



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA



Universidade de Brasília

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

NAYARA GONÇALVES DE JESUS

AUTOEFICÁCIA RELACIONADA A DOR E
QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM SINAIS
E SINTOMAS DE DTM

BRASÍLIA
2021

NAYARA GONÇALVES DE JESUS

AUTOEFICÁCIA RELACIONADA A DOR E
QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM SINAIS
E SINTOMAS DE DTM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade
de Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

**Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Fernanda
Pasinato**

**Coorientador(a): Prof^a Dr^a Aline Araújo do
Carmo.**

BRASÍLIA
2021

NAYARA GONÇALVES DE JESUS

AUTOEFICÁCIA RELACIONADA A DOR E QUALIDADE
DE VIDA EM PESSOAS COM SINAIS E SINTOMAS DE
DTM

Brasília, 03\11\2021

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Aline Araújo do Carmo

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Coorientadora

Prof. Dr. Leonardo Petrus da Silva Paz

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Membro titular

Prof. Dr. Sérgio Ricardo Thomaz

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Membro titular

Esp. Klaus Porto Azevedo

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Membro suplente

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a Deus, o maior alicerce da minha vida. E a minha mãe, Diana Gonçalves, sem ela nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Durante toda a minha vida o sentimento de gratidão se fez presente, nesse momento gostaria inicialmente de agradecer a Deus, por guiar os meus caminhos da melhor forma possível, e à Nossa Senhora por interceder sempre por mim.

Agradeço a minha mãe Diana, por todo amor, educação e incentivo dados a mim e à Mariana. Por ter doado sua vida em prol do nosso futuro e nos amar incondicionalmente, sou imensamente grata por ser sua filha e tenho um orgulho imenso da mulher que a senhora é!

Aos meus familiares, em especial minha avó Pedra Gonçalves e a e minha tia Aliceana, por estarem ao meu lado durante toda minha vida e me incentivarem com palavras de apoio e por não medirem esforços para me ajudar. Agradeço ao meu pai, José de Jesus, por sempre incentivar os meus estudos. À família que a vida me deu, Débora, Wagner, José Moreira, Rita de Cássia, Carolina, Pablo e tantos outros!

Ao meu melhor amigo e companheiro Lucas Medrado, que sempre esteve ao meu lado nos meus melhores e piores dias. Obrigado por ter acompanhado o meu processo de formação e ter me dado suporte durante todos esses anos, espero que para o resto da vida, te amo.

Aos meus amigos que nasceram na faculdade, que levarei por toda vida, por estarem ao meu lado nos momentos bons e ruins da vida e da graduação, sempre me incentivando e não deixando que eu desistisse. Sem vocês, a caminhada não seria a mesma. Vocês são amigos mais que queridos, Larissa Guedes, Thayná Oliveira, Marcela Alves, Luana Alencar e Larissa Paz, agradeço por tê-los em minha vida!

Agradeço a professora e orientadora Dr.^a Fernanda Pasinato, pelos inúmeros ensinamentos ao longo dessa jornada de pesquisa, devo muito da minha formação à sua orientação, obrigada por ser meu espelho como pesquisadora e profissional. Reforço ainda os meus agradecimentos à senhora por compartilhar comigo seu conhecimento e tempo, lembrarei eternamente de todos ensinamentos compartilhados. Agradeço também a professora Dr.^a Aline Araújo do Carmo por ter aceito minha coorientação e me acolhido com todo o carinho do mundo, sempre admirei suas aulas e a pessoa que a senhora é, uma profissional sensível e com um coração imenso, muito obrigada por tudo!

À Universidade de Brasília, por tornar possível a realização de um sonho na minha vida, por todo o suporte fornecido durante a graduação e pelo ensino de qualidade, levarei sempre comigo o nome da Universidade como um dos maiores orgulhos da minha vida!

Agradeço também às instituições que fomentaram minhas bolsas de pesquisa ao longo da graduação a FAP-DF e o CNPQ, o apoio à pesquisa é essencial, e o caminho certo para que o nosso país possa avançar com qualidade de vida. Obrigada pelo apoio, daqui para frente perpetuarei os resultados das minhas pesquisas em minha vida profissional.

Por fim, agradeço aos voluntários que participaram da pesquisa possibilitando a realização desse trabalho.

"Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. (...) A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa." Papa Francisco

RESUMO

Introdução: Portadores de dor crônica podem apresentar amplificação da percepção dolorosa quando associada à fatores psicossociais, que tendem a gerar incapacidade, interferindo em sua habilidade de gerenciamento da dor. Atualmente são poucas as evidências sobre como estes fatores psicossociais estão relacionados à dor crônica, limitando prováveis recursos de reabilitação em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM). **Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi caracterizar a autoeficácia da dor em indivíduos com sinais e sintomas de disfunção temporomandibular. Também foram analisadas a variáveis intensidade da dor, severidade da DTM e qualidade de vida. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Participaram do estudo 107 pessoas com sinais e sintomas de DTM, a avaliação foi realizada por meio de questionários *online*, composto por: (1) ficha de caracterização sociodemográfica, (2) severidade da DTM (Questionário Anamnésico de Fonseca), (3) Intensidade da dor (Escala numérica de dor), (4) *Chronic Pain Self-efficacy Scale* (CPSS) e (5) Qualidade de vida relacionada a saúde (EQ-5D-3L). **Resultados:** Os voluntários apresentaram, em média intensidade de dor baixa ($3,57 \pm 2,59$ pontos) e alta severidade da DTM ($72,28 \pm 14,01$ pontos). Pontuações que revelam moderada crença de autoeficácia ($212,05 + 45,9$ pontos) e moderada autopercepção de qualidade do estado de saúde ($6,63 \pm 1,54$) pontos no questionário de qualidade de vida. **Conclusão:** Este estudo sugere que a autoeficácia e a qualidade de vida em pacientes com sinais e sintomas crônicos de DTM, pode ser usada como ferramenta pelos profissionais de saúde, sendo possível mensurar o nível de confiança do indivíduo com dor crônica e sua capacidade de controlar a dor, também foi observado uma alta severidade da disfunção, porém com um baixo nível de dor. É necessário avançar nas pesquisas já que a literatura atual é escassa, gerando maiores esclarecimentos acerca do tema.

Palavras-chaves: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Autoeficácia; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain sufferers may have pain perception amplification when associated with psychosocial factors, which tend to generate disability, interfering with their pain management ability. Currently, there is little evidence on how these psychosocial factors are related to chronic pain, limiting likely rehabilitation resources in patients with temporomandibular disorders (TMD). **Objectives:** The goal of this study was to characterize pain self-efficacy in individuals with signs and symptoms of temporomandibular disorders. Pain intensity, TMD severity and quality of life variables were also analyzed. **Methodology:** This is a cross-sectional and descriptive study. 107 people with signs and symptoms of TMD participated in the study. The evaluation was carried out through online questionnaires, consisting of: (1) sociodemographic characterization form, (2) TMD severity (Fonseca Anamnesis Questionnaire), (3) Intensity (Numerical Pain Scale), (4) Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) and (5) Health-Related Quality of Life (EQ-5D-3L). **Results:** Volunteers had low pain intensity (3.57 ± 2.59 points) and high TMD severity (72.28 ± 14.01 points) on average. Scores that reveal moderate self-efficacy belief (212.05 ± 45.9 points) and moderate self-perception of quality of health status (6.63 ± 1.54) points in the quality-of-life questionnaire. **Conclusion:** This study suggests that self-efficacy and quality of life in patients with chronic signs and symptoms of TMD can be used as a tool by health professionals, making it possible to measure the level of confidence of individuals with chronic pain and their ability to control pain, a high severity of dysfunction was also observed, but with a low level of pain. It is necessary to advance in research as the current literature is scarce, generating further clarification on the subject.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Self Efficacy; Quality of Life.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Valores percentuais do Questionário de Saúde EuroQolEQ-5D-3L distribuídos por domínio de saúde	30
Tabela 1. Classificação sociodemográfica da amostra	28
Tabela 2. Intensidade da dor, severidade da DTM, autoeficácia e qualidade de vida...	29

LISTA DE ABREVIATURAS

AED- Autoeficácia para controle da dor

AEF- Autoeficácia para funcionalidade

AES- Autoeficácia para outros sintomas

ATM- Articulação Temporomandibular

CPSS- *Chronic Pain Self-efficacy Scale*

DC/DTM- *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

DTM- Disfunção Temporomandibular

END – Escala Numérica da Dor

EQ-5D- *Euroqol 5 Dimensions*

EVA- Escala Visual Analógica

IAF – Índice Anamnésico de Fonseca

IMC- Índice de Massa Corporal

KG- Quilogramas

M- Metros

PCS- Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor

PSEQ- *Pain Self-Efficacy Questionnaire*

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. MÉTODO	24
2.1 Participantes	25
2.2 Instrumentos e procedimentos de avaliação.....	25
2.2.1 Procedimentos de avaliação.....	25
2.2.2 Índice Anamnésico de Fonseca	26
2.2.3 Intensidade da dor pela escala numérica da dor (END).....	26
2.2.4 <i>Chronic Pain Self-efficacy Scale</i> (CPSS).....	26
2.2.5 Qualidade de vida relacionada a saúde (EQ-5D-3L).....	27
2.3 Análise estatística	27
3. RESULTADOS	28
5. DISCUSSÃO	30
6. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	40
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido TCLE	40
APÊNDICE B - Ficha de Caracterização Sociodemográfica	43

ANEXOS.....	44
ANEXO A – Normas da Revista Científica.....	44
ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	51
ANEXO C – Questionário Anamnésico de Fonseca.....	57
ANEXO D – Escala Numérica da dor.....	58
ANEXO E – <i>Chronic Pain Self-efficacy Scale</i>.....	59
ANEXO F – EQ-5D-3L.....	61

1. INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares crônicas podem gerar dor e incapacidade craniofaciais, consistindo em um problema de saúde altamente prevalente na população.¹ O termo disfunção temporomandibular (DTM) é usado para definir um grupo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. Os principais sinais e sintomas são dor na ATM e músculos mastigatórios, ruídos articulares, dificuldade de abertura e fechamento, zumbidos e cefaleias.²

A reabilitação de pessoas com dor crônica pode ser influenciada por diversos fatores, sobretudo por fatores psicossociais como a depressão, crenças de medo e evitação e autoeficácia, que devem ser considerados para o adequado controle da dor nestes indivíduos.³ A autoeficácia consiste na convicção pessoal na habilidade de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou em produzir resultados desejáveis oriundos de algum comportamento. Neste sentido, pessoas com grau elevado de autoeficácia possuem um alto grau de confiança na sua capacidade de obter êxito e de controlar a própria vida. Em situações em que a autoeficácia é diminuída, o inverso pode ser percebido, possibilitando baixa capacidade de resolução dos problemas.⁴

Neste sentido, a análise das crenças de autoeficácia permite ao profissional de saúde avaliar a viabilidade de incluir determinadas estratégias de auto manejo da condição de saúde que requeiram maior autonomia e confiança do sujeito para sua implementação, bem como estabelecer objetivos de tratamento voltados para modificação de crenças de incapacidade e potencialização da autoeficácia.⁵

Um estudo que analisou as características psicométricas de autoeficácia,⁶ demonstrou que maiores níveis de autoeficácia foram associados, significativamente, a níveis mais baixos de dor, de incapacidade e de sofrimento psicológico. Além disso, pacientes com maior autoeficácia relataram, recorrentemente, uso de estratégias de enfrentamento da dor crônica por meio da persistência na tarefa, e menor uso de estratégias passivas no manejo da dor, como repouso e uso de medicamentos. A autoeficácia foi considerada um importante ajuste para o controle da dor em pacientes com dor crônica relacionada à DTM, sendo necessários mais estudos na área, a fim de determinar linhas de tratamento para a DTM associadas ao manejo da autoeficácia.⁷

Atualmente, o ponto de vista do paciente sobre sua própria saúde tem sido mais valorizado para quantificar o impacto de uma determinada condição ou tratamento em sua vida. Para tanto, a qualidade de vida tem sido um marcador importante e aceitável, oferecendo uma nova perspectiva sobre a tomada de decisão em saúde.⁸ Uma revisão sistemática analisou a qualidade de vida de adultos jovens e de meia idade com DTM e verificou que a qualidade de vida é afetada em todos os pacientes que apresentam a condição, sobretudo quando a intensidade de dor e incapacidade destes indivíduos é elevada.⁹

Com isso, é possível observar que além de alterações musculoesqueléticas os fatores psicossociais estão, frequentemente, envolvidos no desenvolvimento e manutenção dos sinais e sintomas da DTM. Portanto, as abordagens terapêuticas devem considerar estes fatores em suas estratégias de reabilitação de modo a promover a melhora da DTM a longo prazo. Abordagens que englobam estratégias de autocuidado e terapias comportamentais podem auxiliar no controle da dor, restaurar a função e promover a saúde mental dos sujeitos acometidos.¹⁰ Entretanto, para que tais estratégias sejam bem-sucedidas, a compreensão de como a autoeficácia relacionada à dor manifesta-se em pessoas com DTM, deve ser mais bem estabelecida, já que atualmente este tema apresenta uma lacuna na literatura.

O objetivo do presente estudo foi caracterizar a autoeficácia da dor em indivíduos com sinais e sintomas de disfunção temporomandibular. Também foram analisadas as variáveis intensidade da dor, severidade da DTM e qualidade de vida.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, de desenho transversal. Sendo ainda descritivo, de caráter quantitativo, tendo como desfecho primário a autoeficácia relacionada à dor e desfechos secundários a intensidade da dor, severidade da DTM e qualidade de vida. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília (CAAE 44509021.1.0000.8093, parecer: 4.625.793). A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento de um questionário *online* da plataforma *Google Forms*, no período de maio a julho de 2021. Todos os voluntários do estudo receberam esclarecimentos sobre os procedimentos da pesquisa de maneira remota, por ligação telefônica, aplicativos de mensagens instantâneas e/ou *e-mail*. Após os esclarecimentos, todos os voluntários foram convidados a assinalar, eletronicamente, o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que estão descritas as informações sobre os objetivos e procedimentos empregados no estudo, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2.1 Participantes

Os participantes do estudo foram recrutados por meio de convites verbais, pôsteres e divulgação em mídias sociais. Após o recrutamento, foi realizada a triagem de acordo com os critérios de elegibilidade. Os critérios de inclusão no estudo foram: indivíduos com idade entre 18 e 59 anos, com queixa de dor e/ou sinais e sintomas de disfunção temporomandibular há mais de 3 meses (incluindo dor na região da ATM, nos músculos mastigatórios e na cabeça; limitação da amplitude de movimento mandibular e/ou ruídos na ATM e cefaleia na região temporal). Foram excluídos participantes com sinais de comprometimento neuropsicomotor, histórico de fratura, trauma e/ou cirurgia na região craniofacial e cervical, diagnóstico de doenças sistêmicas (como artrite reumatoide e lúpus eritematosos), fibromialgia, gestação ou ainda indivíduos que apresentassem impossibilidade de qualquer natureza para responder o questionário *online*.

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa *Software GPower* 3.1.9.2, considerando-se poder estatístico de 80%, tamanho de efeito de 0,30 e valor alfa de 5%. O programa indicou uma amostra necessária de 82 participantes. Foram recrutados 113 participantes com sinais e sintomas de DTM, destes, 107 foram elegíveis para o estudo por atenderem aos critérios de inclusão no estudo. Dos 6 voluntários excluídos, um pontuou insuficiente no Questionário Anamnésico de Fonseca, sendo classificado como “Sem DTM” e os demais relataram ausência de dor no momento da avaliação (n=5).

2.2 Instrumentos e procedimentos de avaliação

As coletas ocorreram por meio do preenchimento do questionário *online* na plataforma *Google Forms*, com o acompanhamento remoto da pesquisadora via ligação telefônica, aplicativos de mensagens instantâneas ou *e-mail*.

2.2.1 Procedimentos de avaliação

Foi realizado junto aos voluntários a verificação das informações a fim de identificar os critérios de inclusão e exclusão. Realizada a triagem, os participantes aptos foram caracterizados quanto ao sexo, idade, estado civil, ocupação, hábito de fumar e prática de atividade física, além de peso e altura e Índice de Massa Corporal (IMC) obtido através do cálculo realizado com os dados fornecidos no formulário de peso e altura (Kg/m²).

2.2.2 Índice Anamnésico de Fonseca

O Questionário anamnésico de Fonseca identifica sinais e sintomas de DTM e os classifica de acordo com sua severidade. Para cada uma das questões do questionário de Fonseca (data) são possíveis três respostas (sim, não e às vezes) para as quais são preestabelecidas três pontuações (10, 0 e 5, respectivamente). Com a somatória dos pontos atribuídos, obtém-se um índice anamnésico que permite classificar os voluntários em categorias de severidade de sintomas: sem DTM (0 a 15 pontos), DTM leve (20 a 45 pontos), DTM moderada (50 a 65) e DTM severa (70 a 100 pontos).¹¹

2.2.3 Intensidade da dor pela escala numérica da dor (END)

A Escala numérica da dor (END) consiste em uma reta numerada de zero a dez, em que se pretende que o paciente faça a equivalência de acordo com sua dor por meio da classificação numérica, sendo “zero” considerado como nenhuma dor e “dez” a máxima dor possível.¹²

2.2.4 *Chronic Pain Self-efficacy Scale* (CPSS)

A *Chronic Pain Self-efficacy Scale* (CPSS) ou Escala de Autoeficácia para Dor Crônica é uma escala específica para medir a percepção de autoeficácia e a capacidade para lidar com as consequências da dor, em pacientes com dor crônica. É composta por 22 itens classificados em três domínios, sendo eles a autoeficácia para controle da dor (AED), a autoeficácia para funcionalidade (AEF) e a autoeficácia para lidar com outros sintomas (AES).¹³

Para cada crença avaliada dentro dos três domínios é possível obter uma pontuação máxima de 100 e mínima de 10 pontos. Para determinar o escore total do questionário, é necessário fazer a contagem independente de cada um dos domínios. Após estabelecida a

pontuação, no domínio AED que contém 5 itens, a pontuação deve ser dividida por 5, o domínio AEF contém 9 itens e deve-se dividir sua pontuação total por 9, já no domínio AES com 8 itens, a pontuação total deve ser dividida por 8, por fim soma-se as pontuações dos 3 domínios. O escore total máximo a ser obtido, na escala, é de 300 e o mínimo de 30, sendo que quanto maior a pontuação, maior a percepção de autoeficácia.¹³

2.2.5 Qualidade de vida relacionada a saúde (EQ-5D-3L)

O questionário EQ-5D-3L é composto por duas partes, uma com um sistema descritivo e a outra com uma escala visual analógica que avalia o estado de saúde do indivíduo. O instrumento compreende 5 dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. Cada dimensão é composta por 3 níveis: sem problemas, alguns problemas e problemas extremos. O entrevistado é solicitado a indicar seu estado de saúde marcando o nível mais próximo ao seu estado atual em cada uma das 5 dimensões.¹⁴⁻¹⁵

A escala visual analógica consiste em uma auto avaliação do entrevistado em relação a sua saúde. Nas extremidades da escala estão descritos: “Melhor estado de saúde imaginável” e “Pior estado de saúde imaginável”. Esta informação pode ser usada como uma medida quantitativa do resultado da saúde conforme julgado pelos entrevistados.¹⁴⁻¹⁵

O EQ-5D-3L define 243 estados de saúde teoricamente possíveis, que variam de 11111 (sem problemas em qualquer dimensão) a 33333 (problemas extremos em todas as dimensões). No presente estudo, os estados de saúde dos participantes foram convertidos em valores de utilidade previamente descritos com base na população Brasileira. Os valores de utilidade são medidas que representam as preferências dos indivíduos por um estado de saúde, os quais podem variar de zero (morte) e 1 (saúde perfeita) e podem ser entendidos como uma medida indireta da qualidade de vida.¹⁴ Estudos prévios descrevem a boa reprodutibilidade e confiabilidade de questionários semelhantes ao EQ-5D-3L, na versão *online*, reproduzindo os mesmos resultados da aplicação em papel.¹⁵

2.3 Análise estatística

Foi aplicada a estatística descritiva e os dados foram descritos em média, desvio padrão, frequências absoluta e relativa.

3. RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos. A amostra foi constituída predominantemente por mulheres (81,3%) jovens (25,9 anos), com IMC médio adequado para altura (24,6 Kg/m²), praticantes de atividade física (68%) e com nível superior incompleto ou completo (87,6%).

Tabela 1. Classificação sociodemográfica da amostra

Dados sociodemográficos	n = 107
Sexo (n; %)	
Feminino	(87; 81,3)
Masculino	(20; 18,69)
Idade(anos) ($\bar{X} \pm DP$)	25,9 \pm 8,1
IMC (Kg/m²) ($\bar{X} \pm DP$)	24,6 \pm 4,6
Atividade Física (n;%)	
Sim	(68; 63,5)
Não	(39; 36,4)
Hábito de fumar (n;%)	
Sim	(13; 12,14)
Não	(94; 87,85)
Escolaridade (n; %)	
Ensino médio incompleto	(2; 1,8)
Ensino médio completo	(11; 10,2)
Ensino superior incompleto	(54; 50,4)
Ensino superior completo	(26; 24,2)
Pós-graduação	(14; 13)

\bar{X} : média; DP: desvio padrão; IMC: Índice de Massa Corporal; kg: quilogramas; m: metros.

As variáveis intensidade da dor, severidade da DTM, autoeficácia e qualidade de vida (utilidade e EVA) - são apresentadas na tabela 2. Os voluntários apresentaram, em média, score de 3,57 (\pm 2,59) pontos, sendo classificados com dor leve. Ao avaliar a severidade dos sinais e sintomas de DTM apresentados pelos participantes foi verificado através da pontuação do índice anamnésico de Fonseca, que a intensidade destes sintomas é considerada grave, pois o valor médio encontrado de 72,28 (\pm 14,01) pontos de um total de 100 pontos totais, sendo que quando a pontuação atingida é acima de 70 pontos, a DTM do indivíduo é considerada severa.

A autoeficácia destes indivíduos demonstra que eles possuem um nível alto de segurança para realizar as atividades do dia a dia, porém ao analisar os domínios “Autoeficácia para o controle da dor” e “Autoeficácia para a função física” pode-se perceber que a pontuação é considerada mediana, nestes domínios são analisados respectivamente à tolerância do paciente em lidar com a dor e atividades cotidianas e sociais. A qualidade de vida também apresentou resultados moderados, por meio da utilidade do questionário EQ-5D-3L e da percepção pessoal do estado de saúde a amostra obteve 6,63 pontos de 10 pontos totais que representam o melhor estado de saúde possível.

Tabela 2. Intensidade da dor, severidade da DTM, autoeficácia e qualidade de vida

Variáveis (n= 107)	$\bar{X} \pm DP$
Duração dos sintomas em meses	64,47 \pm 62,37
Intensidade da Dor (END)	3,57 \pm 2,59
Leve	51,40 %
Moderada	31,77 %
Severa	16,82 %
Severidade da DTM (IAF)	72,28 \pm 14,01
Leve	2,80 %
Moderada	28,97 %
Severa	68,22 %
Autoeficácia (CPSS)	212,05 \pm 45,9
Autoeficácia para o controle da dor	62,82 \pm 22,42
Autoeficácia para lidar com sintomas	86,8 \pm 17,65
Autoeficácia para função física	62,42 \pm 16,49
Questionário de Saúde EuroQoLEQ-5D-3L	
Utilidade EQ-5D-3L	0,72 \pm 0,1
Percepção Estado Saúde EQ-5D-3L (EVA)	6,63 \pm 1,54

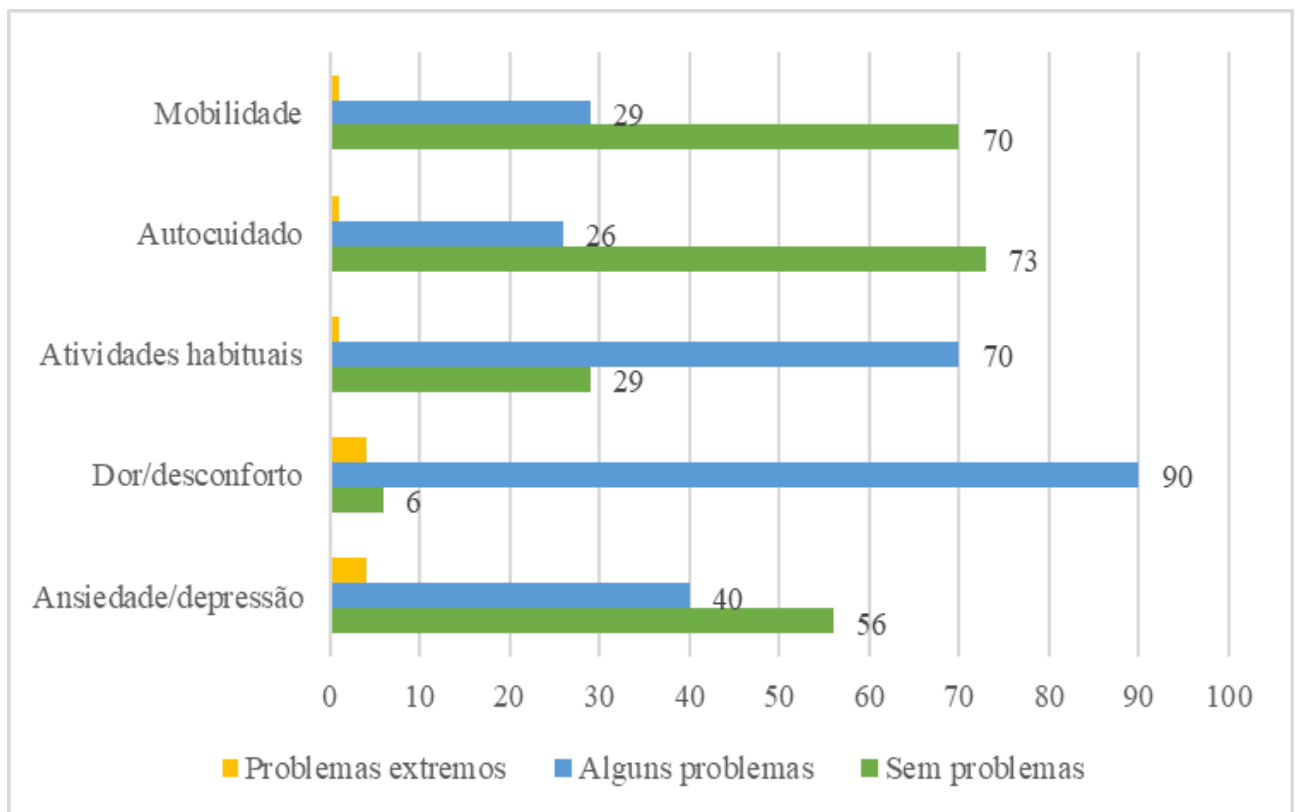
CPSS: *Chronic Pain Self-efficacy Scale*; IAF: índice anamnésico de Fonseca; END: escala numérica da dor; X: média; DP: desvio padrão; EVA: escala visual analógica.

A tabela 2 apresenta ainda a quantidade de indivíduos dentro da classificação dos questionários de dor e severidade, avaliados respectivamente pelo Índice Anamnésico de Fonseca e pela Escala Numérica Visual. A severidade apresentada por 97,19% dos

participantes foi classificada como moderada ou severa, já o nível da intensidade da dor foi leve ou moderada para 83,17% dos participantes. A duração dos sintomas apresentados é relatada em meses, sendo o tempo médio de presença dos sintomas $64,47 \pm 62,37$ meses.

Os resultados referentes aos domínios de mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão do Questionário de Saúde EuroQolEQ-5D-3L para avaliação da qualidade de vida são apresentados na Figura 1. Os domínios em que os voluntários apresentaram pior desempenho foram dor/desconforto e ansiedade e depressão, em que 77,57% e 62,61% dos participantes, respectivamente, referiram alguns problemas, sendo ainda que 19,62% relatou se sentir extremamente ansioso/deprimido. O melhor desempenho dos voluntários foi em relação ao autocuidado, o qual 99,06% não apresentou problemas.

Figura 1. Valores percentuais do Questionário de Saúde EuroQolEQ-5D-3L distribuídos por domínio de saúde



5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi caracterizar a autoeficácia em indivíduos com sinais e sintomas de DTM e analisar a intensidade da dor, severidade da DTM e qualidade de vida, a

fim de fornecer mais informações a respeito do comportamento destas variáveis nesta população, visto que ainda existe uma escassez na literatura sobre o tema.

A maioria dos participantes foram pessoas jovens ($\bar{X}=25,9$ anos) e do sexo feminino (81,3%), corroborando com a literatura que refere a maior prevalência de DTM em mulheres¹⁰. Em relação a caracterização da amostra, também observamos a elevada frequência de praticantes de atividade física regular. Tanto a boa aptidão física quanto a prática regular de atividades físicas foram identificadas como fatores protetores para a dor relacionada à DTM e relacionados com menor prevalência de DTM.¹⁶

No presente estudo, os voluntários apresentaram, em média, valores baixos em relação a intensidade de dor no momento da avaliação ($3,57 \pm 2,59$), porém a severidade da disfunção foi elevada ($72,28 \pm 14,01$). A dor na DTM apresenta-se em geral de forma intermitente sendo agravada durante as funções mandibulares, como por exemplo: a abertura e fechamento bucal, movimentação mandibular e mastigação. Assim, acreditamos que este resultado de dor baixa e severidade elevada da DTM possa ser explicado por oscilações da dor ao longo do tempo, apesar do impacto nas funções mandibulares e outras atividades avaliadas pelo Índice de Fonseca. Outros fatores a serem considerados na interpretação dos resultados é que se trata de uma amostra recrutada na comunidade, sem diagnóstico formal de DTM, em um contexto de isolamento social devido a pandemia de COVID-19.¹⁷

Em um estudo com amostra semelhante,¹⁸ foi investigada a DTM e os fatores de risco associados em jovens universitários através do IAF. Os autores observaram severidade de DTM leve e argumentam que a prevenção, diagnóstico e tratamento da DTM devem ser realizadas com base em uma abordagem holística sendo necessário avaliar os fatores físicos e psicossociais como a qualidade do sono e o nível de estresse, os quais foram identificados como fatores de risco para a DTM. Por outro lado, em nosso estudo, os participantes apresentaram índices severos de DTM, porém a análise do perfil por meio das características psicossociais apresentou resultados semelhantes em relação ao nível de estresse, por meio do questionário de qualidade de vida e no domínio AED do questionário de autoeficácia, o qual analisa a forma em que o indivíduo lida com a dor, ansiedade, sintomas de depressão e fatores análogos, reforçando a necessidade da avaliação completa do paciente.

Com relação a qualidade de vida e a percepção autorrelatada sobre o estado de saúde, os participantes apresentaram, com base em suas percepções, média de $6,63(\pm 1,54)$ pontos de 10 pontos possíveis, dos quais 10 pontos representavam o melhor estado de saúde\qualidade

de vida possível e 0 o pior estado de saúde\qualidade de vida possível. Apesar dos baixos valores de dor e elevada severidade, nosso estudo demonstrou que, em relação a qualidade de vida, pessoas com sinais e sintomas de DTM apresentaram piores pontuações nos domínios relacionados à dor/desconforto e ansiedade/depressão e pouco ou nenhum comprometimento em relação a mobilidade e autocuidado. Em um estudo conduzido com mulheres com DTM dolorosa, foi comparado com o grupo controle sem dor níveis de ansiedade e depressão, sendo os resultados referentes depressão e estresse mais significativos no grupo com sinais e sintomas de DTM.⁵

Além de apontar maiores comprometimentos relacionados à fatores psicossociais como ansiedade e depressão na avaliação da qualidade de vida, o questionário de autoeficácia também expressou em seus resultados a presença desses fatores. A autoeficácia avaliada pelo CPSS, possui três domínios, dos quais avaliam respectivamente: controle da dor, funcionalidade e outros sintomas. Sendo que cada domínio é composto por perguntas as quais expressam situações relacionadas aos temas e o grau de confiança do indivíduo em lidar com a situação expressa. As pontuações obtidas em nosso estudo, foram mais significativas em relação aos domínios AED e AEF, os quais avaliam fatores psicossociais e funcionais em relação a confiança em realizar as situações expressas, nestes domínios foram obtidos em média apenas pouco mais de 60% dos pontos totais, sendo a pontuação obtida proporcional a autoeficácia do participante.

Em um estudo que analisou as variáveis psicológicas: ansiedade, depressão, estresse e autoeficácia em pacientes com DTM,⁵ os dados fornecidos sugerem que os fatores psicológicos, manifestados na depressão e estresse, possuem grande influência e associação com sintomas de dor e função mandibular. Em nosso estudo, apesar de demonstrar baixa intensidade de dor, os sinais e sintomas estão presentes por um longo período de tempo, e demonstram afetar a qualidade de vida, influenciar nas atividades avaliadas por meio do CPSS e justificar a elevada severidade da disfunção apresentada.

No artigo,⁵ a autoeficácia foi analisada de forma secundária, a metodologia aplicada para a análise deste fator foi analisada por meio de outro questionário, o *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ), que possui uma lógica parecida com a do PCSS, ele consiste em 10 questões sobre situações as quais avaliam o desempenho dos indivíduos em atividades apesar de sua dor. Os resultados da autoeficácia neste estudo demonstraram que não houve diferença significativa em relação entre grupos com e sem DTM para a autoeficácia em dor, contudo em contraste com o grupo controle quando foram submetidos aos testes físicos, apesar de realizarem, os pacientes com DTM apresentaram dor antes, durante e após a atividade. Este

estudo, assim como o nosso demonstra que apesar de elevadas crenças de autoeficácia, os indivíduos se submetem à realização das atividades mesmo com a presença da dor.

A literatura atual apresenta uma grande limitação de estudos os quais analisem a autoeficácia em pacientes portadores de DTM ou com sinais e sintomas crânio-mandibulares semelhantes. Em um estudo de 2006,¹⁹ que teve o objetivo de examinar as medidas de autoeficácia para o gerenciamento de DTM e para determinar se as pontuações estavam relacionadas com dor, deficiência e sofrimento psicológico, participaram 156 pessoas com sinais e sintomas de DTM presentes por pelo menos 3 meses, neste artigo os resultados apontaram que maiores índices de autoeficácia estão significativamente mais associados à estratégias ativas de enfrentamento da dor crônica (persistência da tarefa) e menos uso de estratégias passivas (repouso). Em nosso estudo, o perfil dos participantes é semelhante, além disso a grande maioria realiza atividades contínuas mesmo com o impacto da dor no dia a dia, demonstrando persistência na tarefa e enfrentamento da dor, características importantes a serem consideradas no tratamento da condição apresentada.

Um estudo realizado em Amsterdã em 2010,²⁰ avaliou as crenças de autoeficácia de pacientes com DTM em relação ao bruxismo, a metodologia do estudo, porém consistiu na avaliação da autoeficácia por meio da aplicação de duas perguntas criadas pelos próprios pesquisadores, e não pela aplicação de questionário validado como é o caso do nosso estudo. As perguntas realizadas eram: “você acha que esses tipos de hábitos podem ser alterados?” e “você acha que poderia conseguir fazer isso, se você quiser?”, as questões tinham possibilidade de resposta em uma escala de três pontos, ou seja, 1 (“Sim”), 2 (“parcialmente”) e 3 (“não”), sendo a escala inversamente proporcional ao nível de autoeficácia dos pacientes, segundo o estudo os participantes se demonstraram confiantes em relação às mudanças de comportamento em relação ao bruxismo e seus efeitos. A metodologia deste estudo demonstra a necessidade de aprimorar as pesquisas na área com o uso de questionários validados e reprodutíveis.

Apesar da ausência de mais estudos que explorem a autoeficácia na DTM, este fator é analisado em estudos atuais, porém em outros acometimentos de sinais e sintomas crônicos, como por exemplo na dor lombar. Em um estudo de 2018,²¹ foi realizada a análise do nível de autoeficácia (alta ou baixa) e a interferência dela na dor crônica e fatores psicossociais. A metodologia da pesquisa consistiu na participação de 60 pacientes com dor lombar, os quais foram classificados em "alta" ou "baixa" autoeficácia, os quais foram submetidos à aplicação de escalas que avaliaram: cinesiofobia, catastrofização da dor, ruminação, ampliação,

impotência e outros. Os resultados expressos pelo estudo demonstraram que o grupo de “alta autoeficácia” possui menos dor ao realizar tarefas, além de uma menor influência de fatores psicológicos. Em nosso estudo, a pontuação total de autoeficácia média foi de 212,05 de 300 pontos totais, demonstrando uma elevada autoeficácia, e o nível de dor foi baixo, porém a influência de fatores psicossociais foi observada, sobretudo os sinais de ansiedade e depressão.

Em recente revisão sistemática e metanálise,²² a qual buscou evidências sobre a eficácia dos programas de controle da dor para pacientes com dor crônica, os resultados da metanálise indicaram que a autoeficácia está associada ao resultado satisfatório da aplicação do programa. A autoeficácia nestes estudos apresentou a importância como fator prognóstico e moderador do tratamento em doenças musculoesqueléticas crônicas pacientes com dor. Estes resultados sugerem achados importantes para pacientes com DTM crônica e vai de encontro com a ideia do nosso estudo e a necessidade de traçar o perfil das características psicométricas destes indivíduos.

Por se tratar de uma amostra ativa física e socialmente, acredita-se que a necessidade em cumprir com as demandas sociais possua impacto na forma de lidar com a dor. A análise do perfil dos participantes com sinais e sintomas de DTM, demonstra que estes fatores estão presentes, e que mesmo com a oscilação do nível da dor, os indivíduos sentem-se capazes de realizar as tarefas determinadas do dia a dia, porém com a qualidade de vida afetada.

6. CONCLUSÃO

Verificou-se elevada severidade da disfunção na amostra apresentada, entretanto, um baixo nível de intensidade da dor. Os aspectos relacionados à autoeficácia demonstraram que as crenças dos indivíduos com sinais e sintomas de DTM são elevadas em relação à realização das atividades de vida diária. Em relação a qualidade de vida, os domínios com maior prejuízo foram dor/desconforto e ansiedade/depressão.

Por fim, este estudo sugere que a autoeficácia e a qualidade de vida em pacientes com sinais e sintomas crônicos de DTM, pode ser usada como ferramenta pelos profissionais de saúde, através destes achados clínicos pode-se melhorar a avaliação do perfil apresentado pelo paciente. Mensurar o nível de confiança do indivíduo com dor crônica e sua capacidade de controlar a dor possibilita novas formas de tratamento e de modular o auto manejo da dor,

levando a melhores resultados das estratégias propostas. É necessário avançar nas pesquisas já que a literatura atual é escassa, gerando maiores esclarecimentos acerca do tema.

REFERÊNCIAS

1. Gil-Martínez A, Grande-Alonso M, López-de-Uralde-Villanueva I, López-López A, Fernández-Carnero J, La Touche R. Chronic Temporomandibular Disorders: disability, pain intensity and fear of movement. *J Headache Pain*. 2016;17(1):103. doi:10.1186/s10194-016-0690-1
2. La Touche R, Paris-Aleman A, Hidalgo-Pérez A, López-de-Uralde-Villanueva I, Angulo-Díaz-Parreño S, Muñoz-García D. Evidence for Central Sensitization in Patients with Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. *Pain Pract*. 2018;18(3):388-409. doi:10.1111/papr.12604
3. Hayward R, Stynes S. Self-efficacy as a prognostic factor and treatment moderator in chronic musculoskeletal pain patients attending pain management programmes: A systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2021;19(3):278-292. doi:10.1002/msc.1533
4. Albert-Bandura. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Freeman, New York, 1997.
5. Enricone, Jacqueline Raquel Bianchi e Salles, Jerusa Fumagalli de Relação entre variáveis psicossociais familiares e desempenho em leitura/escrita em crianças. *Psicologia Escolar e Educacional* [online]. 2011, v. 15, n. 2, pp. 199-210. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1413-85572011000200002>>.
6. Salvetti, Marina de Góes e Pimenta, Cibele A. de Mattos. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* [online]. 2005, v. 32, n. 4, pp. 202-210. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000400002>>.
7. Brister H, Turner JA, Aaron LA, Mancl L. Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *J Orofac Pain*. 2006 Spring;20(2):115-24. PMID: 16708829.

8. Yoshida Y, Hiratsuka Y, Kawachi I, Murakami A, Kondo K, Aida J. Association between visual status and social participation in older Japanese: The JAGES cross-sectional study. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020;253:112959. Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620301787>>.
9. Pigozzi LB, Pereira DD, Pattussi MP, Moret-Tatay C, Irigaray TQ, Weber JBB, Grossi PK, Grossi ML. Quality of life in young and middle age adult temporomandibular disorders patients and asymptomatic subjects: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Mar 10;19(1):83. doi: 10.1186/s12955-021-01727-7. PMID: 33691709; PMCID: PMC7945303.
10. Campi, Leticia Bueno et al. Influência de abordagens biopsicossociais e autocuidados no controle das disfunções temporomandibulares crônicas. *Revista Dor* [online]. 2013, v. 14, n. 3 [Acessado 25 Outubro 2021] , pp. 219-222. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000300014>>.
11. Chaves, Thaís Cristina, Oliveira, Anamaria Siriani de e Grossi, Débora Bevilaqua Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioterapia e Pesquisa* [online]. 2008, v. 15, n. 1, pp. 92-100. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1809-29502008000100015>>.
12. Magalhães, Fernanda Guilhermino, Goulart, Rita Maria Monteiro e Prearo, Leandro Campi Impacto de um programa de intervenção nutricional com idosos portadores de doença renal crônica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 8, pp. 2555-2564. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.23972016>>.
13. Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards TW, Peeters-Asdourian C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*. 1995;63(1):77-83. doi:10.1016/0304-3959(95)00021-J

14. Menezes R de M, Andrade MV, Noronha KVM de S, Kind P. EQ-5D-3L as a health measure of Brazilian adult population. *Qual Life Res.* 2015;24(11):2761–76.
15. Bagattini ÂM, Camey SA, Miguel SR, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, de C Teixeira MA, Lima AF, Santos M, Polanczyk CA, Cruz LN. Electronic Version of the EQ-5D Quality-of-Life Questionnaire: Adaptation to a Brazilian Population Sample. *Value Health Reg Issues.* 2018 Dec;17:88-93. doi: 10.1016/j.vhri.2017.11.002. Epub 2018 May 11. PMID: 29754016.
16. Miettinen O, Kämppi A, Tanner T, Anttonen V, Patinen P, Pääkkilä J, Tjäderhane L, Sipilä K. Association of Temporomandibular Disorder Symptoms with Physical Fitness among Finnish Conscripts. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 16;18(6):3032. doi: 10.3390/ijerph18063032. PMID: 33809450; PMCID: PMC7998271.
17. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(4):e2020427. doi:10.1590/s1679-49742020000400018
18. Özdiñç S PhD, Ata H MSc, Selçuk H MSc, Can HB MSc, Sermenli N MSc, Turan FN PhD. Temporomandibular joint disorder determined by Fonseca anamnestic index and associated factors in 18- to 27-year-old university students. *Cranio.* 2020;38(5):327-332. doi:10.1080/08869634.2018.1513442
19. Brister H, Turner JA, Aaron LA, Mancl L. Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *J Orofac Pain.* 2006;20(2):115-124.

20. van der Meulen MJ, Ohrbach R, Aartman IH, Naeije M, Lobbezoo F. Temporomandibular disorder patients' illness beliefs and self-efficacy related to bruxism. *J Orofac Pain.* 2010;24(4):367-372.
21. La Touche R, Grande-Alonso M, Arnes-Prieto P, Paris-Aleman A. How Does Self-Efficacy Influence Pain Perception, Postural Stability and Range of Motion in Individuals with Chronic Low Back Pain?. *Pain Physician.* 2019;22(1):E1-E13.
22. Hayward R, Stynes S. Self-efficacy as a prognostic factor and treatment moderator in chronic musculoskeletal pain patients attending pain management programmes: A systematic review. *Musculoskeletal Care.* 2021;19(3):278-292. doi:10.1002/msc.1533

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

Projeto: Cinesiofobia, catastrofização e autoeficácia em indivíduos com Disfunção Temporomandibular

Instituição proponente: Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Pesquisador Responsável: Fernanda Pasinato

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa: **Cinesiofobia, catastrofização e autoeficácia em indivíduos com Disfunção Temporomandibular (DTM)**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Fernanda Pasinato**.

O projeto será composto por: (1) preenchimento de questionários *online*, contendo questões sobre sinais e sintomas relacionados à mandíbula, comportamentos de medo/evitação do movimento mandibular, preocupação e crenças negativas sobre a dor, qualidade de vida e sua percepção de capacidade no gerenciamento da dor; (2) uma avaliação da região orofacial (região da mandíbula), com medidas da amplitude de movimento e palpação de músculos e articulação da mandíbula para confirmar a presença da DTM.

O objetivo desta pesquisa é conhecer como e em que medida pessoas com disfunções temporomandibulares manifestam o medo/evitação do movimento, pensamentos/crenças negativas em relação a dor e a crença na própria capacidade de manejar sua dor e condição de saúde. Também tem o objetivo de analisar as relações existentes entre estes fatores com a severidade da disfunção e a qualidade de vida. Este estudo é importante identificar e compreender como estes fatores se manifestam e em pessoas com DTM, contribuindo para as estratégias de avaliação e intervenção oferecidas para esta população.

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

A sua participação se dará por meio do preenchimento de um questionário *online* na plataforma *Google Forms*, com duração aproximada de 30 minutos. Durante o preenchimento, um pesquisador estará disponível remotamente via ligação telefônica, aplicativos de mensagens instantâneas, e-mail e outros recursos de comunicação, para auxiliar em possíveis dúvidas. O senhor

(a) será convidado a participar de um momento de avaliação presencial para confirmação do diagnóstico de DTM, com duração aproximada de 1 hora.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: (1) Possibilidade de sentir-se cansado ao responder os questionários *online*, neste caso você poderá fazer intervalos durante o preenchimento dos questionários; (2) Possibilidade de sentir-se constrangido ao responder alguma questão dos questionários ou participar do exame físico da região orofacial. Para minimizar estes fatores, avaliação será realizada individualmente com a participação do pesquisador e/ou aluno assistente e você poderá deixar de responder qualquer item que lhe traga constrangimento; (3) Possibilidade de vazamento ou *hackeamento* de dados durante o trânsito de informações na rede, por tratar-se da aplicação de questionários *online*. Para prevenir estes riscos, esclarecemos que apenas os alunos do projeto, sob supervisão da pesquisadora responsável, terão acesso aos dados fornecidos. Além disso, para preservar seu anonimato e privacidade, após a resposta aos questionários, os dados serão extraídos da “nuvem” e seu nome será substituído por um código; (4) Devido ao atual cenário de pandemia por Covid-19, se você concordar em participar do exame físico para confirmação do diagnóstico de DTM, você estará exposto ao risco de contaminação durante o deslocamento para o local de avaliação ou durante sua permanência. Afim de minimizar este risco, a equipe de pesquisa fará uso de equipamentos de proteção individual e seguirá os protocolos estabelecidos pela ANVISA, tais como manutenção de distanciamento, uso e disponibilização de álcool gel e lavagem frequente das mãos; (5) Durante a avaliação da região da mandíbula, você pode sentir-se cansado ou sentir alguma dor ou desconforto local durante os procedimentos de avaliação de mobilidade mandibular e palpação muscular e articular. Afim de minimizar estes desconfortos, faremos intervalos para descanso entre a realização dos testes funcionais e o procedimento poderá ser interrompido caso você manifeste dor aguda ou caso queira interromper a avaliação.

Se você aceitar participar, terá oportunidade de realizar uma avaliação de sua disfunção e participar de uma sessão de orientação sobre autocuidado e manejo da DTM, bem como receber um relatório com os resultados de sua avaliação. Além disso, o trabalho contribuirá para ampliar o conhecimento acerca dos fatores psicossociais relacionados à DTM de forma a melhorar as abordagens terapêuticas para pessoas com disfunção.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa ou retirar o consentimento para utilização de seus dados em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Neste caso, por favor, entre em contato com os pesquisadores pelo e-mail fepasinato@gmail.com e enviaremos uma mensagem de ciência do comunicado e removeremos seus dados da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo o exame físico para diagnóstico de DTM. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa, a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso você/senhor/senhora sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão

destruídos. Nossos achados serão muito importantes para a Fisioterapia, pois poderemos direcionar a prática clínica com base em evidências científicas.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Fernanda Pasinato (61) 983474670, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou também via email fepasinato@gmail.com.

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

Caso concorde em participar, pedimos que assinale o espaço correspondente abaixo. Após o preenchimento, (a) Senhor (a) receberá uma cópia eletrônica deste termo, que deve guardada para sua consulta, em caso de necessidade.

() Concordo.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Fernanda Pasinato

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B - Ficha de Caracterização Sociodemográfica**1. Sexo:**

- Feminino
 Masculino
 Prefiro não informar

2. Idade: ____ anos.**3. Estado civil:**

- Casado (a) Divorciado (a)
 Solteiro (a) Viúvo (a)

4. Peso: ____ kg.**5. Altura:** ____ m.**6. Prática de atividade física:**

- Nenhuma atividade física semanal Entre 5 e 6 vezes por semana
 Entre 1 e 2 vezes por semana Diariamente
 Entre 3 e 4 vezes por semana

7. Ocupação\profissão: _____**8. Escolaridade:**

- Ensino fundamental incompleto Superior incompleto
 Ensino fundamental completo Superior completo
 Ensino médio incompleto Pós-graduação
 Ensino médio completo

ANEXOS

ANEXO A – Normas da Revista Científica

Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT)

Article structure

Subdivision - unnumbered sections

Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when cross referencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text'.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Material and methods

Provide sufficient detail to allow the work to be reproduced.

Results

Results should be clear and concise.

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly, for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lowercase superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

Abstract

A concise and factual structured abstract is required. The abstract should briefly state the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s).

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding. If no funding has been provided for the research, please include the following sentence: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other units are mentioned, please give their equivalent in SI.

Math formulae

Please submit math equations as editable text and not as images. Present simple formulae in line with normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, e.g., X/Y. In principle, variables are to be presented in italics. Powers of e are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text).

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Artwork

Image manipulation

Whilst it is accepted that authors sometimes need to manipulate images for clarity, manipulation for purposes of deception or fraud will be seen as scientific ethical abuse and will be dealt with accordingly. For graphical images, this journal is applying the following

policy: no specific feature within an image may be enhanced, obscured, moved, removed, or introduced. Adjustments of brightness, contrast, or color balance are acceptable if and as long as they do not obscure or eliminate any information present in the original. Nonlinear adjustments (e.g. changes to gamma settings) must be disclosed in the figure legend.

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed guide on electronic artwork is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format. Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below): EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts. TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi. TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi. TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not: • Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;

- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF) or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then the journal will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites). Further information on the preparation of electronic artwork.

Illustration services

Elsevier's Author Services offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (not on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). **Any references cited in the abstract must be given in full.** Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Reference links

Increased discoverability of research and high-quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. **Use of the DOI is highly encouraged.**

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference style

Text: Indicate references by (consecutive) superscript arabic numerals in the order in which they appear in the text. The numerals are to be used outside periods and commas, inside colons and semicolons. For further detail and examples, you are referred to the *AMA Manual of Style, A Guide for Authors and Editors*, Tenth Edition, ISBN 0-978-0-19-517633-9.

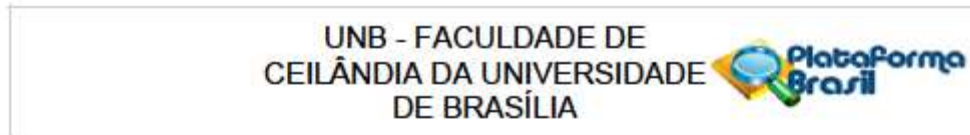
List: Number the references in the list in the order in which they appear in the text. Examples: Reference to a journal publication:

1. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun*. 2010;163:51–59. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>. Reference to a journal publication with an article number:
2. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 2018;19:e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>. Reference to a book:
3. Strunk W Jr, White EB. *The Elements of Style*. 4th ed. New York, NY: Longman; 2000. Reference to a chapter in an edited book:
4. Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, eds. *Introduction to the Electronic Age*. New York, NY: E-Publishing Inc; 2009:281–304. Reference to a website:
5. Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 Accessed 13 March 2003. Reference to a dataset: [dataset]
6. Oguro, M, Imahiro, S, Saito, S, Nakashizuka, T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Journal abbreviations

Source Journal names should be abbreviated according to the List of T

ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cinesiofobia, catastrofização e autoeficácia em indivíduos com Disfunção Temporomandibular

Pesquisador: Fernanda Pasinato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44509021.1.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER


Número do Parecer: 4.825.793

Apresentação do Projeto:

RESUMO: "A percepção dolorosa amplificada associada à baixa confiança do paciente em realizar atividades ou em obter êxito no tratamento proposto, são alguns dos fatores usados para explicar os mecanismos envolvidos na experiência de dor produzida nas Disfunções Temporomandibulares (DTM). O presente projeto tem como objetivos caracterizar a cinesiofobia, catastrofização e a autoeficácia em indivíduos com disfunção temporomandibular. Adicionalmente será verificada a relação destes fatores com a dor, a severidade da disfunção e qualidade de vida destes indivíduos. Trata-se de um estudo observacional transversal. Serão selecionados indivíduos de ambos os gêneros na faixa etária de 18-59 anos com queixa de dor relacionada à DTM. A confirmação do diagnóstico de DTM será realizado por meio do Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). Ainda serão avaliados: (1) cinesiofobia por meio do questionário Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK/TMD); (2) catastrofização, pela Escala de Pensamento Catastrófico e; (3) autoeficácia por meio do Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS). Os desfechos qualidade de vida e severidade da DTM serão avaliados por meio de escalas validadas correspondentes. Os resultados serão analisados descritivamente e posteriormente análises de correlação serão realizadas. Por meio dos resultados deste estudo, esperamos descrever como os fatores de autoeficácia, catastrofização e cinesiofobia se manifestam em indivíduos com DTM, bem como identificar o impacto das variáveis apresentadas sobre a severidade da disfunção e qualidade de vida do indivíduo."

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

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.625.793

"Critério de Inclusão:

Indivíduos de ambos os gêneros, que se enquadrem nos seguintes critérios: a. Idade mínima de 18 anos e máxima de 59 anos; b. Apresentar queixa de dor e ou sinais e sintomas de disfunção temporomandibular, tais como dor na região da articulação temporomandibular e músculos mastigatórios e na cabeça; limitação da amplitude de movimento mandibular e ou ruídos na ATM; cefaleia na região temporal, etc."

"Critério de Exclusão:

Serão excluídos da amostra, indivíduos que apresentarem:

- a. Sinais de comprometimento neuropsicomotor;
- b. Analfabetismo ou dificuldades para leitura e/ou compreensão de textos que inviabilizem o preenchimento de questionários online;
- c. Histórico de fratura, trauma e/ou cirurgia na região craniofacial e cervical;
- d. Histórico de doenças sistêmicas e gestação"

TRECHOS EXTRAÍDOS DA PB

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:


"Caracterizar a cinesiofobia, catastrofização e a autoeficácia em indivíduos com disfunção temporomandibular. Adicionalmente será verificado a relação destes fatores com a dor, a severidade da disfunção e qualidade de vida destes indivíduos."

"Objetivo Secundário:

- Descrever o grau de cinesiofobia, catastrofização e autoeficácia em indivíduos com disfunção temporomandibular.
- Avaliar a intensidade da dor orofacial, severidade da disfunção e a qualidade de vida de indivíduos com DTM;
- Verificar se há relação entre a severidade da disfunção com os graus de cinesiofobia e catastrofização dos participantes;
- Identificar se há relação entre a autoeficácia e cinesiofobia/catastrofização;
- Analisar se há relação entre os níveis de cinesiofobia, catastrofização e autoeficácia com a

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

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.625.793

qualidade de vida;"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:


"Existem riscos de constrangimento por parte do participante, no momento da resposta aos questionários e também durante o exame físico. Para minimizar estes riscos, a avaliação será realizada individualmente com a participação do pesquisador e/ou aluno assistente e o participante poderá deixar de responder qualquer item que traga constrangimento. Devido à aplicação do questionário em ambiente virtual há um possível risco de vazamento ou hackeamento de dados. Como forma de minimizar estes problemas, apenas terão acesso aos questionários alunos participantes da pesquisa, sob supervisão da pesquisadora responsável. Além disso, para preservar o anonimato e privacidade dos participantes, após a resposta aos questionários, os dados serão extraídos da "nuvem" e os nomes dos voluntários serão substituídos por códigos. Devido ao atual cenário de pandemia por Covid-19, os voluntários que participarem do exame físico para diagnóstico de DTM poderão ser expostos ao risco de contaminação. Como forma de minimizar este risco, toda a equipe de pesquisa fará uso de equipamentos de proteção individual, como máscaras e luvas, bem como todos os cuidados com a higiene do ambiente e materiais preconizados pela ANVISA, tais como uso e disponibilização de álcool gel e lavagem frequente das mãos. No momento do agendamento da avaliação presencial será verificado se o participante apresenta sintomas de infecção respiratória (tosse, coriza, dificuldade para respirar) ou se teve contato recente com pessoa diagnosticada com Covid-19, caso positivo, a avaliação será adiada. Ao responder os questionários online o voluntário poderá sentir-se cansado. A fim de minimizar estes riscos, o sujeito terá o tempo que necessitar para responder aos questionários, podendo fazer intervalos durante o preenchimento. Durante o exame físico, há risco de ocorrência de cansaço devido à realização dos procedimentos de avaliação, bem como dor ou desconforto local durante os procedimentos de avaliação de mobilidade mandibular e palpação muscular e articular. Afim de minimizar os riscos, faremos intervalos para descanso entre a realização dos testes funcionais e o procedimento poderá ser interrompido caso o paciente manifeste dor aguda ou simplesmente manifeste o desejo de interromper a avaliação."

Benefícios:

"Como benefícios do estudo para os participantes ressalta-se a oportunidade de conhecer e participar de uma avaliação diagnóstica completa para diagnóstico da DTM. Indivíduos elegíveis e

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

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.625.793

não elegíveis para participação do estudo serão convidados a participar de uma sessão de orientação sobre autocuidado e manejo da DTM apresentada por meio de vídeo conferência ou material explicativo (conforme disponibilidade do voluntário) e

aos participantes será fornecido um relatório completo de sua avaliação. Além disso, o trabalho contribuirá para ampliar o conhecimento acerca dos fatores psicossociais relacionados à DTM de forma a melhorar as abordagens terapêuticas para pessoas com disfunção."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de responsabilidade da Professora da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília Fernanda Pasinato e que conta na equipe de pesquisa com a estudante de graduação em fisioterapia Nayara Gonçalves de Jesus. O estudo será utilizado como iniciação científica e monografia de conclusão de curso da estudante.

A pesquisa prevê 82 participantes com idades entre 18 e 59 anos e os procedimentos previstos são a aplicação de questionários online e exame físico para diagnóstico de DTM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram adequadamente apresentados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.625.793

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1689957.pdf	31/03/2021 14:51:51		Aceito
Outros	carta_para_encaminhamento_de_pendencias.pdf	31/03/2021 14:51:36	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	carta_para_encaminhamento_de_pendencias.doc	30/03/2021 10:10:23	Fernanda Pasinato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.doc	30/03/2021 10:09:38	Fernanda Pasinato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_final.docx	30/03/2021 10:09:12	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Anexos.docx	11/03/2021 10:59:25	Fernanda Pasinato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Proponente_sei.pdf	11/03/2021 10:41:09	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Despacho_direcao.pdf	11/03/2021 10:39:08	Fernanda Pasinato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	03/03/2021 16:28:36	Fernanda Pasinato	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	03/03/2021 16:26:23	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Lattes_Fernanda.pdf	03/03/2021 16:24:14	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Lattes_Nayara.pdf	03/03/2021 16:22:58	Fernanda Pasinato	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.doc	03/03/2021 15:52:32	Fernanda Pasinato	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.pdf	03/03/2021 15:52:16	Fernanda Pasinato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	03/03/2021 15:51:05	Fernanda Pasinato	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	03/03/2021 15:50:49	Fernanda Pasinato	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	03/03/2021 15:50:24	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.doc	03/03/2021 15:43:50	Fernanda Pasinato	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	03/03/2021 15:33:41	Fernanda Pasinato	Aceito

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

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.625.793

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Abril de 2021

Assinado por:

MARIANA SODARIO CRUZ
(Coordenador(a))

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

ANEXO C – Questionário Anamnésico de Fonseca

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

ANEXO E – Chronic Pain Self-efficacy Scale

Anexo 1. Escala de auto-eficácia para dor crônica (AEDC)

Nome _____ Data _____

Auto-eficácia para controle da dor (AED)

Gostaríamos de saber de que maneira sua dor afeta você. Para cada pergunta circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode diminuir <u>um pouco</u> sua dor ?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
2. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria das suas atividades diárias?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
3. Quanta certeza você tem de que consegue impedir que a dor interfira com seu sono?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
4. Quanta certeza você tem de que consegue promover uma redução <u>pequena ou moderada</u> na sua dor?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
5. Quanta certeza você tem de que pode promover uma <u>grande</u> redução na sua dor?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		

Auto-eficácia para funcionalidade (AEF)

Gostaríamos de conhecer sua autoconfiança para realizar algumas atividades diárias. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de poder realizar as tarefas, sem ajuda de outras pessoas. Por favor considere aquilo que pode fazer no dia-a-dia, não atividades isoladas que exijam um esforço extraordinário.

Atualmente quanta certeza você tem de que pode

1. Caminhar 800 metros em terreno plano?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
2. Levantar uma caixa pesando 5 quilos?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
3. Realizar um programa diário de exercícios a serem feitos em casa?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
4. Realizar os trabalhos de cuidados da casa?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
5. Fazer compras de supermercado ou de roupas?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
6. Participar de atividades sociais?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
7. Dedicar-se a passatempos ou atividades recreativas?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
8. Participar de atividades familiares?										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		
9. Realizar as tarefas de trabalho que você tinha antes do início da dor crônica? (Para donas de casa, favor considerar as tarefas da casa como as tarefas de trabalho).										
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Muita incerteza				Moderada certeza				Muita certeza		

Auto-eficácia para lidar com outros sintomas (AES)

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua capacidade de controlar sintomas físicos como a fadiga e a dor. Para cada pergunta, circule o número que corresponde a quanta certeza você tem de que atualmente pode realizar as atividades ou tarefas mencionadas.

1. Quanta certeza você tem de que pode controlar sua fadiga?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
2. Quanta certeza você tem de que pode regular sua atividade de forma a ficar ativo sem piorar os sintomas físicos (por exemplo, fadiga, dor)?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
3. Quanta certeza você tem de que pode fazer alguma coisa para se sentir melhor quando está triste?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
4. Comparando-se com outras pessoas com problemas de saúde crônicos como o seu, quanta certeza você tem de que pode controlar sua dor durante suas atividades diárias?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
5. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
6. Quanta certeza você tem de que pode lidar com a frustração provocada por problemas de saúde crônicos?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
7. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor leve ou moderada?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			
8. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor forte?									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Muita incerteza				Moderada certeza		Muita certeza			

ANEXO F – EQ-5D-3L

Assinale com uma cruz (assim) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde **hoje**.

Mobilidade

Não tenho problemas em andar

Tenho alguns problemas em andar

Estou limitado/a a ficar na cama

Cuidados Pessoais

Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais

Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir

Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

Atividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer*)

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais

Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais

Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

Dor / Mal Estar

Não tenho dores ou mal-estar

Tenho dores ou mal-estar moderados

Tenho dores ou mal-estar extremos

Ansiedade / Depressão

Não estou ansioso/a ou deprimido/a

Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a

Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**.

**O seu estado de
saúde hoje**

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

O melhor estado de
saúde imaginável

O pior estado de
saúde
imaginável