar na fala e mastigação em pacientes que necessitam ou usam próteses dentárias em outras pesquisas, este trabalho tem como objetivo observar o histórico/presença de dor em algumas regiões da face (como na imagem ao lado), através da avaliação de alguns músculos e articulações. Além disso, essas dores serão relacionadas a fatores demográficos e psicológicos do avaliado (como nível de estresse e

2. Do objetivo de minha participação



A participação neste estudo é muito importante, pois só assim será avaliado se pessoas usuárias de próteses dentárias ou que necessitam das mesmas apresentam problemas na junta devido a problemas musculares ou não.

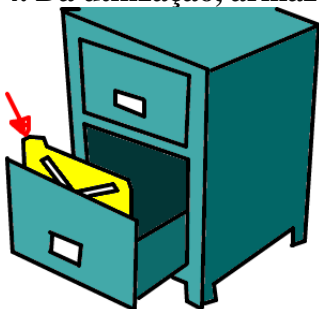
3. Do procedimento para coleta de dados.



Serão coletadas informações por meio da palpação de estruturas responsáveis pela movimentação da boca (conforme a imagem ao lado). Além disso será realizada a coleta de informações a respeito da renda, escolaridade e outros dados demográficos e sobre níveis de estresse e ansiedade.

Desse modo, será possível realizar o diagnóstico de alguma doença nessa área estudada, e se perceberá a situação sobre o uso e necessidade de prótese.

4. Da utilização, armazenamento e descarte das amostras.



Os dados coletados nessa pesquisa preencherão uma ficha e serão armazenados por até 5 anos. A qualquer momento estas fichas estarão disponíveis para consulta durante esse período.

5. Dos desconfortos e dos riscos.



Após a realização dos exames, o paciente pode ser diagnosticado com algum, com alguma doença na área examinada. Desse modo, a ficha de diagnóstico será anexada ao prontuário odontológico, visando à elaboração de plano de tratamento correspondente.

Ainda, visando oferecer assistência integral por complicações e danos gerados pelas perguntas realizadas nesta pesquisa, caso se perceba alguma condição relacionada a estresse ou a ansiedade, que podem estar relacionados a alguns dos diagnósticos realizados nesta intervenção, caso o paciente queira, de forma livre e autônoma, os pesquisadores podem oferecer custeio próprio com psicólogos, visando uma avaliação psicológica, que será capaz de oferecer um diagnóstico e tratamento em saúde mental para o caso em que os pesquisadores ou o próprio avaliado percebam a necessidade de intervenção deste profissional.

Além disso, caso o avaliado não consiga fechar a boca após o exame (como na figura ao lado), os examinadores conhecem um jeito seguro de fechá-la novamente. Ainda, para evitar contaminações os examinadores irão utilizar luvas, gorros e máscaras durante a avaliação.

6. Dos benefícios.

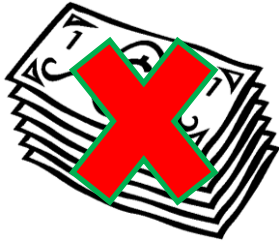
Com essa pesquisa, os participantes serão informados sobre o diagnóstico da doença em que possui na área avaliada. Além disso, esse diagnóstico será arquivado e assim possibilitará avaliar a frequência que essa condição está presente nos pacientes do CEULP/ULBRA, auxiliando futuras pesquisas sobre o assunto.

7. Dos métodos alternativos existentes.



O método utilizado nesse estudo já foi utilizado internacionalmente e apresenta grande confiabilidade entre os principais pesquisadores que avaliam estruturas ligadas a movimentação da boca, sendo esta uma pesquisa que segue um protocolo estruturado, confiável, realizados em ambiente clínico de maneira rápida.

8. Da isenção e ressarcimento de despesas.



O participante desta pesquisa não terá nenhum custo para participar da mesma. Garantimos ao participante a indenização financeira diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

9. Da forma de acompanhamento e assistência.

O pesquisador responsável se responsabiliza por prestar a assistência necessária ao participante da pesquisa de forma integral e imediata, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

10. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento.

Indica-se a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar. Esta desistência não causará prejuízo a sua saúde, bem estar físico ou financeiro ao avaliado.

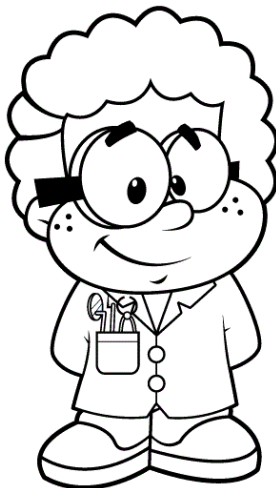
11. Da garantia de sigilo e de privacidade.

Indica-se que será avaliada apenas parte dos pacientes da clínica escola do CEULP/ULBRA, sendo selecionada de maneira aleatória dentro da universidade. Após os exames os dados coletados serão digitalizados em uma tabela sem que haja qualquer meio de identificação pessoal dos avaliados. Desse modo, só serão armazenados dados referentes a condição de saúde que corresponde a área avaliada.

12. Da garantia de duas vias do Termo de Consentimento.

O Pesquisador e o acadêmico responsável se responsabilizam e garantem a entrega deste termo em DUAS vias, de forma que uma fique com o senhor, e outra conosco.

13. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo.



Caso precise de mais informações, consulte o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA em Palmas – Tocantins. É ele quem garante a dignidade dos participantes de pesquisa. Pode-se contata-lo de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 e apresenta-se no seguinte endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul, prédio 5 sala 541, Palmas - TO CEP 77.019-900 Caixa Postal nº 85. Fone: (63) 3219 8076. E-mail: etica@ceulp.edu.br

Declara-se a obtenção de todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas apresentadas e, por estar de acordo, realiza-se a assinatura do presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em posse do avaliado e entra com a equipe avaliadora avaliadores.

Palmas - Tocantins, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Participante da Pesquisa

APÊNDICE C – Modelo de TCLE aos pais/responsáveis



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS PARA O PROJETO INTITULADO “DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E SUA ASSOCIAÇÃO COM O USO E NECESSIDADE DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS”

A pessoa pela qual você é responsável está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma que possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

1. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE MENOR DE IDADE DA PESQUISA

Nome do responsável:	Data de Nasc.:	Sexo:
Nacionalidade:	Estado civil:	
Telefone:		
Endereço:		
Nome do menor:	Data de Nasc.:	Sexo:

Responsável (Nome completo)

2. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Danilo Flamini Oliveira		Telefone: (16) 9 8157 - 7412	
Profissão: cirurgião-dentista	Registro do Conselho Nº: 3227 CRO - TO	E-mail: danilo.flamini@rede.ulbra.br	
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.			

Pesquisador responsável

3. IDENTIFICAÇÃO DO ASSISTENTE DE PESQUISA

Nome: Marlon Brendo da Silva Benigno		Telefone: (63) 9 9255 – 6027	
Profissão: acadêmico do curso de odontologia		E-mail: mbsbenigno@gmail.com	
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.			

Assistente de Pesquisa

1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa

Diante da necessidade de atenção aos problemas de saúde relacionados à articulação da boca e suas estruturas associadas (como os músculos que trabalham durante a mastigação e a fala), que afetam o estado de saúde de muitas pessoas, tem-se a importância da realização de diagnósticos destas condições por profissionais como os dentistas, que estudam estas partes do corpo.

Sabe-se, ainda, que estes problemas afetam a saúde de grande parte da população mundial, que, por vezes, não possui conhecimento de seu diagnóstico, assim como não buscam tratamento. Portanto, este estudo apresenta o objetivo de realizar este diagnóstico a partir de um índice reconhecido internacionalmente (chamado de DC/TMD), de forma a verificar a frequência que este problema aparece nas pessoas que serão avaliadas.

2. Do objetivo de minha participação

Indica-se a importância da participação da população deste estudo, uma vez que apenas desta maneira será possível realizar um levantamento de dados para a realização de um diagnóstico que possibilite a melhora da condição de vida destas pessoas mediante a proposta de um tratamento que possa envolver diversos profissionais, como dentistas, psicólogos e fisioterapeutas. Além disso, será possível perceber, com estudos matemáticos, a relação entre o uso e necessidade de próteses odontológicas (dentaduras) e o diagnóstico realizado.

3. Do procedimento para coleta de dados.

Os dados serão coletados por meio de exame clínico palpatório (exame da sua boca e de estruturas associadas a ela, tocando estas partes do corpo com uma determinada pressão) para preenchimentos das fichas, onde será analisado se as estruturas de estudo (principalmente relacionadas à estrutura que faz a boca se movimentar, como articulações e músculos) apresentam-se saudáveis. Além disso, serão aplicados questionários buscando identificar a situação demográfica e psicológica dos participantes, como o nível de escolaridade, renda mensal, nível de estresse e ansiedade.

Desta forma, será possível executar o diagnóstico de alguma doença associada aos músculos ou articulações analisadas. Neste exame, ainda será possível avaliar o uso ou necessidade de uso de próteses odontológicas dos avaliados – aparelhos que podem substituir dentes perdidos.

4. Da utilização, armazenamento e descarte das amostras.

Todas as fichas de dados coletadas e todos os exames realizados serão mantidos em sigilo e sob guarda total da pesquisadora responsável. Serão os mesmos armazenados sob sua guarda e responsabilidade durante 05 anos, sendo que a qualquer momento, caso necessite de alguma explicação ou avaliação posterior, os mesmos estarão disponíveis

5. Dos desconfortos e dos riscos.

Esta pesquisa apresenta riscos relacionados ao próprio diagnóstico de alguma doença nas áreas estudadas. Por isso, caso seja realizado algum diagnóstico, o paciente poderá solicitar um plano de tratamento às suas condições apresentadas dentro da clínica do CEULP/ULBRA, uma vez que seu diagnóstico será incorporado ao seu prontuário odontológico.

Ainda, visando oferecer assistência integral por complicações e danos gerados pelas perguntas realizadas nesta pesquisa, caso se perceba alguma condição relacionada a estresse ou a ansiedade, que podem estar relacionados a alguns dos diagnósticos realizados nesta intervenção, caso o paciente queira, de forma livre e autônoma, os pesquisadores podem oferecer custeio próprio com psicólogos, visando uma avaliação psicológica, que será capaz de oferecer um diagnóstico e tratamento em saúde mental para o caso em que os pesquisadores ou o próprio avaliado percebam a necessidade de intervenção deste profissional.

Além disso, como se avaliará a capacidade de movimentação da sua boca, pode ser que esta estrutura móvel trave. Isto é um fato muito raro, mas caso aconteça, os examinadores são portadores do conhecimento necessário para colocar todas as estruturas envolvidas no lugar.

Informa-se, ainda, que, durante o exame, os examinadores utilizarão equipamentos descartáveis (como luva, gorro e máscara) evitando que os participantes sofram algum tipo de contaminação durante a avaliação.

6. Dos benefícios.

Os benefícios esperados pela proposta desta pesquisa baseiam-se na identificação de alguma doença nas estruturas examinadas, que, muitas vezes, pode ser desconhecida por pelos próprios examinados. Desta forma, caso haja algum diagnóstico você será informado e isto será levado à sua ficha clínica.

Além disso, será possível descrever com que frequência esta condição aparece na clínica do CEULP/ULBRA, auxiliando futuras pesquisas sobre o tema.

7. Dos métodos alternativos existentes.

Os métodos descritos neste estudo representam uma alternativa validada por estudos internacionais e confiáveis para se avaliar a condição de saúde de estruturas ligadas à movimentação da boca, sendo os mesmos realizados em clínica de maneira rápida, estruturada e sem nenhum custo ao participante.

8. Da isenção e ressarcimento de despesas.

O participante desta pesquisa não terá nenhum custo para participar da mesma. Garantimos ao participante a indenização financeira diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

9. Da forma de acompanhamento e assistência.

O pesquisador responsável se responsabiliza por prestar a assistência necessária ao participante da pesquisa de forma integral e imediata, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

10. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento.

Indica-se que o participante tem a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar. Esta desistência não causará prejuízo a sua saúde, bem estar físico ou financeiro ao avaliado.

11. Da garantia de sigilo e de privacidade.

Indica-se que será avaliada apenas parte da população que compõem os pacientes da clínica escola do CEULP/ULBRA, selecionada de maneira completamente aleatória dentro do ambiente clínico odontológico. Após a análise, os dados serão digitalizados em uma tabela sem que haja nenhuma identificação pessoal dos examinados. Logo, serão armazenados apenas dados que descrevem a saúde da boca das pessoas.

12. Da garantia de duas vias do Termo de Consentimento.

A Pesquisadora-responsável e o acadêmico se responsabilizam e garantem a entrega deste termo em DUAS vias, de forma que uma fique com o senhor, e outra conosco.

O Pesquisador e o acadêmico responsáveis se responsabilizam e garantem a entrega deste termo em DUAS vias, de forma que uma fique com o participante, e outra com os examinadores.

13. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo.

Indica-se a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, pode-se consultar o pesquisador responsável - Dr. Danilo Flamini Oliveira. Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador (es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética pode-se, ainda, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA em Palmas – Tocantins. Pontua-se que este órgão recebe e avalia projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a garantir a integridade e dignidade dos participantes de pesquisas. O órgão aqui descrito funciona de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 e apresenta-se no seguinte endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul, prédio 5 sala 541, Palmas - TO CEP 77.019-900 Caixa Postal nº 85. Fone: (63) 3219 8076. E-mail: ética@ceulp.edu.br

Declara-se a obtenção de todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas apresentadas e, por estar de acordo, realiza-se a assinatura do presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em posse do avaliado e entra com a equipe avaliadora avaliadores.

Palmas - Tocantins, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Participante da Pesquisa

APÊNDICE D – Modelo de TCLE aos pacientes que apresentarem baixo grau de instrução



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PROJETO INTITULADO “DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E SUA ASSOCIAÇÃO COM O USO E NECESSIDADE DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS”

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma que possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome:	Data de Nasc.:	Sexo:
Nacionalidade:	Estado civil:	
Telefone:		
Endereço:		

Participante da pesquisa

2. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Danilo Flamini Oliveira		Telefone: (16) 9 8157 - 7412
Profissão: cirurgião-dentista	Registro do Conselho Nº: 3227 CRO - TO	E-mail: danilo.flamini@rede.ulbra.br
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.		

Pesquisador responsável

3. IDENTIFICAÇÃO DO ASSISTENTE DE PESQUISA

Nome: Marlon Brendo da Silva Benigno		Telefone: (63) 9 9255 – 6027
Profissão: acadêmico do curso de odontologia		E-mail: mbsbenigno@gmail.com
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas – TO, CEP 77.019-900.		

Assistente de Pesquisa

1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa



Este estudo é importante para avaliar partes do corpo como músculos que trabalham durante a mastigação e a fala e a estrutura que possibilita o movimento da boca (localizada como na imagem ao lado). Assim, busca-se encontrar alguma doença nesta região e associa-la ao uso ou a necessidade de dentaduras.

2. Do objetivo de minha participação

A participação da população neste estudo é muito importante, pois, assim, será possível ver o número de pessoas com qualquer tipo de doença nas áreas do corpo estudadas e relacionar isso ao uso de dentaduras.



3. Do procedimento para coleta de dados.



Coletaremos informações por meio de palpções nas estruturas que possibilitam a movimentação da boca (como na figura ao lado). Além disso, serão utilizadas perguntas para avaliar o nível de escolaridade, renda mensal e outros itens demográficos e o nível de estresse e ansiedade.

Assim, será feito o diagnóstico de alguma doença nesta área e se perceberá a situação sobre o uso e necessidade de dentaduras nos pacientes.

4. Da utilização, armazenamento e descarte das amostras.



As fichas com os dados coletados serão guardadas por 05 anos. A qualquer momento, estas informações estarão disponíveis para consultas.

5. Dos desconfortos e dos riscos.



Durante nossos exames, existe a chance do paciente ser diagnosticado com alguma doença. Desta forma, seu diagnóstico será arquivado em ficha clínica.

Ainda, visando oferecer assistência integral por complicações e danos gerados pelas perguntas realizadas nesta pesquisa, caso se perceba alguma condição relacionada a estresse ou a ansiedade, que podem estar relacionados a alguns dos diagnósticos realizados nesta intervenção, caso o paciente queira, de forma livre e autônoma, os pesquisadores podem oferecer custeio próprio com psicólogos, visando uma avaliação psicológica, que será capaz de oferecer um diagnóstico e tratamento em saúde mental para o caso em que os pesquisadores ou o próprio avaliado percebam a necessidade de intervenção deste profissional.

Pode-se ainda, não conseguir fechar a boca (como na figura ao lado) durante o exame, mas os examinadores conhecem um jeito e retorna-la ao lugar.

Além disso, para evitar risco de contaminação, os examinadores utilizarão luvas, gorros e máscaras durante as avaliações.

6. Dos benefícios.

Com esta pesquisa, o avaliado poderá identificar de alguma doença nas estruturas examinadas. Desta forma, caso haja algum diagnóstico você será informado e isto será levado à sua ficha clínica. Além disso, será possível descrever com que frequência esta condição aparece na clínica do CEULP/ULBRA, auxiliando futuras pesquisas sobre o tema.

7. Dos métodos alternativos existentes.



Os métodos descritos neste estudo representam uma alternativa validada por estudos internacionais e confiáveis para se avaliar a condição de saúde de estruturas ligadas à movimentação da boca, sendo os mesmos realizados em clínica de maneira rápida, estruturada e sem nenhum custo ao participante.

8. Da isenção e ressarcimento de despesas.



O participante desta pesquisa não terá nenhum custo para participar da mesma. Garantimos ao participante a indenização financeira diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

9. Da forma de acompanhamento e assistência.

O pesquisador responsável se responsabiliza por prestar a assistência necessária ao participante da pesquisa de forma integral e imediata, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

10. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento.

Indica-se que o participante tem a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar. Esta desistência não causará prejuízo a sua saúde, bem estar físico ou financeiro ao avaliado.

11. Da garantia de sigilo e de privacidade.

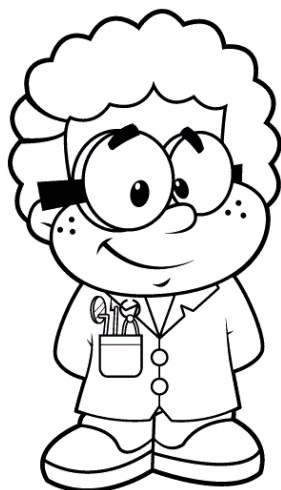
Indica-se que será avaliada apenas parte da população que compõem os pacientes da clínica escola do CEULP/ULBRA, selecionada de maneira completamente aleatória dentro do ambiente clínico odontológico. Após a análise, os dados serão digitalizados em uma tabela sem que haja nenhuma identificação pessoal dos examinados. Logo, serão armazenados apenas dados que descrevem a saúde da boca das pessoas.

12. Da garantia de duas vias do Termo de Consentimento.



O Pesquisador e o acadêmico responsáveis se responsabilizam e garantem a entrega deste termo em DUAS vias, de forma que uma fique com o participante, e outra com os examinadores.

13. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo.



Caso precise de mais informações, consulte o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA em Palmas – Tocantins. É ele quem garante a dignidade dos participantes de pesquisa. Pode-se contata-lo de segunda a sexta-feira das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 e apresenta-se no seguinte endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul, prédio 5 sala 541, Palmas - TO CEP 77.019-900 Caixa Postal nº 85. Fone: (63) 3219 8076. E-mail: etica@ceulp.edu.br

Declara-se a obtenção de todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas apresentadas e, por estar de acordo, realiza-se a assinatura do presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em posse do avaliado e entra com a equipe avaliadora avaliadores.

Palmas - Tocantins, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Participante da Pesquisa

APÊNDICE E – Modelo de ficha de diagnóstico



Informa-se que, com base na avaliação realizada como indicado pelo índice de reconhecimento internacional denominado de DC/TMD, que avalia a presença de Disfunções na Articulação Temporomandibular (ATM – articulação que possibilita o movimento da boca) o (a) paciente de nome _____ e CPF _____ foi diagnosticado (a) com _____.

Indica-se que esta condição apresenta diversas causas, com um fundo odontológico (podendo estar relacionado à oclusão (forma que se morde) ou diversos outros fatores) ou mesmo emocional, como estresse e ansiedade.

Além disso, indica-se que uma cópia desta ficha de diagnóstico será anexada ao plano de tratamento odontológico do paciente em seu prontuário da clínica escola do CEULP/ULBRA, visando a execução de um planejamento que leve em consideração a condição da ATM deste paciente.

Palmas - Tocantins, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

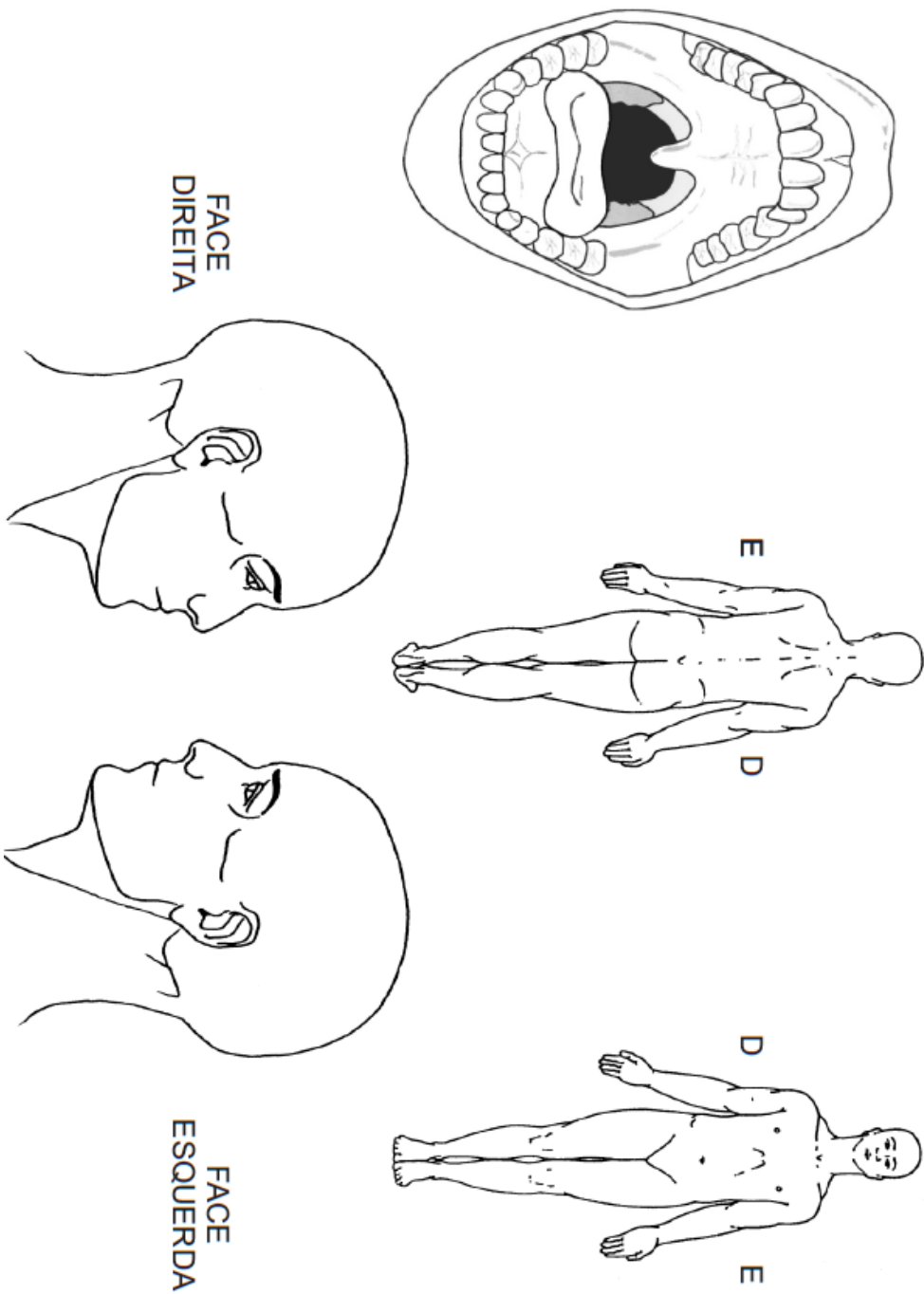
Participante da Pesquisa

ANEXOS

Anexo A – Desenho de dor

DESENHO DE DOR

Indique a localização de TODAS as suas diferentes dores sombreando na área, usando os diagramas mais relevantes. Se houver um ponto exato onde a dor está localizada, indique com um ponto sólido (●). Se a sua dor se mover de um local para outro, use as setas para mostrar o caminho.



Fonte: Ohrbach *et al.* (2016)

Anexo B – Questionário sobre a escala de dor crônica

Escala Graduada de Dor Crônica Versão 2.0

1. Em quantos dias nos últimos 6 meses, você teve dor facial? _____ Dias
2. Como você classificaria sua dor facial agora? Usar uma escala de 0 a 10, onde 0 é "sem dor" e 10 é "dor tão ruim quanto poderia ser".

Sem dor									Dor tão ruim quanto poderia ser	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Nos últimos 30 dias, como você classificaria sua pior dor facial? Usar a mesma escala, onde 0 é "sem dor" e 10 é "dor tão ruim quanto poderia ser".

Sem dor									Dor tão ruim quanto poderia ser	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Nos últimos 30 dias, em média, como você classificaria sua dor facial? Usar a mesma escala, onde 0 é "sem dor" e 10 é "dor tão ruim quanto poderia ser".

Sem dor									Dor tão ruim quanto poderia ser	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Nos últimos 30 dias, quantos dias sua dor facial impedir que você faça suas atividades habituais, como trabalho, escola ou trabalho doméstico? (todos os dias = 30 dias) _____ Dias

6. Nos últimos 30 dias, quanto a dor facial têm interferido com suas atividades diárias? Usar uma escala de 0 - 10, onde 0 é "sem interferência: 10 é "incapaz de exercer qualquer atividade".

Sem interferência										Incapaz de exercer qualquer atividade
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Nos últimos 30 dias, quanto dor facial interferiu com o seu lazer, atividades sociais e de família? Usar a mesma escala, onde 0 é "sem interferência: 10 é "incapaz de exercer qualquer atividade".

Sem interferência										Incapaz de exercer qualquer atividade
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Nos últimos 30 dias, quanto dor facial tem interferido com sua capacidade de trabalho, incluindo tarefas domésticas? Usar a mesma escala, onde 0 é "sem interferência: 10 é "incapaz de exercer qualquer atividade".

Sem interferência										Incapaz de exercer qualquer atividade
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Ohrbach *et al.* (2016)

Anexo C – Questionário para a determinação de dor durante atividades rotineiras

Escala de limitação funcional maxilar – 20

Para cada um dos itens abaixo, por favor, indique o nível de limitação durante o mês passado. Se a atividade tem sido completamente evitada porque é muito difícil de realizar, faça um círculo no número '10'. Se você evitar a atividade por razões diferentes de dor ou dificuldade, deixe o item em branco.

	Sem limitações											Limitação grave
1. Mastigar alimentos duros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Mastigar pão duro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Mastigar o frango (por exemplo, preparado no forno)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Mastigar biscoitos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Mastigar alimentos moles (por exemplo, macarrão, frutas enlatadas ou moles, cozido de legumes, peixe)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Ingerir alimentos moles que não requeiram mastigação (por exemplo, purê de batatas, creme de maçã, pudim, alimentos esmagados)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Abrir a boca o suficiente para morder de uma maçã inteira	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Abrir a boca o suficiente para morder um sanduíche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Abrir a boca o suficiente para falar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Abrir a boca o suficiente para beber de um copo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Engolir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. Bocejar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13. Falar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14. Cantar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15. Fazer uma expressão facial alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16. Fazer uma expressão facial zangada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17. Franzir as sobrancelhas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18. Beijar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. Sorrir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20. Gargalhar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Fonte: Ohrbach *et al.* (2016)

Anexo D – Questionário de Saúde do Paciente

Questionário de Saúde do Paciente – 9

Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado pelos seguintes problemas? Por favor, coloque um visto na caixa para indicar sua resposta.

	De modo nenhum	Muitos dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
	0	1	2	3
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	()	()	()	()
2. Sentindo-se deprimido ou sem esperança	()	()	()	()
3. Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo, ou dormir demais	()	()	()	()
4. Sentindo-se cansado ou com pouca energia	()	()	()	()
5. Pouco apetite ou comendo demais	()	()	()	()
6. Sentir-se mal consigo mesmo - ou que você é um fracasso ou ter deixado você ou sua família para baixo	()	()	()	()
7. Problemas para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou assistir televisão	()	()	()	()
8. Movendo-se ou falando tão devagar que outras pessoas poderiam ter percebido? Ou o contrário - ser tão inquieto ou inquieto que você se move muito mais do que o normal	()	()	()	()
9. Pensando que você estaria melhor morto ou se machucando de alguma forma	()	()	()	()

Pontuação total =

Se você verificou algum problema, quão difícil esses problemas fizeram para você fazer o seu trabalho, cuidar de coisas em casa ou conviver com outras pessoas?			
Sem nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Achou extremamente difícil
()	()	()	()

Fonte: Ohrbach *et al.* (2016)

Anexo E – Questionário sobre GAD (*Generalized Anxiety Disorder* – Transtorno de Ansiedade Generalizada)

Distúrbio de ansiedade exagerada – GAD

Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado pelos seguintes problemas? Coloque um visto na caixa para indicar a sua resposta.

	De modo nenhum	Muitos dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
	0	1	2	3
1. Sentindo-se nervoso, ansioso ou no limite	()	()	()	()
2. Não ser capaz de parar ou controlar a preocupação	()	()	()	()
3. Preocupando-se muito com coisas diferentes	()	()	()	()
4. Dificuldade para relaxar	()	()	()	()
5. Sendo tão inquieto que é difícil ficar parado	()	()	()	()
6. Tornar-se facilmente irritado ou irritável	()	()	()	()
7. Sentindo medo como se algo terrível possa acontecer	()	()	()	()

Pontuação total =

Se você verificou algum problema, quão difícil esses problemas fizeram para você fazer o seu trabalho, cuidar de coisas em casa ou conviver com outras pessoas?			
Sem nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Achou extremamente difícil
()	()	()	()

Fonte: Ohrbach *et al.* (2016)

Anexo F – Caracterização de sintomas físicos que possivelmente incomodam o paciente

Questionário de Saúde do Paciente-15: Sintomas Físicos

Durante as últimas 4 semanas, quanto você tem sido incomodado por algum dos seguintes problemas? Por favor, coloque uma marca de seleção na caixa para indicar sua resposta.

	Não incomodado	Um pouco incomodado	Muito incomodado
	0	1	2
1. Dor de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dor nos braços, pernas ou articulações (joelhos, quadris, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cólicas menstruais ou outros problemas com seus períodos [só mulheres]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dor no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tontura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Desmaios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentindo seu coração bater ou correr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dor ou problemas durante a vida sexual relação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Obstipação, intestinos soltos ou diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Náusea, gás ou indigestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentindo-se cansado ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação total =

Fonte: Ohrbach *et al.* (2016)

Anexo G – Lista para a verificação da realização de atividades que possam envolver o movimento mandibular

A lista de verificação do comportamento Oral

Com que frequência você realiza cada uma das seguintes atividades com base no último mês? Se a frequência da atividade variar, escolha a opção mais alta. Por favor, coloque uma resposta (✓) para cada item e não pule nenhum item.

Atividades durante o sono	Nenhuma das vezes	Noite / Mês	Noite / Mês	Noite / Semana	Noite / Semana
		<1	1-3	1-3	4-7
1. Apertar ou ranger os dentes quando dorme, com base em qualquer informação que possa ter	()	()	()	()	()
2. Dormir em uma posição que exerça pressão sobre a mandíbula (por exemplo, de barriga para baixo)	()	()	()	()	()
Atividades durante as horas de vigília	Nenhuma das vezes	Noite / Mês	Noite / Mês	Noite / Semana	Noite / Semana
		<1	1-3	1-3	4-7
3. Ranger dentes durante as horas em que está acordado	()	()	()	()	()
4. Aperte os dentes durante as horas em que está acordado	()	()	()	()	()
5. Pressiona, toca ou segure os dentes juntos, exceto durante a refeição (isto é, entre os dentes superiores e inferiores)	()	()	()	()	()
6. Segure, aperte ou cria tensão muscular sem apertar ou unir os dentes	()	()	()	()	()
7. Segure ou projete a mandíbula para a frente ou para o lado	()	()	()	()	()
8. Pressione a língua à força contra os dentes	()	()	()	()	()
9. Coloque a língua entre os dentes	()	()	()	()	()
10. Morda, mastiga ou brinca com a língua, bochechas ou lábios	()	()	()	()	()
11. Segure a mandíbula em posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula	()	()	()	()	()
12. Segure entre os dentes ou morda objetos como cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	()	()	()	()	()
13. Use goma de mascar	()	()	()	()	()
14. Tocar instrumento musical que envolva o uso de boca ou mandíbula (por exemplo, instrumentos de sopro ou instrumentos de cordas)	()	()	()	()	()
15. Incline-se com a mão na mandíbula, por exemplo, em descansar com o queixo na mão	()	()	()	()	()
16. Mastigue a comida apenas de um lado	()	()	()	()	()
17. Comer entre as refeições (ou seja, comida que requer mastigação)	()	()	()	()	()
18. Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensino, vendas, atendimento ao cliente)	()	()	()	()	()
19. Cantando	()	()	()	()	()
20. Bocejando	()	()	()	()	()
21. Segure o telefone entre a cabeça e os ombros	()	()	()	()	()

Fonte: Ohrbach *et al.* (2016)

Anexo H – Ficha de avaliação para a caracterização da arcada protética do paciente

Paciente: _____

1) Edentulismo

USO DE PRÓTESE

Arco superior

Arco inferior











NECESSIDADE DE PRÓTESE


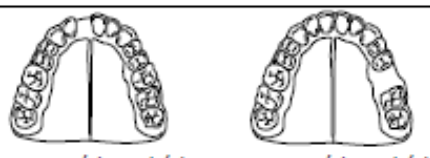


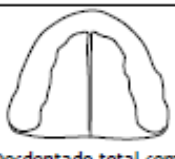
Arco superior

Arco inferior

2) O paciente é parcialmente desdentado? Sim Não**3) Caso a resposta à pergunta 2 seja “Sim” classifique o paciente segundo a Classificação de Kennedy considerando a arcada:** Classe I Classe II Classe III Classe IV**4) Ainda na classificação de Kennedy, indique quantas modificações foram observadas:** Nenhuma modificação Modificação 1 Modificação 2 Modificação 3 Modificação 4 Modificação 5

Anexo I – Códigos para avaliação do uso e necessidade de prótese

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

Necessidade de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes</p> <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p> <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento	 <p>Espaço protético unitário anterior</p> <p>Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p> <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

Fonte: Brasil (2009)

Anexo J – Regras para a classificação dos arcos parcialmente desdentados de Kennedy

REGRAS PARA A APLICAÇÃO DO MÉTODO DE KENNEDY	
Regra 1 A classificação deve ser feita após quaisquer extrações de dentes que possam alterar a classificação original.	Regra 6 Áreas desdentadas com exceção daquelas que determinam a classificação são denominadas <i>modificações</i> e são designadas por seu número.
Regra 2 Se um terceiro molar está faltando e não é para ser substituído, ele não é considerado na classificação.	Regra 7 A extensão da modificação não é considerada, apenas o número de áreas desdentadas adicionais.
Regra 3 Se um terceiro molar está presente e será utilizado como suporte, ele é considerado na classificação.	Regra 8 Áreas de modificação não podem ser incluídas nas arcadas Classe IV. (Outras áreas desdentadas que se encontram posterior às únicas áreas bilaterais cruzando a linha média determinam a classificação; veja Regra 5.)
Regra 4 Se um segundo molar está ausente e não será substituído, ele não é considerado na classificação (p. ex., se o segundo molar oposto também está ausente e não vai ser substituído).	
Regra 5 A área desdentada mais posterior (ou áreas) sempre determina a classificação.	

Fonte: Carr e Brown (2011)