

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

CARLA BORDIGNON TRIVILIN E CAROLINA SCHNEIDER

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: UM ESTUDO PILOTO**

**CAXIAS DO SUL
2019**

CARLA BORDIGNON TRIVILIN E CAROLINA SCHNEIDER

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: UM ESTUDO PILOTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para a
obtenção do Grau de Bacharel em
Odontologia da Universidade de
Caxias do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Suzana Uggeri
Coradini

**CAXIAS DO SUL
2019**

CARLA BORDIGNON TRIVILIN E CAROLINA SCHNEIDER

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: UM ESTUDO PILOTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para a
obtenção do Grau de Bacharel em
Odontologia da Universidade de
Caxias do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dra. Suzana Uggeri
Coradini

Aprovado em: ____/____/2019.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Suzana Uggeri Coradini
Universidade de Caxias do Sul – UCS

Prof. Me. Diego Pinheiro Brilhante
Universidade de Caxias do Sul - UCS

Prof. Dr. Paulo Roberto Castro Mattia
Universidade de Caxias do Sul - UCS

RESUMO

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma das principais causas de dor orofacial de origem não-odontogênica, a qual causa também alterações como limitação na abertura e movimentação mandibular, estalidos e travamento mandibular. Dado o elevado número de pessoas acometidas pelas DTM'S, bem como sua associação a sinais de depressão e desequilíbrio ao bem-estar físico dos pacientes, a DTM deve ser analisada sob uma perspectiva que inclua aspectos psicossociais e comportamentais além da sintomatologia física. O presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida (QV) dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular usuários da extensão em disfunção da Universidade de Caxias do Sul/RS. O estudo transversal qualitativo, foi conduzido em uma amostra por conveniência de 32 pacientes, encaminhados à extensão em DTM, entre os meses de setembro e novembro de 2019, os quais responderam aos questionários RDC/TMD Eixo I - Eixo II e OHIP-14 para DTM. Os dados coletados acerca dos questionários foram tabulados em planilha do Excel, e submetidos a análise estatística no IBM SPSS versão 22, onde foi verificada também a frequência dos dados. Entre os 32 pacientes estudados, houve uma prevalência de 40,6% com diagnóstico de deslocamento de disco com redução, seguida de osteoartrite (34,4%). Além disso a dor crônica de alta intensidade e baixa incapacidade bem como a depressão de grau III, estiveram presentes na maior parte da população avaliada. A qualidade de vida apresentou maior média de impacto nos domínios referentes a desconforto psicológico (1,244) e incapacidade psicológica (1,023), também, na escala de pontuação, 40,6% dos pacientes apresentou fraco impacto na QV. A qualidade de vida dos indivíduos deste estudo foi mais afetada nos aspectos psicológicos, sendo necessária uma amostra maior para realização de uma correlação entre os dados coletados.

Palavras-Chave: Disfunção temporomandibular, qualidade de vida, dor orofacial.

ABSTRACT

Temporomandibular disorders (TMD) is one of the major causes of oral-facial pain with non-odontogenic origin, it may cause disturbs in masticatory muscles and temporomandibular joints, headache, disturbance in jaw movements and sounds in joints while opening and closing the mouth. Given the number of people affected by TMD's and its association with depression, physical and mental health, the TMD should be analyzed from a perspective that includes psychological and behavioral aspects. The purpose of the study was to evaluate the oral pain impact in the quality of life of temporomandibular disorders (TMD) patients. The qualitative cross-sectional study was conducted in a sample by convenience of 32 individuals referred to the TMD Extention at the University of Caxias do Sul Dental School over September and November 2019. The patients answered Axis I and II of RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) and the OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) and the collected data were used to the frequency and statistics analysis at the IBM SPSS version 22. Among the 32 patients studied, there was a prevalence of 40,6% with a diagnosis of reduced disc displacement, followed by osteoarthritis (34,4%). Besides, chronic pain of high intensity and low disability, as well as grade III depression, were present in most of the evaluated population. The quality of life had a higher average impact on the domains related to psychological discomfort (1,244) and psychological disability (1.023). Also in the scoring scale, 40,6% of the patients had a poor impact on QOL. The quality of life individuals in this study was more affected in the psychological aspects, requiring a larger sample to make a correlation between the collected data.

Keywords: temporomandibular disorder, quality of life, oral-facial pain.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	METODOLOGIA	10
3	RESULTADOS	15
4	DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	23
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
7	ANEXOS	32

1 INTRODUÇÃO

A dor orofacial (DOF) é compreendida como a presença de sintomatologia dolorosa, isolada ou em conjunto, nos tecidos moles e duros da cabeça, face e pescoço, podendo ser originada nos tecidos pulpaes, periodontais, glandulares, musculares, ósseos, sinusais e/ou articulares¹. A American Academy of Orofacial Pain (AAOP) inclui ainda como DOF as dores musculoesqueléticas mastigatórias, cervicais, neurovasculares e neuropáticas, distúrbios do sono relacionados à DOF, distonias orofaciais, transtornos intraorais, intracranianos, extracranianos e sistêmicos associados à DOF². Segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) mais de 10 milhões de pessoas são acometidas por esta condição somente no Brasil³.

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma das principais causas de dor orofacial de origem não-odontogênica. Essa condição heterogênea afeta entre 40% e 60% da população, mas não possui uma etiologia definida, sendo sua origem multifatorial⁴. A DTM é um termo amplo que compreende anormalidades na articulação temporomandibular (ATM), nos músculos mastigatórios e estruturas associadas⁵. Essas anormalidades causam alguns sinais e sintomas, sendo o mais presente a dor nos músculos mastigatórios e região periarticular⁶, além da dor, pessoas com DTM podem apresentar limitação na abertura e movimentação mandibular, associada a estalidos, dores na face e região de ouvido, cefaleia, travamento mandibular, bem como alterações relacionadas a coluna cervical⁷.

Os sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e dor orofacial estão presentes em 86% da população ocidental⁸. A dor muscular além de limitação e desvios nos movimentos mandibulares pode ser consequência de uma hiperatividade ou tensão dos músculos mastigatórios, ou de uma desordem intra-capsular⁹. Isso ocorre pelo fato de os músculos da mastigação e a articulação temporomandibular serem estruturas que apresentam menor tolerância, dando início ao colapso na região¹⁰.

Estudos indicam que a sintomatologia e sensibilidade dolorosa, além de cefaleia, cervicalgia e dificuldade de dormir se apresenta mais intensa em pacientes com DTM do sexo feminino¹¹. Além da limitação funcional durante fonação e mastigação, esses pacientes alegam ter sintomas de depressão¹². Ao correlacionar depressão e DTM, fazendo uso do questionário RDC/TMD para obtenção de diagnóstico, pesquisas apontaram que 39% dos pacientes com DTM são clinicamente deprimidos¹³. A depressão, nos estudos, se apresenta como fator etiológico, bem como de perpetuação da DTM^{14,15,16}. A relação entre ansiedade, estresse e depressão já foi observada como fator de aumento da atividade muscular, que acarreta em dor, sendo esses estados emocionais presentes nos pacientes com dores crônicas de DTM^{16,17}. As desordens, alterações funcionais e a dor crônica decorrente da disfunção possuem uma influência direta no comportamento social e psicológico dos pacientes, gerando um desequilíbrio no seu bem-estar físico, mental, social e ambiental, aspectos esses necessários para se alcançar uma boa qualidade de vida¹⁸.

Dada a complexidade da DTM, seu tratamento varia de acordo com o tipo e a severidade da disfunção, abrangendo diversas especialidades, como: odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e a medicina¹⁹. Existem diversas opções terapêuticas para os sintomas musculares e articulares; tratamentos conservadores e não invasivos, que incluem terapia com placa oclusal, massagem, terapia manual, aconselhamento e exercícios, entre outros, devem ser considerados de primeira escolha terapêutica para a dor na DTM, especialmente por apresentarem um baixo risco de efeitos colaterais. Em casos de dor mais acentuada e distúrbios graves, pode ser considerado o uso de procedimentos minimamente invasivos e invasivos como a artrocentese e a substituição da ATM respectivamente²⁰.

As terapias conservadoras têm por intuito diminuir a dor, a inflamação da articulação e da musculatura mastigatória, além de aumentar a amplitude do movimento mandibular e evitar lesões articulares diretas ou indiretas²¹. Segundo pesquisa sistemática, o uso da terapia a laser de baixa potência em pontos gatilho vem crescendo nos últimos anos, por apresentar efeito analgésico, anti-inflamatório e regenerativo, conseqüentemente diminuindo a

queixa dolorosa relatada pelos pacientes e contribuindo para melhora nos movimentos mandibulares. A prescrição de anti-inflamatórios não - esteroidais (AINES), também gera uma redução da inflamação, podendo ter seu uso combinado com o de relaxantes musculares^{20, 22}. Entre os tratamentos mais utilizados pelos cirurgiões dentistas está a placa estabilizadora, conhecida como placa de Michigan²³. Produzida em material acrílico termo ativado, tem por objetivo manter o côndilo em posição cêntrica, relaxando os músculos mastigatórios e ainda evitando um possível desgaste dentário em pacientes com atividade parafuncional noturna²⁰.

O número expressivo de pacientes portadores DTM, além de sua variedade de sintomas e suas consequências negativas na qualidade de vida dos indivíduos, demanda um diagnóstico precoce e correto da disfunção²⁴. Para entender e gerenciar esses pacientes, faz-se necessária a utilização de métodos de pesquisa que sejam capazes de diagnosticar e classificar essas condições. Desde 1992 o questionário RDC/TMD - Critérios Diagnósticos para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular - tem sido mundialmente empregado como protocolo para avaliação e diagnóstico de DTM²⁵. Por ser um questionário simples e confiável conseguimos avaliar a intensidade e persistência da dor ao longo do tempo e o impacto na vida do paciente ao desempenhar atividades cotidianas, bem como sinais de depressão e somatização.

O Oral Health Impact Profile (OHIP) é um teste desenvolvido em 1994 na Austrália, contendo 49 questões para avaliar a influência das doenças orais na qualidade de vida, e serve também como um sinalizador para os serviços de saúde quanto à eficácia das terapias aplicadas²⁶. A versão de 1997 é reduzida para 14 questões, sem prejuízo na qualidade do resultado da avaliação obtida. Com a aplicação do formulário OHIP consegue-se mensurar o impacto social da DOF na vida dos pacientes, como um importante instrumento na conduta clínica de médicos e dentistas²⁷.

Frente às demandas existentes no tratamento de pacientes com dor crônica, a DTM deve ser analisada sob uma perspectiva que inclua os aspectos psicossociais e comportamentais, além da sintomatologia física. Assim,

objetiva-se diagnosticar a DTM e avaliar seu impacto na qualidade de vida dos pacientes no Projeto de Extensão em Disfunção Temporomandibular da Universidade de Caxias do Sul, mensurando, através dos questionários, sua interferência nas atividades diárias dos mesmos.

2 METODOLOGIA

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética da Universidade de Caxias do Sul (Anexo 1), foi realizado um estudo transversal qualitativo com os pacientes da extensão em Disfunção Temporomandibular (DTM) da Clínica Odontológica da instituição. Foram avaliados, por conveniência, 32 participantes, sendo 24 mulheres e seis homens com idades entre 18 e 63 anos, com provável diagnóstico de DTM.

Os participantes foram informados do objetivo da pesquisa, e após aceitarem, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo2). Mediante o termo assentido, foram convidados a responder, de forma auto-aplicada ^{25, 28, 36, 41, 42} aos questionários RDC/TMD (Critérios para Diagnóstico em Desordens Temporomandibulares) Eixo I e Eixo II (Anexo 3), e ao OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) para DTM (Anexo 4), podendo esclarecer dúvidas relativas as questões com as autoras do projeto.

O RDC/TMD é um questionário utilizado mundialmente como critério para classificação e diagnóstico de desordens temporomandibulares ^{5, 15, 28}. Foi utilizada a versão de 2004 validada para a língua portuguesa por Franco-Micheloni⁴². As questões do Eixo I do RDC/TMD, propostas por Dworkin e Leresche⁵, abordam achados físicos, divididos em três grupos:

Grupo 1	Dor miofascial, com ou sem limitação de abertura;	Questão 1
Grupo 2	Deslocamento de disco com e sem redução, e com ou sem limitação de abertura de boca;	Questões: 1 e 2
Grupo 3	Artralgia, osteoartrite e osteoartrose.	Questões: 1,3 e 4

As questões 39 a 46 do Eixo II do RDC/TMD abordam o diagnóstico de incapacidade durante a função, estado psicológico e psicossocial através do auto relato subjetivo do paciente⁵, fazendo uso de uma escala de zero a 10, é calculada a pontuação (Anexo 5) na qual o mesmo classifica a graduação de dor crônica, obtendo os seguintes resultados:

Grau 0	Baixa incapacidade	Sem dor nos últimos 6 meses
Grau I	Baixa incapacidade, baixa intensidade	Característica da intensidade da dor < 50, e menos do que 3 pontos de incapacidade
Grau II	Baixa incapacidade, alta intensidade	Característica da intensidade da dor \geq 50, e menos do que 3 pontos de incapacidade
Grau III	Alta incapacidade, limitação moderada	3 a 4 Pontos de incapacidade, independente da característica de intensidade de dor
Grau IV	Alta incapacidade, limitação severa	5 a 6 Pontos de incapacidade, independente da característica de intensidade de dor

A questão 38 do Eixo II do RDC/TMD avalia depressão e somatização em uma escala de zero a quatro, contendo questões de *a* a *ff* sendo:

0	Nada
1	Um pouco
2	Moderado
3	Muito
4	Extremo

As afirmativas são divididas em sinais de depressão, sintomas físicos não específicos incluindo e excluindo dor, e calculados conforme quadro a seguir:

	Pontuação total	Dividido por	Total (itens)	Igual	Pontuação da escala
<u>Depressão:</u> Questão 38, Ítens: b, e, h, i, k, l, m, n, v, y, cc, dd, ee, f, g, q, z, aa, bb, ff		÷	20	=	
<u>Sintomas físicos não específicos (incluindo itens de dor):</u> Questão 38, Itens: a, c, d, j, o, p, r, s, t, u, w, x		÷	12	=	
<u>Sintomas físicos não específicos (excluindo itens de dor):</u> Questão 38, Itens: c, r, s, t, u, w, x		÷	7	=	

O questionário OHIP, com 14 perguntas elaborado por Slade no ano de 1997, foi aplicado após o diagnóstico de DTM. Ele avalia o impacto na vida e nas atividades diárias realizadas pelos pacientes, suas percepções e sentimentos sobre a própria situação bucal ¹⁷. Utilizou-se uma versão reduzida e traduzida para língua portuguesa e validada em 2004 de Almeida²⁶.

As perguntas do OHIP abrangem sete dimensões, divididas entre as 14 questões:

Limitações funcionais	Questões 1 e 2
Dor física	Questões 3 e 4
Desconforto psicológico	Questões 5 e 6

Incapacidade física	Questões 7 e 8
Incapacidade psicológica	Questões 9 e 10
Incapacidade social	Questões 11 e 12
Invalidez	Questões 13 e 14

Foi utilizado para calcular o impacto da dor orofacial nas atividades cotidianas o método desenvolvido por Allen e Locker²⁹, no qual as opções de resposta e pontuação de cada pergunta são as seguintes:

	Não sabe
0	Nunca
1	Raramente
2	Às vezes
3	Frequentemente
4	Sempre

Os pacientes que responderam “Não sabe” foram excluídos de todo o questionário, o que reduziu a amostra no OHIP-14 para 17 pessoas.

A pontuação obtida com as respostas, conforme tabela acima, foi multiplicada pelo peso de cada pergunta, com scores variando entre zero e 28 pontos, sendo esse o valor máximo de percepção de impacto da dor ²⁹.

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Peso	0,51	0,49	0,34	0,66	0,45	0,55	0,52	0,48	0,60	0,40	0,62	0,38	0,59	0,41

Foram critérios de inclusão desta pesquisa pacientes que leram, entenderam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e os questionários, além de apresentarem dor orofacial e diagnóstico de disfunção temporomandibular realizada pelo RDC/TMD Eixo I. Os critérios de exclusão foram pacientes que faltaram às consultas, analfabetos ou com incapacidade cognitiva de ler e responder as questões, que não concordaram em assinar, ou que não souberam ler e entender o TCLE ou que já estivessem realizando tratamento para DTM.

Terminada a etapa de aplicação dos questionários, os dados obtidos foram tabulados em planilha eletrônica do Excel e analisada a prevalência e frequência no IBM SPSS Statistics Versão 22. O presente trabalho foi escrito conforme normativas da Revista Brazilian Journal of Pain (Br J Pain) para artigos originais (Anexo 6).

3 RESULTADOS

Avaliando as características de gênero, o gráfico abaixo mostra a prevalência do sexo feminino no estudo realizado:

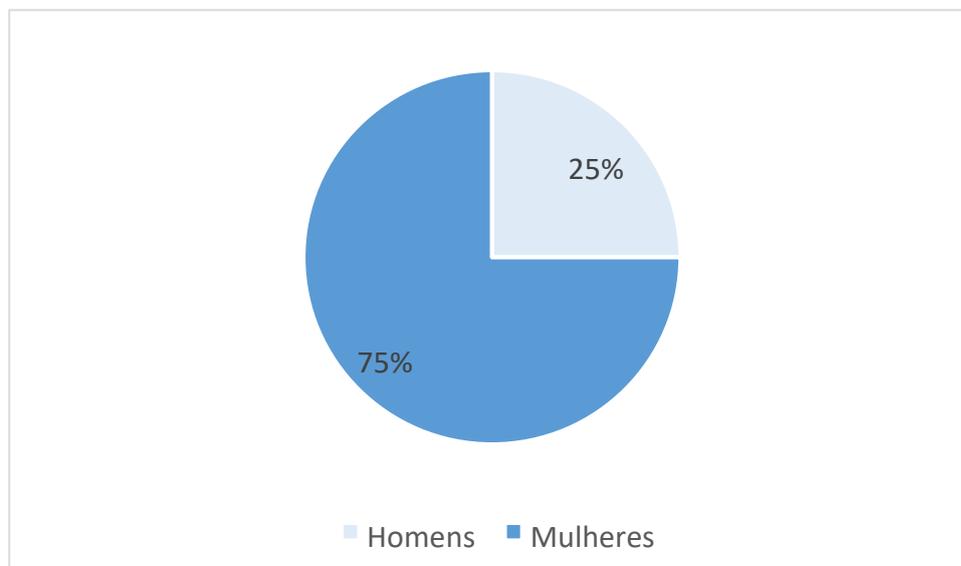


Gráfico 1: prevalência quanto ao gênero.

A tabela 1 mostra a prevalência da DTM encontrada nos pacientes atendidos. Dos 32 pacientes que responderam ao questionário nenhum apresentou deslocamento de disco sem redução.

Dor miofascial	Frequência	Percentual
0	22	68,8
1	10	31,3
Deslocamento de disco com redução		
0	19	59,4
1	13	40,6
Artralgia		
0	27	84,4
1	5	15,6
Osteoartrite		

0	21	65,6
1	11	34,4
Osteoartrose		
0	30	93,8
1	2	6,3
Total	32	100

Tabela 01: resultados questionário RDC/TMD Eixo I, classificação diagnóstica adaptada.

Apenas dois pacientes apresentaram graduação de dor crônica grau 3 e 4.

Graduação da dor crônica		
	Frequência	Percentual
0	8	25,0
1	9	28,1
2	13	40,6
3	1	3,1
4	1	3,1
Total	32	100,0

Tabela 02: graduação de dor crônica.

Quanto à classificação de depressão verifica-se na tabela 03 que metade da amostra dos pacientes apresenta depressão grau 3.

Classificação de depressão		
	Frequência	Percentual
1	10	31,3
2	5	15,6
3	16	50,0
Classificação sintomas físicos incluindo dor		
1	9	28,1
2	6	18,8
3	16	50,0
Classificação sintomas físicos excluindo dor		
1	10	31,3
2	3	9,4
3	18	56,3
Total	31	96,9
	32	100,0

Tabela 03: depressão e somatização.

A tabela 04 apresenta a frequência de pacientes avaliados e as suas interferências da DTM na qualidade de vida segundo o questionário OHIP-14:

OHIP Domínio 1		Frequência	Porcentual
Limitações funcionais	,00	4	12,5
	,49	2	6,3
	,98	2	6,3
	1,02	1	3,1
	1,47	6	18,8
	2,00	1	3,1
	2,49	1	3,1
Total		17	53,1
OHIP Domínio 2			
Dor física	,00	8	25,0
	,66	1	3,1
	,68	1	3,1
	1,32	3	9,4
	1,98	1	3,1
	2,00	2	6,3
	2,66	1	3,1
Total		17	53,1
OHIP Domínio 3			
Desconforto psicológico	,00	4	12,5
	,90	5	15,6
	1,10	1	3,1
	2,00	4	12,5
	2,45	1	3,1
	2,55	2	6,3
	Total		17
OHIP Domínio 4			
Incapacidade física	,00	9	28,1
	,48	1	3,1
	,96	1	3,1
	1,04	1	3,1
	1,48	1	3,1
	2,00	2	6,3
	2,52	2	6,3
Total		17	53,1

OHIP Domínio 5			
Incapacidade psicológica	,00	6	18,8
	,60	1	3,1
	,80	1	3,1
	1,20	3	9,4
	1,80	3	9,4
	2,00	1	3,1
	2,40	1	3,1
	2,60	1	3,1
OHIP Domínio 6			
Incapacidade social	,00	9	28,1
	,76	5	15,6
	1,24	1	3,1
	1,62	1	3,1
	2,00	1	3,1
	Total	17	53,1
OHIP Domínio 7			
Invalidez	,00	10	31,3
	,59	1	3,1
	1,18	5	15,6
	2,59	1	3,1
		Total	17

Tabela 04: referente a qualidade de vida nos sete domínios do OHIP-14.

A tabela 05 apresenta os dados do OHIP – 14 divididos em domínios e as médias dos valores para cada um dos domínios estudados.

DOMÍNIOS		SOMA	1	2	3	4	5	6	7
	Válido	17	17	17	17	17	17	17	17
	Ausente	15	15	15	15	15	15	15	15
Média		5,9118	1,0159	,8200	1,2441	,7647	1,0235	,5094	,5341
Modelo p adrão		4,45763	,75260	,92501	,93389	,97415	,92704	,64413	,75698
Mínimo		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo		15,48	2,49	2,66	2,55	2,52	2,60	2,00	2,59
Percentis	25	2,0100	,2450	0,0000	,4500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	50	5,1600	1,0200	,6600	,9000	0,0000	1,2000	0,0000	0,0000
	75	9,1700	1,4700	1,6500	2,0000	1,7400	1,8000	,7600	1,1800

Tabela 05: média apresentada pelos pacientes nos sete domínios do OHIP – 14.

A tabela 06 apresenta a frequência dos pacientes com grau de interferência na qualidade de vida, segundo o OHIP – 14, em duas escalas (1 e 2).

ESCALA DE PONTUAÇÃO		Frequência	Porcentual
	0 a 9 pontos (Escala 1)	13	40,6
	10 a 18 pontos (Escala 2)	4	12,5
	Total	17	53,1
Ausente	Sistema	15	46,9
Total		32	100,0

Tabela 06: escala de interferência na qualidade de vida, segundo OHIP-14.

4 DISCUSSÃO

Os estudos da correlação entre a disfunção temporomandibular, seus aspectos biopsicossociais e as consequências na qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM, vem crescendo nos últimos anos. Por se tratar de uma alteração de origem multifatorial a qual pode estar somada a distúrbios psicológicos como depressão e ansiedade, o diagnóstico correto bem como o manejo destes pacientes torna-se complexo e desafiador já que o processo de diagnóstico necessita também de uma avaliação psicossocial do paciente ^{15,30}.

No presente estudo optou-se por analisar a prevalência dos diferentes diagnósticos de disfunção temporomandibular, sendo o sexo feminino o mais acometido em nossa pesquisa, bem como nos demais estudos de DTM^{14,17,30,31,32,33,34,35,36}. O diagnóstico de deslocamento de disco com redução apresentou-se mais predominante em nosso estudo, com 40,6%, seguido o de osteoartrite com 34,4%, e de dor miofascial 31,3%. Habitualmente as alterações musculares são de maior prevalência, sendo a dor miofascial a mais encontrada ^{6, 17, 32, 33, 35}. Tal achado pode ser decorrente do perfil dos pacientes da Extensão em DTM, já que os mesmos foram encaminhados das clínicas da Universidade de Caxias do Sul por apresentarem desgastes dentários associados a possível bruxismo, para que fossem realizadas placas de Michigan. A osteoartrite se mostrou a segunda desordem que mais acometeu o grupo estudado, diferindo de outras pesquisas já realizadas, onde essa se encontra de forma menos habitual ou ausente ^{32, 37}. Estudo clínico retrospectivo em pacientes com tal alteração, revelou que fatores emocionais como ansiedade, nervosismo e depressão, além do deslocamento de disco com e sem redução, podem ser elementos significativos para a manutenção e/ou agravamento da osteoartrite ³⁸. O diagnóstico de deslocamento de disco sem redução não esteve presente em nenhum dos indivíduos avaliados, semelhante a estudo realizado por Barros, onde nenhum paciente apresentou deslocamento de disco sem redução, exceto quando associado à ausência da limitação de abertura bucal ¹⁷.

Quanto a dor crônica, 40,6% dos pacientes foram classificados como Grau II (alta intensidade, baixa incapacidade), indo de encontro ao estudo de Soares ³⁶, nos demais trabalhos a maior prevalência foi de pacientes sem dor ou dor de baixa intensidade ^{14, 35, 39}. A limitação severa, de Grau IV foi encontrada apenas em um paciente desta pesquisa.

A manutenção da dor e adesão ao tratamento são motivadas pelos fatores psicossociais e presença de sintomas depressivos nos pacientes³⁹, podendo aumentar os casos de dor severa. No RDC/TMD, nas questões referentes à depressão e somatização incluindo e excluindo dor, em estudo realizado por Coradini em 2019, os pacientes apresentaram grau severo em ambas as classificações, sendo respectivamente, 49,7%, 42,4% e 45,5%, índices muito semelhantes ao nosso e aos demais estudos ^{36, 39}.

Na avaliação do impacto na qualidade de vida das condições bucais, mensurado pelo OHIP-14, obtêm-se resultados importantes para o diagnóstico, manejo clínico e terapêutico correto destes pacientes, por ser um instrumento que engloba diversas sessões, o questionário torna-se potencialmente apropriado para a avaliação da qualidade de vida ³⁰. Tratando-se de estudo piloto, de amostra limitada para uma análise de grande relevância, o presente trabalho realizou uma média estatística entre os domínios do OHIP – 14, tendo como base comparativa outros trabalhos semelhantes ^{17, 30, 33}.

Os pacientes avaliados pelos questionários na extensão em DTM da Universidade de Caxias do Sul, apresentaram um maior comprometimento nos aspectos psicológicos dentre os domínios. No resultado as médias mais elevadas, foram desconforto e incapacidade psicológica, sendo 1,24 e 1,02 respectivamente. Barros e Rodrigues realizaram estudos semelhantes ao presente, onde os pacientes apresentaram primeiramente dor física ao desconforto psicológico ^{17, 30, 33}.

Nenhuma das dimensões avaliadas neste trabalho apresentaram como resposta o valor máximo de pontuação (4,0), portanto, podemos afirmar que nenhum paciente respondeu “sempre” em todas as questões. Os valores mais representativos foram de 2,66 e 2,60 nas dimensões de dor física e

incapacidade psicológica respectivamente. Diferentemente de outros estudos onde pelo menos um paciente apresentou o maior impacto possível em cinco dimensões ¹⁷.

Na escala de pontuação gerada pelo questionário OHIP a variação geral pode ser entre zero a 28, onde quanto menor o valor, menor será o impacto negativo na saúde bucal. Dentre os pacientes avaliados, ninguém apresentou forte impacto (19 a 28 pontos), o maior percentual foi considerado de fraco impacto, correspondendo a 40,6% da amostra. Já em análise realizada por Giuriatto, Motta e Guedes em 2013, foi possível observar que dos adolescentes que responderam ao questionário 54,8% (n= 17) apresentaram médio impacto e 45,2% (n=14) forte impacto ⁴⁰. Dessa forma temos que os indivíduos da presente pesquisa não apresentaram impacto negativo relevante em sua qualidade de vida, mas sim, grande comprometimento nos seus aspectos psicossociais.

5 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos através da metodologia utilizada, conclui-se que:

- A maior parte dos pacientes do Projeto de Extensão em Disfunção Temporomandibular da Universidade de Caxias do Sul possuem dor crônica de alta intensidade e baixa incapacidade e deslocamento de disco com redução;
- A depressão de grau severo esteve presente em metade da população desta pesquisa;
- A qualidade de vida dos pacientes deste estudo foi mais afetada nos aspectos psicológicos, sendo eles o desconforto e a incapacidade psicológica;
- É necessária uma amostra maior para correlacionar os distúrbios temporomandibulares com o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Rossi SS. Orofacial pain: a primer. Dent Clin N Am. 2013; (57): 383-392.
2. AAOP. American Board of Orofacial Pain (ABOP). Definition of Orofacial Pain Dentistry, 2008; [acesso em 23 de abril de 2010]. Disponível em: <http://www.abop.net/index.asp?Type=B_BASIC&SEC={09420863-3242-4498-8F0D-E60442C8C8E2}>.
3. Jornal DOR da SBED. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. 2005; 18: 4.
4. 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.
5. John, Mike T.; Dworkin, Samuel F.; Mancl, Lloyd A.. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. Pain, [s.l.], v. 118, n. 1, p.61-69, nov. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
6. Coelho, Lidiane Thomaz. Qualidade de vida, saúde geral e ansiedade em pacientes com diferentes tipos e graus de severidade de disfunção temporomandibular. 2009. 118 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal,2009. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17053/1/LidianeTC_DISSERT.pdf>.

7. Susan Armijo-Olivo, Laurent Pitance, Vandana Singh, Francisco Neto, Norman Thie, Ambra Michelotti, Effectiveness of Manual Therapy and Therapeutic Exercise for Temporomandibular Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis, *Physical Therapy*, v. 96, n. 1, p. 9-25, 1 jan. 2016.

8. Bove, Sonia Regina Kretly; Guimarães, Antonio Sérgio; Smith, Ricardo Luiz. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 13, n. 5, p.686691, out. 2005. FapUNIFESP (SciELO).

9. Manfredi, Ana Paula S.; Silva, Ariovaldo A. da; Vendite, Laércio L. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, [s.l.], v. 67, n. 6, p.763-768, 1 nov. 2001.

10. Andrade, Tarcila Nascimento Correa de; Frare, Juliana. Estudo comparativo entre os efeitos de técnicas de terapia manual isoladas e associadas à laserterapia de baixa potência sobre a dor em pacientes com disfunção temporomandibular. *Rgo, Porto Alegre*, v. 56, n. 3, p.287-295, jul/set. 2008.

11. Moreno B. G. D, Maluf A. S, Marques A. P, Crivello-júnior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular, Rev. Bras. Fisioter. São Carlos, v. 13, n.3, p.210-4, mai./jun. 2009.
12. Murray H, Locker D, Mock D. Tenenbaum, H. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. Journal of Orofacial Pain, Carol Stream, v.10, n.4, p.316–22, Winter 1996.
13. Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent. 2002 Nov;88(5):479-84.
14. De Melo Júnior PC, Aroucha JMCNL, Arnaud M, Lima MGS, Gomes SGF, Ximenes R, Rosenblatt A, Caldas AF Jr. Prevalence of TMD and level of chronic pain in a group of Brazilian adolescents. *PLoS One*. 2019 Feb 8;14(2):e0205874. doi: 10.1371/journal.pone.0205874. PMID: 30735506; PMCID: PMC6368276.
15. Selaimen C, Brilhante D, Grossi ML. Depression and neuropsychologic testing in patients with temporomandibular disorders. Rev Odonto Ciênc. 2005 abr./jun.;20(48):148-56
16. Allen, P Finbarr. "Assessment of oral health related quality of life." *Health and quality of life outcomes* vol. 1 40. 8 Sep. 2003, doi:10.1186/1477-7525-1-40.

17. Barros, Vinicius de Magalhães. Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular. 2005. 136 f. Tese (Mestrado) - Curso de Odontologia, Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://bib.pucminas.br/teses/Odonto_BarrosVM_1.pdf>.

18. Manfredini D, Winocur E, Ahlberg J, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients. RDC/TMD axis II findings from a multicentre study. *J Dent.* 2010 Oct;38(10):765-72. doi:10.1016/j.jdent.2010.06.007. Epub 2010 Jun 25. PubMed PMID: 20600559.

19. De Felício CM, Mazzetto MO, de Silva MA, Bataglion C, Hotta TH. A preliminary protocol for multi-professional centers for the determination of signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Cranio.* 2006 Oct;24(4):258-64. PubMed PMID: 17086855.

20. Wieckiewicz M, Boening K, Wiland P, Shiau YY, Paradowska-Stolarz A. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *J Headache Pain.* v. 16, n. 1, p.16-106, dez. 2015.

21. Murphy MK, MacBarb RF, Wong ME, Athanasiou KA. Temporomandibular Disorders: A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies. *The International Journal Of Oral & Maxillofacial Implants*, [s.l.], v. 28, n. 6, p.393414, 2013. Quintessence Publishing.

22. Xu GZ, Jia J, Jin L, Li JH, Wang ZY, Cao DY. Low-Level Laser Therapy for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Pain Research And Management*, [s.l.], v. 2018, p.1-13, maio 2018.

23. Pficer JK, Dodic S, Lazic V, Trajkovic G, Milic N, Milicic B. "Occlusal stabilization splint for patients with temporomandibular disorders: Meta-analysis of short and long term effects" *PLoS one* vol. 12,2 e0171296. 6 de fevereiro de 2017, doi:10.1371/journal.pone.0171296.

24. Okeson, Jeffrey P. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

25. Nilsson IM, List T, Drangsholt M. The reliability and validity of self-reported temporomandibular disorder pain in adolescents. *J Orofac Pain*. 2006 Spring;20(2):138-44. PubMed PMID: 16708831.

26. Almeida AA, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na Forma Simplificada. Parte I: Adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev Odontol* 2004; 6:6-15.

27. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994 Mar;11(1):3-11. PubMed PMID:8193981.

28. Progiante, Patricia Saram. Levantamento epidemiológico na cidade de Maringá: disfunção temporomandibular e dor orofacial e suas variáveis. 2012. 100 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

29. Allen, PF. "Assessment of oral health related quality of life." *Health and quality of life outcomes* vol. 1 40. 8 Sep. 2003, doi:10.1186/1477-7525-1-40.

30. Rodrigues, Carolina Almeida, Magri Lais Valencise, Melchior Melissa de Oliveira, Mazzetto Marcelo Oliveira. Evaluation of the impact on quality of life of patients with temporomandibular disorders. Rev. dor [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Nov 18] ; 16(3): 181-185, doi: 10.5935/18060013.20150036.

31. Freitas WMTM, dos Santos AKF, Saliba EM, da Silva EAM. 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.

32. Pedras, Roberto Brígido de Nazareth. Prevalência de disfunção temporomandibular em adolescentes da Regional Centro-Sul da cidade de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico. UFMG, 2010.

33. Paulino, Marcilia Ribeiro, Moreira Vanderlucia Gomes, Lemos George Azevedo, Silva Pâmela Lopes Pedro da, Bonan Paulo Rogério Ferreti, Batista André Ulisses Dantas. Prevalência de sinais e sintomas

de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* Jan/2018 [cited 2019 Nov 04];23(1): 173-186.

34. Cavalcanti, Maria de Oliveira Alves. Disfunção temporomandibular e dor orofacial: o impacto na qualidade de vida, 2014. 145f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

35. Coradini, Suzana Uggeri. Influência dos aspectos psicossociais nos distúrbios temporomandibulares em adolescentes do ensino público de Caxias do Sul/RS. 2019. Tese (Doutorado em Odontologia) –Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

36. Soares, Thais Vidal; Coelho, Patrícia Rocha; Ferreira, Luciano Ambrósio e Guimaraes, Josemar. Parreira. Correlação entre severidade da desordem temporomandibular e fatores psicossociais em pacientes com dor crônica. *Odontol. Clín.-Cient. (Online)* [online]. 2012, vol.11, n.3, pp. 197-202. ISSN 1677-3888.

37. Casanova-rosado JF, Medina-Solís CE, Vallejos-Sánchez AA. *Clin Oral Invest* (2006) 10: 42. <https://doi.org/10.1007/s00784-005-0021-4>.

38. Murayama, Rafael Akira. Contribuição ao estudo da osteoartrite secundária da articulação temporomandibular: estudo clínico - radiográfico retrospectivo em pacientes e modelo experimental em suínos. 2003. 166 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual

Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2003. Disponível em:
<<http://hdl.handle.net/11449/108381>>.

39. Piccin Chaiane Facco, Pozzebon Daniela, Chiodelli Laís, Boufleus Jalusa, Pasinato Fernanda, Corrêa Eliane Castilhos Rodrigues. Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. *Rev. CEFAC* 2016 Feb. [Cited 2019 Nov 13]; 18(1): 113.

40. Giuriatto, Jessika; Motta, Lara; Guedes, Carolina. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes com sinais e sintomas de DTM. 2013. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/263577209_Impacto_da_Saude_Bucal_na_Qualidade_de_Vida_de_Adolescentes_com_Sinais_e_Sintomas_de_DTM>.

41. Pereira FJ, Júnior, Favilla EE, Dworkin S, Huggins K. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD): formal translation to portuguese. *JBC J Bras Clin Odontol Integr.* 2004;8(47):384–395.

42. Franco-Micheloni AL, Fernandes G, Gonçalves DA, Camparis CM. Temporomandibular disorders among Brazilian adolescents: reliability and validity of a screening questionnaire. *J Appl Oral Sci.* 2014 Jul-Aug;22(4):31422. doi: 10.1590/1678-775720130694. PMID: 25141204; PMCID: PMC4126

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE CAXIAS
DO SUL - RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DE TERAPIAS CONSERVADORAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

Pesquisador: suzana uggeri coradini

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17721519.7.0000.5341

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.633.078

Apresentação do Projeto:

TCC do curso de Odontologia que tem como título IMPACTO DE TERAPIAS CONSERVADORAS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ATENDIDOS NO PROJETO DE EXTENSÃO EM DTM DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL. O estudo tem como objetivo avaliar o impacto das terapias conservadoras nos pacientes com disfunção temporomandibular, a percepção do limiar de dor dos mesmos, através de aplicação dos questionários RDC/TMD que determina qual o tipo de disfunção que o paciente possui, e pelo questionário OHIP 14 que determina o impacto psicossocial da dor na vida dos pacientes com DTM. A proposta do desenho não ficou claramente estabelecida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar o impacto de terapias conservadoras na qualidade de vida dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular.

Objetivo Secundário: a) Investigar por meio de questionário a percepção do limiar de dor dos pacientes com DTM, antes e após tratamento com terapias conservadoras; b) Determinar por meio de questionário RDC/TMD o tipo de disfunção temporomandibular; c) Verificar a prevalência de DTM em usuários do Projeto de Extensão em Disfunção Temporomandibular da Universidade de Caxias do Sul.

Endereço: FRANCISCO GETULIO VARGAS
Bairro: PETROPOLIS **CEP:** 95.070-580
UF: RS **Município:** CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3215-2029 **Fax:** (54)3215-2100 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br

UNIVERSIDADE DE CAXIAS
DO SUL - RS



Continuação do Parecer: 3.633.070

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores informam que o Risco estará afeito à participação do participante na pesquisa e que consistirá em responder aos questionários, ser submetido aos exames, bem como submeter-se aos tratamentos conservadores indicados e comparecer as consultas agendadas. Existe o risco de quebra do sigilo de dados, porém os pesquisadores farão de tudo para evitar este prejuízo. A participação no estudo será completamente voluntária e o participante poderá recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento. Os tratamentos a serem realizados durante as consultas não possuem natureza invasiva mas talvez algum desconforto seja sentido durante o tratamento. Espera-se que os procedimentos a serem realizados tragam benefícios à sua saúde, como diminuição de sintomatologia dolorosa, amplitude nos movimentos da sua boca e uma conseqüente melhora na sua qualidade de vida.

Benefícios: O paciente submetido a pesquisa pode ter uma melhora significativa na qualidade de vida, como diminuição de sintomatologia dolorosa, melhora da amplitude nos movimentos da sua boca.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os quesitos solicitados nos comentários anteriores foram respondidos e inseridos nesta nova versão do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os quesitos solicitados nos comentários anteriores foram respondidos e inseridos nesta nova versão do projeto. Logo, o projeto apresenta-se em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul aprova o projeto.

Emendas devem ser apresentadas em documento postado na opção OUTROS, com o nome Justificativa da Emenda.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento da pesquisa por meio de relatórios parciais e finais. Os relatórios devem contemplar o andamento, alterações no protocolo, cancelamento, encerramento, publicações decorrentes da pesquisa e outras informações pertinentes.

Endereço: FRANCISCO GETULIO VARGAS
Bairro: PETROPOLIS CEP: 95.070-660
UF: RS Município: CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3215-2629 Fax: (54)3215-2100 E-mail: cep-ucs@ucs.br

UNIVERSIDADE DE CAXIAS
DO SUL - RS



Continuação do Parecer: 3.633.070

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1396698.pdf	25/09/2019 10:23:31		Aceito
Outros	Termosiglo.pdf	25/09/2019 10:23:04	suzana uggeri coradini	Aceito
Outros	cartaresposta2.docx	21/09/2019 16:09:24	suzana uggeri coradini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Impacto_Terapia_final.pdf	21/09/2019 16:05:32	suzana uggeri coradini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	21/09/2019 16:04:55	suzana uggeri coradini	Aceito
Outros	carta_resposta_parecer.doc	28/08/2019 10:53:05	suzana uggeri coradini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCprojetofinal.docx	28/08/2019 10:51:15	suzana uggeri coradini	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ta1.pdf	28/08/2019 10:47:50	suzana uggeri coradini	Aceito
Outros	equipamentos.pdf	28/08/2019 10:46:37	suzana uggeri coradini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.docx	28/08/2019 10:41:12	suzana uggeri coradini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/07/2019 12:00:50	suzana uggeri coradini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhado.pdf	13/07/2019 12:00:09	suzana uggeri coradini	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/07/2019 11:59:40	suzana uggeri coradini	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	13/07/2019 11:58:55	suzana uggeri coradini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Endereço: FRANCISCO GETULIO VARGAS
Bairro: PETROPOLIS CEP: 95.070-560
UF: RS Município: CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3219-2829 Fax: (54)3219-2100 E-mail: cnp-uca@ucs.br

UNIVERSIDADE DE CAXIAS
DO SUL - RS



Continuação do Processo: 3.633.070

Não

CAXIAS DO SUL, 09 de Outubro de 2019

Assinado por:
Maria Helena Wagner Rosci
(Coordenador(a))

Endereço: FRANCISCO GETULIO VARGAS
Bairro: PETROPOLIS CEP: 95.070-580
UF: RS Município: CAXIAS DO SUL
Telefone: (54)3215-2029 Fax: (54)3215-2100 E-mail: oep-ucs@ucs.br

ANEXO 2

Folha 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Impacto de terapias conservadoras na qualidade de vida dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular atendidos no Projeto de Extensão em DTM da Universidade de Caxias do Sul.

1) Introdução

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a qualidade de vida dos pacientes com dor e alteração na função da articulação da boca. Para participar dela é importante que leia e compreenda os objetivos da pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o impacto das terapias conservadoras na qualidade de vida dos pacientes, investigar através de questionários a percepção de dor dos pacientes com dor e alteração na função da articulação da boca, e determinar o tipo de alteração e qual a de maior prevalência entre os pacientes do projeto.

2) Procedimentos do estudo

Caso concorde em participar deste estudo você será solicitado a responder um questionário sobre os sintomas que você tem apresentado e sobre as atividades que você vem tendo dificuldades para desempenhar devido às dores que tem sentido, relatar a intensidade destas dores e ser examinado fisicamente para avaliar os sinais clínicos (barulho na articulação, dificuldade na abertura e nos movimentos da sua boca e dor dos músculos da mastigação).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos questionários, ser submetido aos exames, bem como submeter-se aos tratamentos conservadores indicados e comparecer as consultas agendadas. Sua participação neste estudo é completamente voluntária e você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento.

Os tratamentos a serem realizados durante as consultas não possuem natureza invasiva mas talvez algum desconforto seja sentido durante o tratamento. Espera-se que os procedimentos a serem realizados tragam benefícios a sua saúde, como diminuição de sintomatologia dolorosa, amplitude nos movimentos da sua boca e uma conseqüente melhora na sua qualidade de vida. Porém existe um risco mínimo como quebra ou perda do sigilo de dados, entretanto os pesquisadores farão de tudo para evitar prejuízos

aos participantes desta pesquisa. Será respeitado o sigilo e primazia das ideias contidas no protocolo de pesquisa.

As informações obtidas a partir deste estudo poderão ser utilizadas pelos profissionais de saúde que estarão cuidando de você e, se necessário, pelo Comitê de Ética da UCS. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Folha 2 de 2

Este termo consiste em duas folhas numeradas e rubricadas pelos coautores, constando duas vias, sendo uma delas ao participante da pesquisa e a outra aos autores deste projeto.

3) Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os questionários e exames clínicos do estudo a ser utilizado. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como paciente deste estudo.

Nome do participante:

Assinatura do participante ou representante legal:

Autora do Projeto – Suzana Uggeri Coradini

Coautora do projeto – Carla Bordignon Trivlin

Coautora do projeto – Carolina Schneider

Caxias do Sul, ____/____/ 2019.

ANEXO 3



FACULDADE DE ODONTOLOGIA
EXTENSÃO EM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Nome: _____

Idade: _____

Telefone: _____

RDC EIXO I – CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA ADAPTADA

1. Você teve dor na face, maxilares, tempôra, na frente da orelha, ou na orelha no mês passado?

Sim () Não ()

A dor é pior pela manhã ou à tarde? Manhã () Tarde ()

2. Você alguma vez teve um travamento mandibular de forma a não poder abrir a boca totalmente?

Sim () Não ()

3. A sua mandíbula estala quando você abre ou fecha a boca ou quando mastiga?

Sim () Não ()

4. A sua mandíbula faz um som de crepitação ou raspagem quando você abre ou fecha a boca?

Sim () Não ()

39. Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora (cabeça), na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?

Não 0
Sim 1

40. Como você classificaria a sua dor facial em uma escala de 0 a 10, no presente momento, isto é exatamente agora, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível”?

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

41. Nos últimos seis meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível”?

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

42. Nos últimos seis meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível”? [Isto é, sua dor usual nas horas que você estava sentindo dor].

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

43. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades usuais (trabalho, escola, serviço doméstico) devido a dor facial?

_____ dias

44. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial interferiu com suas atividades diárias de acordo com uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”?

Nenhuma interferência 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz de realizar qualquer atividade

45. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de participar de atividades recreativas, sociais e familiares onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema”?

Nenhuma alteração 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema

46. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviço domésticos) onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema” ?

Nenhuma alteração 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema

38. Avaliação de depressão e somatização:

Leia, por favor, cada uma das perguntas abaixo e responda de acordo. Para cada uma das perguntas circule apenas uma resposta.

44 No último mês, o quanto você esteve angustiado devido a:

	Nada	Um pouco	Moderado	Muito	Extremo						
a. Dores de cabeça	0	1	2	3	4	v. Sentir-se desanimado sobre o futuro.	0	1	2	3	4
b. Perda do interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4	w. Sentir-se fraco em partes do seu corpo	0	1	2	3	4
c. Fraqueza ou vertigem	0	1	2	3	4	x. Sensação de peso nos braços ou nas pernas	0	1	2	3	4
d. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4	y. Pensamentos de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
e. Sentindo falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4	z. Comer demais	0	1	2	3	4
f. Sensação de morte ou agônica	0	1	2	3	4	aa Acordar de madrugada	0	1	2	3	4
g. Falta de apetite	0	1	2	3	4	bb Sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
h. Chorar facilmente	0	1	2	3	4	cc Sentir que tudo é sacrifício	0	1	2	3	4
i. Culpar a si mesmo pelas coisas	0	1	2	3	4	dd Sensação de inutilidade	0	1	2	3	4
j. Dor na parte inferior das costas	0	1	2	3	4	ee Sensação de ter sido iludido ou perseguido	0	1	2	3	4
k. Sentir-se solitário	0	1	2	3	4	ff Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
l. Sentir-se triste m. Preocupar-se demais com as coisas	0	1	2	3	4						
n. Não sentir interesse nas coisas	0	1	2	3	4						
o. Náuseas ou distúrbios no estômago	0	1	2	3	4						
p. Músculos doloridos	0	1	2	3	4						
q. Dificuldade para adormecer	0	1	2	3	4						
r. Dificuldade para respirar	0	1	2	3	4						
s. Acessos de calor ou frio	0	1	2	3	4						
t. Dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4						
u. Um inchaço ou protuberância na sua garganta.	0	1	2	3	4						

ANEXO 4

VERSÃO DE OHIP 14 EM PORTUGUÊS ADAPTADA DE
ALMEIDA, LOUREIRO E ARAÚJO (2004)

Marque com um X a resposta:

1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

2. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

3. Você sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

4. Você sentiu incomodo ou dificuldade ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente

Nunca ()
Não Sabe ()

5. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

6. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

8. Você teve que interromper suas refeições por causa de problemas com seus dentes, boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

9. Você encontra dificuldades de relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

10. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

11. Você já ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

12. Você teve dificuldades de realizar atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()
Não Sabe ()

13. Você sentiu que sua vida no geral ficou menos agradável por causa de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()
Frequentemente ()
Às vezes ()
Raramente
Nunca ()

Não Sabe ()

14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias em função de problemas com sua boca ou articulação?

Sempre ()

Frequentemente ()

Às vezes ()

Raramente

Nunca ()

Não Sabe ()

<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/10632/7543>

- 1) Somar os ítems respondidos. Anote o “Total de ítems” abaixo na terceira coluna. Se o número total de ítems for menor que o número mínimo indicado na primeira coluna a escala não poderá ser pontuada e deverá ser registrada como anulada.
- 2) Some os ítems respondidos para todos os ítems respondidos: Nem um pouco =0; um pouco = 1; Moderadamente = 2; muito = 3; Extremamente = 4. Anote a “Pontuação total” abaixo.
- 3) Divida a pontuação obtida pelo número de itens respondidos.
Anote a “Pontuação da Escala” abaixo.
- 4) Utilize o guia abaixo para classificar o paciente em cada escala.

Pontuação	[dividido por]	Total	[igual]	Pontuação
	<u>total</u>			<u>Ítems</u>

Depressão:

Questão 38, Ítems: b, e, h, i, k, l, m, ÷ 20 =

n, v, y, cc, dd, ee, f, g, q, z, aa, bb, ff

Sintomas físicos

não específicos (incluindo ÷ 12 =

ítems de dor):

Questão 38, Ítems: a, c, d, j,
o, p, r, s, t, u, w, x

Sintomas físicos

não específicos (excluindo

÷

7

=

ítems de dor):

Questão 38, Ítems: c, r, s, t, u, w, x

[www.rdc-tmdinternational.org/TMDAssessmentDiagnosis/RDC-TMD/Translations/Portuguese\(Brazil\).aspx](http://www.rdc-tmdinternational.org/TMDAssessmentDiagnosis/RDC-TMD/Translations/Portuguese(Brazil).aspx)

ANEXO 5

AXIS II: PROTOCOLO DE PONTUAÇÃO PARA GRADUAÇÃO DE DOR CRÔNICA

ALGUMA DOR RELATADA NO MÊS PASSADO? (*Questionário de história, Questão 39*)

Se NÃO, Graduação da dor Crônica (GDC)=0

Se SIM, Continuar

CARACTERÍSTICAS DE INTENSIDADE DA DOR (CID): (*GDC Escala, Questões 40, 41, e 42*).

Calcular abaixo:

$$\text{CID} = \frac{\text{_____} + \text{_____} + \text{_____}}{3} \times 10 = \boxed{}$$

(Questão #40) (Questão #41) (Questão #42)

PONTOS DE INCAPACIDADE:**Dias de incapacidade:** (*GDC Escala, Questão 43*)**Pontuação de incapacidade:**(*GDCP Escala, Questões 44,45 and 46*)

$$\text{Número de dias incapacitados} = \text{_____} + \text{_____} + \text{_____} = \text{_____}$$

(Questão #43) (Questão #44) (Questão #45) (Questão #46)

$$\frac{\text{_____}}{3} \times 10 = \text{_____}$$

0- 6 dias = 0 Pontos de incapacidade	Pontuação de 0 - 29 = 0 Pontos de incapacidade	7-
14 dias = 1 Pontos de incapacidade	Pontuação de 30- 49 = 1 Pontos de incapacidade	
15 - 30 dias = 2 Pontos de incapacidade	Pontuação de 50- 69 = 2 Pontos de incapacidade	
31+ dias = 3 Pontos de incapacidade	Pontuação de 70+ = 3 Pontos de incapacidade	

_____ + _____ = _____ (PONTOS DE

INCAPACIDADE)

(Pontos por dia de incapacidade)

(Pontos por dia de incapacidade)

CLASSIFICAÇÃO DE GRADUAÇÃO DA DOR CRÔNICA:

Grau 0 Sem dor nos últimos 6 meses

Baixa Incapacidade

Grau I *Baixa Intensidade* Característica da intensidade da dor < 50, e menos do que 3 pontos de incapacidade

Grau II *Alta Intesidade* Característica da intensidade da dor \geq 50, e menos do que 3 pontos de incapacidade

Alta Incapacidade

Grau III *Limitação Moderada* 3 a 4 Pontos de incapacidade, independente da característica de intensidade de dor

Grau IV *Limitação Severa* 5 a 6 Pontos de incapacidade, independente da característica de intensidade de dor

ANEXO 6

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

O *Brazilian Journal of Pain* (Br J Pain), versão impressa: ISSN 2595-0118 e versão eletrônica: ISSN 2595-3192, é a revista médica multidisciplinar da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Trata-se de uma revista que enfoca o estudo da dor nos contextos da clínica e da pesquisa, reunindo cientistas, médicos, dentistas, veterinários, epidemiologistas, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde com o objetivo de publicar suas pesquisas básicas ou aplicadas nessa área do conhecimento. Os artigos são de inteira responsabilidade dos autores e a periodicidade é trimestral. Todos os trabalhos submetidos são revisados e a revista segue os Requerimentos Uniformes para Manuscritos submetidos a revistas biomédicas (*URM – Uniform Requirements of Manuscripts submitted to Biomedical Journals - The International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*).

Os artigos recebidos são enviados para 2-4 revisores, que são solicitados a devolver a avaliação em 20 dias. Após o recebimento dos pareceres os autores têm 15 dias de prazo para responderem às sugestões realizadas pela revisão. Artigos sem resposta no prazo de seis meses deverão ser resubmetidos. Serão realizadas tantas revisões quanto necessárias, sendo que a decisão final de aprovação caberá ao editor. Aos autores são solicitadas as garantias que nenhum material infrinja direito autoral existente ou direito de uma terceira parte. O Br J Pain segue o Estatuto Político Editorial (*Editorial Policy Statements*) do Conselho de Editores Científicos (*CSE - Council of Science Editors*). Informações complementares sobre os aspectos éticos e de má conduta podem ser consultados pelo website (<http://www.dor.org.br>) e pelo sistema de submissão online. A revista não cobra dos autores taxas referentes à submissão do artigo.

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos deverão ser enviados através de submissão online: <http://www.sgonline.com.br/dor/sgp/>, inclusive o documento de Cessão de Direitos Autorais, devidamente assinado pelo(s) autor(es). Deve ser encaminhada Carta de Submissão juntamente com os arquivos do manuscrito, que conste as informações referentes à originalidade, conflitos de interesses, financiamento, bem como que o artigo não está em avaliação por outra revista nem foi publicado anteriormente. Também deve constar nesta carta a informação de que o artigo, se aceito, será de direito de publicação exclusiva no Br J Pain, e se respeita os aspectos éticos, no caso de estudos envolvendo animais ou humanos. Os artigos poderão ser enviados em português ou em inglês, porém a publicação impressa será na língua original de envio e a publicação eletrônica em português e inglês. Os autores têm a responsabilidade de declarar conflitos de interesses no próprio manuscrito, bem como agradecer o apoio financeiro quando for o caso.

Correção Final e Aprovação para Publicação: Quando aceitos, os artigos serão encaminhados para o processamento editorial que deverá ocorrer em um prazo de 5 dias, e após, submetidos ao autor correspondente no formato PDF para que faça a aprovação final antes do encaminhamento para publicação e impressão. O autor terá até três dias para aprovar o PDF final.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os manuscritos encaminhados devem ser acompanhados por uma Carta de Submissão que contenha as seguintes informações: originalidade, conflitos de interesses, financiamento, que o artigo não está em processo de avaliação por outra revista bem como não foi publicado anteriormente. Também deve constar nesta carta a informação de que o artigo, se aceito, será de direito de publicação exclusiva no Br J Pain, e se respeita os aspectos éticos, no caso de estudos envolvendo animais ou humanos.

O manuscrito deve conter os seguintes itens:

PÁGINA INICIAL

Título: O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um subtítulo. Deve ser enviado em português e inglês.

Autor(es): O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e afiliações (na ordem: Universidade, Faculdade, Hospital ou Departamento, mini-curriculos não são aceitos).

Autor de correspondência: Nome, endereço convencional, CEP, cidade, estado, país e endereço eletrônico.

Fontes de financiamento (quando houver).

1. Resumo estruturado, com no máximo 250 palavras. Para artigos de Pesquisa e Ensaios Clínicos incluir: **JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS, MÉTODOS, RESULTADOS e CONCLUSÃO**. Para os relatos de casos incluir: **JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS, RELATO DO CASO e CONCLUSÃO**. Para artigos de revisão incluir: **JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS, CONTEÚDO e CONCLUSÃO**. Incluir até seis descritores. Recomenda-se a utilização do DeCS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

2. Abstract: A versão do resumo para o inglês deve ser encaminhada junto ao artigo. Incluir até seis keywords.

3. Corpo do Texto: Organizar o texto de acordo com os tipos de artigo descritos a seguir. Em artigos originais com humanos ou animais deve-se informar aspectos éticos além do nº do processo e o ano do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição.

Agradecimentos a outros colaboradores poderão ser citados no final, antes das referências.

TIPOS DE ARTIGOS

A submissão de artigo de pesquisa experimental ou clínica, em humanos ou animais, implica que os autores obtiveram aprovação do Comitê de Ética apropriado, e estão em concordância com a Declaração de Helsinque. Uma declaração deste efeito precisa estar incluída no capítulo "MÉTODOS".

Para todos os artigos que incluem informação sobre pacientes ou fotografias clínicas, deve-se obter consentimento escrito e assinado de cada paciente ou familiar, a ser encaminhado para a revista no processo de submissão.

Nomes genéricos dos fármacos devem ser usados. Quando nomes comerciais são usados na pesquisa, estes nomes devem ser incluídos entre parênteses no capítulo "MÉTODOS".

ARTIGOS ORIGINAIS

1. Introdução – esta sessão deve ser descrever sucintamente o escopo e o conhecimento prévio baseado em evidência para o delineamento da pesquisa, tendo como base referências bibliográficas relacionadas ao tema. Deve incluir ao final o objetivo da pesquisa de forma clara. Incluir até seis autores.

Métodos – deve incluir o desenho do estudo, processos de seleção de amostra, aspectos éticos, critérios de exclusão e de inclusão, descrição clara das intervenções e dos métodos utilizados, além das análises dos dados bem como poder da amostra e testes estatísticos aplicados.

Resultados – devem ser descritos de forma objetiva, elucidados por figuras e tabelas quando necessário. Incluir análises realizadas e seus resultados.

Discussão – esta seção deve discutir os resultados encontrados na pesquisa à luz do conhecimento prévio publicado em fontes científicas, devidamente citadas. Pode ser dividido em subcapítulos. Incluir as limitações do estudo, e finalizar com a conclusão do trabalho. Incluir sempre que possível, as implicações clínicas do estudo e informações sobre a importância e a relevância.

Agradecimentos – agradecimentos a colaboradores entre outros poderão ser citados nesta seção, antes das referências.

Referências – devem estar formatadas segundo as normas de Vancouver (<http://www.icmje.org>).

Figuras e Tabelas - devem ser enviadas juntas com o texto principal do artigo, em formato que permita edição (figuras em Excel e tabelas em Word).

2. RELATOS DE CASO

Relatos de caso que apresentem relevância e originalidade são convidados a serem submetidos ao Br J Pain. Devem respeitar um limite de 1800 palavras. Os resultados devem ser claramente apresentados e discutidos à luz da literatura científica, citando as referências. Incluir até três autores. A estruturação do corpo do texto deve conter: **INTRODUÇÃO, RELATO DO CASO, DISCUSSÃO, Agradecimentos e Referências**. Figuras e tabelas que ilustrem o texto podem ser incluídas.

3. ARTIGOS DE REVISÃO

Revisões da literatura sobre assuntos relevantes em dor, com análise crítica da literatura e realizada de forma sistemática, são bem-vindas. Incluir até três autores. Devem conter não mais que 3000 palavras, e serem estruturadas da seguinte forma: **INTRODUÇÃO, CONTEÚDO, CONCLUSÃO, REFERÊNCIAS.**

4. CARTAS

Podem ser enviadas cartas ou comentários a qualquer artigo publicado na revista, com no máximo 400 palavras e até cinco referências.

REFERÊNCIAS

O Br J Pain adota as "Normas de Vancouver" (<http://www.icmje.org>) como estilo para formatação das referências. Estas devem ser apresentadas no texto na ordem sequencial numérica, sobrescritas. Não deverão ser citados trabalhos não publicados e preferencialmente evitar a citação de resumos apresentados em eventos científicos. Referências mais antigas do que cinco anos deverão ser citadas caso sejam fundamentais para o artigo. Artigos já aceitos para publicação poderão ser citados com a informação de que estão em processo de publicação.

Deverão ser citados **até seis autores** e, se houver mais, incluir após os nomes, et al. O título do periódico deverá ter seu nome abreviado.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS:

Artigos de revistas:

- 1 autor - Wall PD. The prevention of postoperative pain. *Pain*. 1988;33(1):289-90.
- 2 autores - Dahl JB, Kehlet H. The value of pre-emptive analgesia in the treatment of postoperative pain. *Br J Anaesth*. 1993;70(1):434-9.
- Mais de 6 autores - Barreto RF, Gomes CZ, Silva RM, Signorelli AA, Oliveira LF, Cavellani CL, et al. Pain and epidemiologic evaluation of patients seen by the first aid unit of a teaching hospital. *Rev Dor*. 2012;13(3):213-9.

Artigo com errata publicada:

Sousa AM, Cutait MM, Ashmawi HA. Avaliação da adição do tramadol sobre o tempo de regressão do bloqueio motor induzido pela lidocaína. Estudo experimental em ratos avaliação da adição do tramadol sobre o tempo de regressão do bloqueio motor induzido pela lidocaína. Estudo experimental em ratos. *Rev Dor*. 2013;14(2):130-3. Errata em: *Rev Dor*. 2013;14(3):234.

Artigo de suplemento:

Walker LK. Use of extracorporeal membrane oxygenation for preoperative stabilization of congenital diaphragmatic hernia. *Crit Care Med*. 1993;21(2Suppl1):S379-80.

Livro: (quando estritamente necessários)

Doyle AC, editor. *Biological mysteries solved*, 2nd ed. London: Science Press; 1991. 477-80p.

Capítulo de livro:

Lachmann B, van Daal GJ. Adult respiratory distress syndrome: animal models. In: Robertson B, van Golde LMG, editores. *Pulmonary surfactant*. Amsterdam, 2nd ed. Batenburg: Elsevier; 1992. 635-63p.

Teses e dissertações: não são aceitas.

ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Todas as ilustrações (incluindo figuras, tabelas e fotografias) devem ser obrigatoriamente citadas no texto, em lugar preferencial de sua entrada. Enumerá-las em algarismos arábicos. Todas deverão conter título e legenda. Utilizar fotos e figuras em branco e preto, e restringi-las a um máximo de três. Um mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração.

Sinais gráficos utilizados nas tabelas, figuras ou siglas devem ter sua correlação mencionada no rodapé. Figuras e tabelas devem ser enviadas em formato que permita edição, segundo recomendação a seguir:

Formato Digital

A carta de submissão, o manuscrito, e tabelas deverão ser encaminhadas no formato DOC (padrão Windows Word); figuras em barras ou linhas deverão ser encaminhadas em Excel (extensão XLS). Fotos deverão ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI, em formato JPEG. O nome do arquivo deve expressar o tipo e a numeração da ilustração (Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da Editora ou do Autor do artigo de origem.

Ética:

Ao relatar experimentos com seres humanos, indique se os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos do Comitê responsável pela experimentação humana (institucional ou regional) e com a Declaração de Helsinque de 1975, tal como revista em 1983. Deve-se citar o número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Registro de Ensaio Clínico:

O *Br J Pain* respeita as políticas da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (*ICMJE- International Committee of Medical Journal Editors*) para registro de estudos clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para a disseminação internacional de informações sobre pesquisas clínicas com acesso aberto. Assim, a partir de 2012, terão preferência para publicação os artigos ou estudos registrados previamente em uma Plataforma de Registros de Estudos Clínicos que atenda aos requisitos da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. A lista de Plataforma de Registros de Estudos Clínicos se encontra no site <http://www.who.int/ictrip/en>, da *International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)*.

Entre elas está o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), que é uma plataforma virtual de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos, em andamento ou finalizados, por pesquisadores brasileiros e estrangeiros, que pode ser acessada no site <http://www.ensaiosclinicos.gov.br>. O número de registro do estudo deve ser publicado ao final do resumo.

Uso de Abreviações:

O título, o resumo e abstract não devem conter abreviações. Quando expressões são extensas no texto, a partir da INTRODUÇÃO não precisam ser repetidas. Após a sua primeira menção no texto, precedida da sigla entre parêntesis, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam.