



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**



AMANDA ROSSI CORELHANO

**CONTROLE DA INTENSIDADE DE DOR EM PACIENTES COM
SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL EM MÚSCULO MASSÉTER,
APÓS ADMINISTRAÇÃO TÓPICA DE CAPSAICINA 8%**

CURITIBA

2018



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**



AMANDA ROSSI CORELHANO

**CONTROLE DA INTENSIDADE DE DOR EM PACIENTES COM
SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL EM MÚSCULO MASSÉTER,
APÓS ADMINISTRAÇÃO TÓPICA DE CAPSAICINA 8%**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná como requisito à obtenção do título de especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

Orientador: Daniel Bonotto

CURITIBA

2018

Resumo

A síndrome dolorosa miofascial (SDM) é um dos quadros mais frequentes dentre as dores crônicas orofaciais. Os músculos afetados possuem pontos de gatilho e encontram-se em estado de contração com aumento da rigidez, fadiga e tensão, promovendo a sensação de fraqueza muscular, restrição na amplitude de movimento, dor irradiada e, ocasionalmente, espasmos musculares. O tratamento considerado padrão ouro é o agulhamento (seco ou com anestésico) dos pontos de gatilho e tem o objetivo de promover sua inativação. Outras opções de tratamento, através do uso de medicações tópicas, têm sido propostas e uma substância de destaque dentre as utilizadas para a analgesia tópica é a capsaicina. Essa substância, em alta concentração, promove depleção da substância P, um neuropeptídeo presente em fibras nervosas sensitivas do tipo C, causando uma dessensibilização farmacológica e funcional o que gera resultados no controle da dor. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade da aplicação de um creme de capsaicina 8%, em sessão única, no controle da dor de pacientes diagnosticados com SDM no músculo masséter.

Palavras chave: síndromes da dor miofascial, dor, capsaicina

Abstract

Myofascial Pain Syndrome (MPS) is one of the most frequent conditions among chronic orofacial pains. Affected muscles have trigger points and are in a contracted state with increased stiffness, fatigue and tension, causing muscle weakness, restricted range of motion, radiated pain and occasionally muscle spasms. The treatment considered gold standard is the needling (dry or with anesthetic) of the trigger points and aims to promote its inactivation. Other treatment options, through the use of topical medications, have been proposed and an important substance among those used for topical analgesia is capsaicin. This substance, in high concentration, promotes depletion of substance P, a neuropeptide present in sensitive nerve fibers of the type C, causing a pharmacological and functional desensitization that generates results in pain control. Therefore, the objective of this study was to evaluate the effectiveness of a capsaicin cream 8%, in a single session, to control the pain in patients diagnosed with SDM in the masseter muscle.

Key-words: myofascial pain syndromes, pain, capsaicin

INTRODUÇÃO

A síndrome dolorosa miofascial (SDM) é um dos quadros mais frequentes dentre as dores crônicas orofaciais. A dor crônica é mais do que um sintoma, pois sua presença acarreta em alterações das atividades rotineiras, na qualidade do sono, no humor, na autoestima, no aproveitamento das relações interpessoais, no trabalho e no lazer (Pimenta, 1999).

A SDM caracteriza-se pela presença de pontos de gatilho (PG) que são nódulos firmes existentes na musculatura afetada, com tamanho médio de 3 a 6 milímetros, encontrados no exame de palpação muscular. Os músculos acometidos caracterizam-se pelo estado de contração com aumento da rigidez, fadiga e tensão, promovendo a sensação de fraqueza muscular, restrição na amplitude de movimento, dor irradiada e, ocasionalmente, espasmos musculares (Simons, 1999; Wheeler e Aaron, 2001). A presença de dor referida em outras regiões e bandas sensíveis à palpação são características determinantes no diagnóstico da síndrome dolorosa miofascial. O paciente portador da SDM, como consequência da dor, assume uma postura álgica que perpetua a contratura muscular e a dor, podendo resultar na formação de outros pontos de gatilho (Issy e Sakata, 2005).

Embora haja controvérsias na literatura, acredita-se que os pontos de gatilho originem-se de contrações extremamente localizadas de algumas fibras musculares com aumento da concentração de neurotransmissores algogênicos nesses pontos (Cummings e Baldry, 2007; Bron e Dommerholt, 2012). O tratamento da SDM atualmente considerado padrão ouro pela comunidade científica é o agulhamento (seco ou com anestésico) dos pontos de gatilho e tem o objetivo de promover sua inativação (Cummings e White, 2001). Alguns métodos não invasivos têm sido descritos na literatura, tais como: alongamento muscular passivo, eletroestimulação transcutânea, biofeedback, terapia cognitivo-comportamental e a laserterapia (Romero-Reyes e Uyanik 2014; Friction, 2016). O aconselhamento e orientação do paciente além do uso de dispositivos inter-oclusais também têm sido descrito na literatura como parte adjuvante no tratamento (Niemelä *et al.*, 2012; De Freitas *et al.*, 2013).

Outras opções de tratamento, através do uso de medicações tópicas, têm sido propostas (Ketenci *et al.*, 2009). As medicações tópicas são aplicadas diretamente na

região dolorosa afetada onde exercem suas ações farmacológicas. Uma substância de destaque dentre as utilizadas para a analgesia tópica é a capsaicina. Essa substância tem sido indicada principalmente para o controle da dor neuropática (Beltramo, 2009), neuralgia pós-herpética, neuropatia mista e diabética (Finnerup *et al.*, 2015).

A apresentação farmacêutica contendo capsaicina em concentração de 8% (Qutenza®) foi aprovada há alguns anos para comercialização na União Européia e nos Estados Unidos. Uma única aplicação com duração de 60 (sessenta) minutos em pacientes com dor neuropática produziu alívio efetivo da dor por até 12 (doze) semanas (Anand & Bley, 2011). A aplicação do adesivo transdérmico de capsaicina em alta concentração tem se mostrado segura e bem tolerada. Os efeitos adversos são limitados ao aumento transitório da intensidade da dor e reações locais como eritema e prurido (Qutenza (Official Website), Finnerup, 2015; Pinto *et al.*, 2018, Blair, 2018; Papagianni *et al.* 2018).

Considerando-se que a síndrome dolorosa miofascial e a dor neuropática possuem vias nociceptivas semelhantes (Gerwin, 1995; Cummings e Baldry, 2007; Shah *et al.*, 2015; Majlesi e Unalan, 2010) a utilização de uma medicação tópica, tal como a capsaicina, em alta concentração, poderia promover resultados satisfatórios no controle e na depleção da dor. Partindo desse pressuposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade da aplicação de um creme de capsaicina 8%, em sessão única, no controle da dor de pacientes diagnosticados com SDM no músculo masséter.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este ensaio clínico é parte integrante do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências e Saúde da Universidade Federal do Paraná (2501244). Os participantes foram recrutados a partir de indivíduos que buscaram tratamento para dor orofacial não odontogênica na Clínica de Odontologia da Universidade Federal do Paraná - Curitiba. Após anamnese, exame clínico e avaliação realizada por meio do Critério de Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD) apenas pacientes com diagnóstico de dor miofascial no músculo masséter foram selecionados (Anexo 1).

Seleção dos pacientes

A amostra foi composta por indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, diagnosticados com síndrome dolorosa miofascial que procuraram o serviço de DTM e Dor Orofacial da Universidade Federal do Paraná e que, após explicação detalhada sobre a pesquisa a ser realizada, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceitando fazer parte do projeto (Anexo 2).

Os critérios de exclusão deste estudo foram: pessoas com idade inferior a 18 anos, histórico de hipersensibilidade aos componentes do anestésico, gestantes e lactentes; pessoas com alergias ou hipersensibilidade a pimenta; pessoas com dermatite ou erupções cutâneas (dermatite atópica,

dermatite seborréica, dermatite de contato alérgica, dermatite de contato irritativa, dermatite esfoliativa, prurido, urticária, psoríase, infecções de pele, úlceras cutâneas). Aqueles que não puderam ser incluídos na pesquisa, mas apresentaram quadro de SDM, foram encaminhados para tratamento na clínica de DTM.

No período de março a junho de 2018, dez (dez) pacientes diagnosticados com SDM e que correspondiam às características de inclusão foram selecionados para a pesquisa.

Randomização da amostra

Os pacientes foram aleatoriamente alocados em 2 grupos: Grupo A (Orientação, aconselhamento e agulhamento com anestésico do ponto de gatilho) e Grupo C (Orientação, aconselhamento e uso de medicação tópica à base de capsaicina 8% sobre o ponto de gatilho). Cinco papéis com a identificação de cada grupo foram colocados em envelopes pardos sem qualquer identificação externa. Cada indivíduo selecionado para a pesquisa recebeu um envelope o qual foi aberto por um dos pesquisadores envolvidos com o atendimento clínico. A terapia indicada pelo sorteio foi rigorosamente seguida. Cinco pacientes foram sorteados para o grupo A e cinco pacientes foram sorteados para o grupo C.

Localização da área para tratamento e orientação dos pacientes

Para a localização exata dos pontos de gatilho foi utilizado o protocolo descrito por Travell e Simons, 1999. Após descrever a história da dor, cada paciente mostrou em um desenho esquemático a localização geral da dor (Figura 1). O exame clínico foi então realizado através da palpação das bandas musculares tensas até que um ponto mais sensível fosse encontrado.

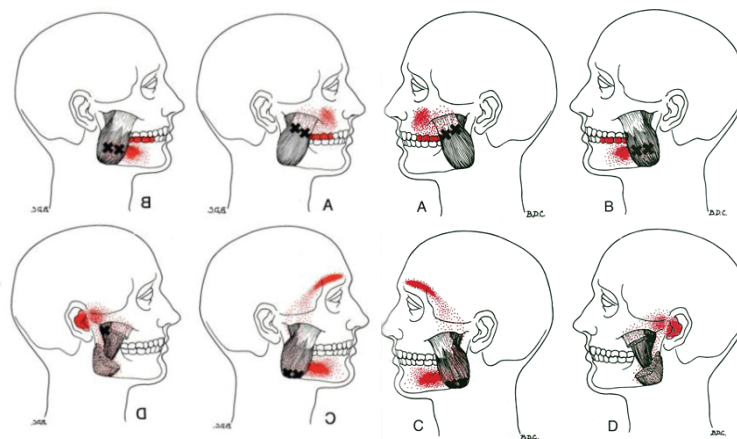


Figura 1. Mapeamento do Ponto de Gatilho

Esse ponto foi então comprimido por 10 segundos com 1(um) kg de pressão, aferida de forma objetiva através do uso do Algômetro - Wagner Pain Test TM, Modelo FPK 100 (Figura 2). O paciente foi questionado sobre a quantidade de dor e alguma sensação à distância do ponto de gatilho - dor referida.



Figura 2. Algômetro Wagner Pain Test TM, Modelo FPK 100 – Pressão de 1(um) Kg sobre a área do ponto de gatilho

Todos os pacientes receberam aconselhamento de acordo com o proposto por De Freitas (2013). Os pacientes foram informados sobre os tipos de tratamentos existentes e o prognóstico de cada caso. A dor muscular frequentemente está associada à hiperatividade, sendo assim, foi orientado que o sistema estomatognático fosse utilizado de maneira estritamente funcional, evitando-se todo tipo de parafunção. Os pacientes foram instruídos a não apertar os dentes durante o dia, mastigar apenas alimentos macios, não morder objetos e restringir os movimentos mandibulares ao limite da dor. Os pacientes foram encorajados a realizarem atividades que minimizasse seu estresse diário (Anexo 3).

Tratamento com agulhamento

A injeção foi realizada dentro do músculo afetado, especificamente na região do ponto de gatilho e não nos tecidos subcutâneos. Foi utilizada lidocaína 2% sem vasoconstritor para o agulhamento. A técnica de injeção seguiu o protocolo descrito por Okeson (2008).

- O ponto de gatilho foi digitalmente localizado e pressionado com firmeza para localizar o feixe de tensão que, uma vez identificado, foi movimentado para cima e para baixo até que a área mais dolorida fosse identificada.

- Uma vez demarcado o ponto de gatilho, o tecido cutâneo sobre dele foi limpo com álcool. O PG foi então aprisionado entre dois dedos, para que a agulha fosse colocada nesta área, sem movimento do feixe de tensão.

- A ponta da agulha foi inserida no tecido superficial ao ponto de gatilho e penetrou até a profundidade do feixe de tensão (Figura 3). Foi realizada aspiração para assegurar que a agulha não estava em um vaso sanguíneo. Então, uma pequena quantidade de anestésico foi depositada na área central do ponto de gatilho ($\frac{1}{4}$ de tubete).

- A ponta da agulha foi movimentada em “forma de leque”, suavemente. Isto foi realizado tirando-se a agulha até a metade, mudando a direção da agulha levemente e recolocando dentro do feixe de tensão na mesma profundidade. Para isso, a ponta da agulha não foi totalmente removida do tecido. Esta manipulação foi repetida diversas vezes, até que o paciente confirmasse o toque na região de sensibilidade mais intensa.

- Uma vez completada a injeção, a agulha será foi completamente removida e uma gaze estéril mantida no local da injeção com leve pressão por 30 segundos para assegurar a hemostasia.



Figura 3 – Técnica de agulhamento preconizada por Okeson, 2008

Tratamento com medicação tópica

Preparo do creme de Capsaicina 8%

O creme (fórmula creme-base + extrato de capsaicina pura 98% Sanbio Científica LTDA) foi formulado de acordo com as normas da ANVISA e boas práticas de manipulação (BPM) e fabricação (BPF) - Resolução nº 210, de 4 de agosto de 2003 e Resolução nº 67, de 8 de agosto de

2007. O preparo do creme foi realizado conforme a formulação descrita por Motta em 2015 e os componentes da fórmula estão dispostos no quadro abaixo.

Quadro 1. Formulação do creme de capsaicina.

O/A: emulsão fase interna oleosa, fase externa aquosa.

| Creme de Capsaicina | | |
|--|--|----------|
| <i>Componentes e suas respectivas funções:</i> | | <i>%</i> |
| A | Álcool cetosteárilico (agente emulsionante) | 6 |
| | Álcool cetosteárilico etoxilado (agente tensoativo O/A) | 3 |
| | Miristato de isopropila (agente emoliente) | 4 |
| | Palmitato de cetosteárilico (doador de consistência e viscosidade) | 3 |
| | Cyclopentasiloxane (silicone promotor de antioleosidade) | 1 |
| | BHT (antioxidante) | 0,05 |
| | Lanolina (agente emoliente e promotor de absorção) | 0,5 |
| | Propilparabeno (conservante) | 0,02 |
| B | Metilparabeno (conservante) | 0,18 |
| | Propilenoglicol (agente solubilizante) | 3 |
| | Água purificada qsp (veículo) | 100 |
| C | Capsaicina (pó) princípio ativo | 8 |
| | Álcool de cereais qsp (agente solubilizante) | 8 |

Foi preparada a quantidade de 1(um) grama de creme, cuja técnica de preparação constitui-se pelas fases graxa (A) e aquosa (B). Essas fases foram pesadas separadamente em béqueres e aquecidas à temperatura elevada o suficiente para a fusão e/ou solubilização dos sólidos - de 75°C a 80°C. Em seguida, a fase aquosa foi vertida sobre a fase oleosa, com a fase aquosa em constante agitação a 1500 rpm - agitador Fisatom, modelo 713 D (Figura 4) - e mantida até o resfriamento da preparação conforme preconizado por Rangel, em 1998. A formulação base foi escolhida devido ao fato de ser uma emulsão simples, não iônica e de fácil incorporação de ativos, além de ter sido aprovada por testes pré-clínicos e de estabilidade. A fase C refere-se ao pó de capsaicina pura (98%) previamente solubilizado em álcool de cereais e incorporado ao creme base. Como promotor de absorção cutânea, 0,5% de lanolina foi adicionado à formulação. A formulação foi envasada e acondicionada em temperatura ambiente, ao abrigo da luz (Ferreira, 2000; Ferreira, 2008). O envase foi realizado em uma seringa de 1ml (insulina) estéril apropriada para que pudesse ser feita a aplicação direta do produto sem sua manipulação com espátulas ou outros instrumentos (Figura 5).



Figura 4 - Agitador Fisatom, modelo 713 D usada para incorporar a fase graxa á fase aquosa



Figura 5 – Seringa estéril de 100U (1ml) utilizada para armazenamento do creme de capsaicina 8%

Aplicação da medicação tópica

A medicação tópica (creme capsaicina 8%) foi aplicada conforme o seguinte protocolo: Após a identificação do ponto de gatilho, a área a ser tratada foi limpa e isolada com matriz plástica auto-adesiva (Figura 6) para que o creme pudesse ser aplicado exatamente no PG sem afetar as regiões adjacentes. Primeiramente foi aplicado anestésico local tópico por 50 (cinquenta) minutos (lidocaína 4% creme). A região foi limpa novamente e o creme de capsaicina 8% foi aplicado por 30 (trinta) minutos, apoiando-se na terapia proposta por Qutenza, em 2011 e Anand e Bley, em 2011 (Figura 7). Após 30 (trinta minutos), a medicação foi removida e a pele higienizada com soro fisiológico e álcool.



Figura 6 – Adesivo plástico usado para delimitar a área de aplicação do creme de capsaicina



Figura 7 – Aplicação do creme de capsaicina 8% sobre o ponto de gatilho delimitado e isolado com papel adesivo.

Avaliação da intensidade de dor dos pacientes

A dor foi avaliada em 3 (três) fases - consulta inicial, após 7 dias da intervenção e após 3 três meses. Para essas avaliações utilizou-se a Escala Analógica Visual (VAS). Essa medida consiste em uma linha de 15 cm, com identificações de 0 a 10 (Figura 8). Cada parte corresponde a uma intensidade de dor – leve, moderada ou intensa. Os pacientes foram instruídos a marcar na escala o número e *emoji* que mais se parecesse com a dor sentida naquele momento da avaliação (Ferreira-Valente *et al.*, 2011).

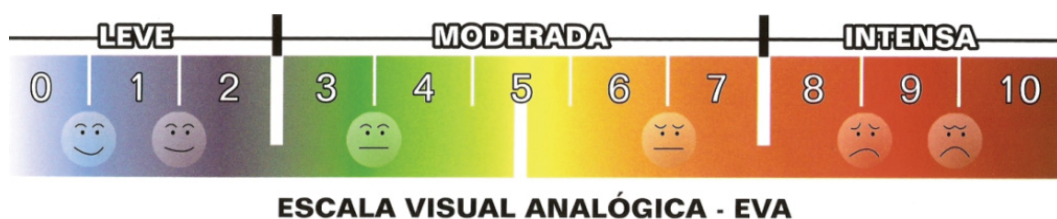


Figura 8 - Escala Visual Analógica

De acordo com os autores Sousa e Silva, em 2005, este instrumento é considerado sensível, simples, reproduzível e universal, podendo ser compreendido em distintas situações onde há diferenças culturais ou de linguagem do avaliador, clínico ou examinador. Os pacientes receberam em cada fase de avaliação uma escala nova, não havendo contato com a resposta que haviam marcado na avaliação anterior.

RESULTADOS

Dos 10 (dez) pacientes selecionados, 1 (um) paciente desistiu do tratamento antes da realização da terapia e 1 (um) paciente do Grupo A não retornou para acompanhamento. Desta forma, permaneceram 3 (três) pacientes no Grupo A (Agulhamento) e 5 pacientes no grupo C (Capsaicina) até o final das avaliações.

Os dados obtidos foram submetidos à análise de variância (ANOVA, α 0,05) e estão descritos na Tabela 1, exemplificada abaixo.

Tabela 1 – Resultados das comparações entre grupos

Médias \pm desvios-padrão da intensidade de dor avaliada pela Escala Visual Analógica para cada grupo nos diferentes tempos de avaliação

| | A (Agulhamento) | C (Capsaicina) |
|---------|--------------------|-------------------|
| Inicial | 6,83 \pm 1,04 aA | 7,8 \pm 1,80 cA |
| 7 dias | 3,50 \pm 0,50 bB | 4,6 \pm 3,20 dB |
| 3 meses | 3,00 \pm 2,64 bC | 2,0 \pm 1,41 eC |

*letras minúsculas comparam diferenças entre linhas, letras maiúsculas comparam diferenças entre colunas (ANOVA α 0,05)

Na avaliação inicial (prévia à realização da terapia) a intensidade média de dor para os pacientes era de 6,83 para o Grupo A e 7,8 para o Grupo C. Após 7 (sete) dias das intervenções pôde-se observar diferença na intensidade de dor nos dois grupos. Após 3 (três) meses de tratamento, o Grupo A demonstrou estabilidade na intensidade de dor, que manteve-se igual estatisticamente. Entretanto, no Grupo C, pôde-se observar que entre o 7º dia e o terceiro mês, houve diminuição da dor estatisticamente significativa.

Três pacientes que participaram do Grupo C relataram ardência de intensidade leve à moderada no início da aplicação do creme, que cessou após alguns minutos. Um

paciente relatou sensação de amortecimento ao remover o creme, com retorno da sensibilidade normal após algumas horas. Todos os pacientes do Grupo C apresentaram eritema no local da aplicação do creme, sendo que em um deles, o halo se estendeu por aproximadamente 0,5 cm da região isolada para a aplicação. Uma paciente do Grupo A relatou desconforto no local em que foi realizada a punção.

DISCUSSÃO

A síndrome dolorosa miofascial é uma das causas mais comuns de dor musculoesquelética e frequentemente compromete a musculatura mastigatória. Algumas terapias baseiam-se na administração de medicamentos, reabilitação muscular, remoção dos fatores perpetuantes ou agravantes tais como as alterações posturais, exercícios, alongamentos, acupuntura, medidas fisiátricas, estimulação elétrica transcutânea (TENS), técnicas de relaxamento e de suporte psicológicos (Majlesi e Unalan, 2010; Romero-Reyes e Uyanik, 2014). Essas terapias podem ser utilizadas isoladamente ou de maneira conjunta, sendo que na literatura, estudos demonstram que a terapia combinada é mais eficaz que a monoterapia (Yeng,*et al.*, 2003; Friction, 2016). Considerando a importância da associação de técnicas, nesta pesquisa todos os pacientes receberam além do tratamento proposto – agulhamento ou medicação tópica - orientações comportamentais como medidas de controle de parafunção e hábitos deletérios que pudessem perpetuar a dor e promover a formação de novos pontos de gatilho.

O tratamento considerado padrão ouro da SDM consiste no agulhamento (seco ou com anestésico) dos pontos de gatilho com a finalidade de interromper o ciclo vicioso dor-espasmo-dor (Simons, 1999; Cummings e White, 2001) e tem como objetivo principal a desativação desses pontos. A infiltração em pontos de gatilho pode ser realizada sem qualquer solução ou medicação – Agulhamento seco (Wheeler *et al.*, 2001), com anestésico local (lidocaína a 2%), medicação opióide (morfina, fentanil) ou toxina botulínica (Issy e Sakata, 2005). Alguns estudos já demonstraram não haver diferenças estatisticamente significativa quando se compara o agulhamento com lidocaína, lidocaína associada a corticóide, injeção de toxina botulínica e agulhamento a seco. Todas essas técnicas foram igualmente eficientes na redução dos sintomas gerados pelos pontos de gatilho (Ay *et al.*, 2010; Silva, 2012) ao longo de até 3 meses (Kamanli *et al.*, 2004; Graboski *et al.*, 2005; Venâncio *et al.*, 2005).

Nesta pesquisa, utilizamos como controle o grupo que recebeu agulhamento com anestésico (lidocaína 2% sem vasoconstritor) nos pontos de gatilho. O agulhamento foi realizado de acordo com o protocolo clássico, visto que vasos, vísceras, estruturas nervosas e respiratórias podem ser traumatizadas durante o a infiltração (Okeson, 2008). A lidocaína 2% sem vasoconstritor foi

empregada para promover maior conforto aos pacientes no momento da intervenção. Pôde-se observar que os pacientes que receberam essa terapia relataram melhora significativa com apenas uma sessão e que esse resultado se manteve estável até a última avaliação – 3 meses - o que corrobora com o resultado de pesquisas anteriores (Malmberg *et al.*, 2004; Silva, 2012)

Devido aos riscos e à sensibilidade da técnica, somada ao desconforto inerente das infiltrações e a aversão de alguns pacientes ao uso de agulhas, outras terapias menos invasivas tem sido estudadas para o controle da SDM. Dentre elas, destaca-se a utilização de medicações tópicas, meio em que a capsaicina tem sido emergente (Ketenci *et al.*, 2013; Casanueva, 2013; Motta, 2015).

O efeito analgésico obtido pela aplicação tópica da capsaicina ocorre através da depleção da substância P, um neuropeptídeo presente em fibras nervosas sensitivas do tipo C. A aplicação repetida leva a dois tipos de dessensibilização: uma farmacológica, onde há um declínio progressivo do estímulo em resposta a capsaicina, e outra funcional, com redução ou perda de outros estímulos. Isso ocorre uma vez que a capsaicina é um agonista potente e altamente seletivo do TRPV-1 (Knotova *et al.*, 2008; Baranidharan *et al.*, 2013). O TRPV-1 é um canal iônico tetramérico transmembrana que possui uma permeabilidade preferencial e significativa ao cálcio, estando principalmente incorporado a terminais nociceptivos de Fibras A δ e C periféricamente (Abdel-Salam, 2014). Esses canais são ativados por estímulos ambientais (acidose e altas temperaturas) e vários compostos endógenos - lipoxigenase derivados, anandamida e N-acildopaminas (Gomtsyan e Faltynek, 2010). Quando nociceptores portadores do TRPV-1 são expostos à capsaicina ocorre um efeito prolongado com a taxa de permeabilidade de cálcio e sódio, aumentando de 8:1 para 25:1 (Anand e Bley, 2011). Através destes efeitos, a aplicação de uma dose única de capsaicina em alta concentração (ou aplicações repetidas com concentrações mais baixas) resulta em uma função local continuamente alterada dos terminais nervosos nociceptivos expressados pelo TRPV-1 (Bley, 2010; Henrich, 2015).

Inicialmente, a capsaicina foi abordada em baixas concentrações para controle de dor, especialmente a dor neuropática, variando normalmente de 0,025% a 0,075% nas formas farmacêuticas de creme, gel, pomada e emulsão. Contudo, doses e concentrações mais baixas têm demonstrado benefícios clínicos apenas em curto prazo e necessitando de aplicações recorrentes para manutenção de seu efeito terapêutico (Casanueva *et al.*, 2013. Griebeler *et al.*, 2014).

Recentemente, a capsaicina passou a ser utilizada em altas concentrações. Sua primeira forma farmacêutica comercializada foi o adesivo transdérmico em concentração de 8% com nome comercial Qutenza®. Essa medicação apresenta 640 mcg/cm² de capsaicina sintética com uma dose total de 179 mg por adesivo e foi aprovada para comercialização na União Européia e nos Estados Unidos. No entanto, não está disponível para comercialização no Brasil.

Estudos demonstram que uma única aplicação do Qutenza® por 60 minutos em pacientes com dor neuropática gerou alívio efetivo da dor por até 12 semanas (Anand e Bley, 2011). As vantagens do uso da capsaicina em alta concentração incluem a maior duração do efeito, a adesão do paciente ao tratamento e o baixo risco de efeitos sistêmicos ou interações medicamentosas. A eficácia sustentada por até 3 meses de uma aplicação única de capsaicina em alta concentração (8%) através do adesivo transdérmico foi relatada em neuropatias dolorosas – pacientes diabéticos (Ostrovski *et al.*, 2017). Esse tratamento pode ter um custo-benefício comparável com a administração sistêmica de pregabalina (Van Nooten, 2017).

Os adesivos transdérmicos de capsaicina devem ser aplicados por um profissional capacitado e treinado, podendo ser utilizados até quatro adesivos simultaneamente pelo tempo de 30 a 60 minutos. A segurança em longo prazo das repetidas aplicações parece favorável com base em estudos abertos prospectivos. Entretanto, ainda não há dados em longo prazo sobre os efeitos nas fibras nervosas epidérmicas (Gibbons, 2010). Essa modalidade de tratamento tem sido bem tolerada em pacientes com dor neuropática periférica, incluindo a neuropatia diabética periférica, a neuralgia pós-herpética e a neuropatia associada ao HIV (Finnerup *et al.*, 2015; Simpson, 2017).

Um recente trabalho de pós-graduação (Motta, 2015) realizou a manipulação de uma forma farmacêutica semi-sólida (creme) de capsaicina 8% com a finalidade de tratar pacientes com síndrome dolorosa miofascial. A formulação foi submetida aos ensaios microbiológicos, físicos e químicos para avaliação da qualidade (conforme preconizado pela ANVISA) e apresentou características satisfatórias. Neste trabalho, a administração das formulações não ocasionaram lesões agudas ou crônicas na pele dos pacientes, sendo a formulação de capsaicina 8% bem tolerada. Da mesma forma que o adesivo transdérmico, a emulsão de capsaicina 8% se mostrou eficaz no tratamento da dor presente na SDM lombar por até 60 (sessenta) dias após única aplicação tópica. Considerando os resultados satisfatórios dessa pesquisa, utilizamos o mesmo protocolo para preparo da emulsão de capsaicina 8% para tratamento de SDM, em músculo masséter.

Os resultados do presente estudo demonstraram que os pacientes submetidos ao tratamento com aplicação única da formulação de capsaicina 8% obtiveram diminuição gradativa da intensidade da dor. Possivelmente esse efeito ocorreu devido aos mecanismos de dessensibilização progressiva promovidos pelo agente. Estudos anteriores com biópsias demonstraram denervação epidérmica transitória simultânea a uma perda funcional sensorial, particularmente da sensação de dor desencadeada pelo calor. Essas alterações são reversíveis quando a terapia é descontinuada (Chung, 2016). Desta maneira, é esperado que a sensibilidade retorne gradativamente. Nesse sentido, avaliações com prazo superior a 3 (três) meses deveriam ser realizadas para verificar em

quanto tempo a sensação dolorosa retorna ao seu valor inicial e quando seria o melhor momento para uma nova intervenção.

Alguns pacientes deste estudo relataram ardência local e eritema (halo maior que a área da aplicação) sendo ambos transitórios. Esses eventos estão de acordo com achados de outros estudos clínicos (Qutenza, 2011; Attal, 2018 e Blair, 2018). A pungência e o incômodo causados pela capsaicina são circunscritos ao local da aplicação durando de minutos a horas, sendo que o efeito terapêutico deve ser na ordem de dias a meses. Mesmo que justificável pelo benefício do controle da dor, esse efeito colateral pode ser controlado sem interferir nos efeitos analgésicos através da aplicação de anestésico tópico – lidocaína – previamente (Knolle *et al.*, 2013). Essa estratégia foi recomendada para o uso da medicação Qutenza e, da mesma maneira, empregada neste estudo.

CONCLUSÃO

Considerando todas as limitações desse estudo, pôde-se observar que os grupos de tratamento foram comparáveis, não havendo diferenças estatisticamente significativa entre eles para o mesmo tempo de avaliação. Assim, sugere-se que o tratamento com aplicação de um creme a base de capsaicina 8% pode ser benéfica para o tratamento de SDM em músculo masséter.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABDEL-SALAM, Omar ME (Ed.). Capsaicin as a therapeutic molecule. Springer Science & Business Media, 2014.
2. ANAND, Praveen; BLEY, K. Topical capsaicin for pain management: therapeutic potential and mechanisms of action of the new high-concentration capsaicin 8% patch. *British journal of anaesthesia*, v. 107, n. 4, p. 490-502, 2011.
3. ATTAL, N. Pharmacological treatments of neuropathic pain: The latest recommendations. *Revue neurologique*, 2018.
4. AY, Saime; EVCİK, Deniz; TUR, Birkan Sonel. Comparison of injection methods in myofascial pain syndrome: a randomized controlled trial. *Clinical rheumatology*, v. 29, n. 1, p. 19, 2010.
5. BARANIDHARAN, Ganesan; DAS, Sangeeta; BHASKAR, Arun. A review of the high-concentration capsaicin patch and experience in its use in the management of neuropathic pain. *Therapeutic advances in neurological disorders*, v. 6, n. 5, p. 287-297, 2013.

6. BELTRAMO, Massimiliano. Cannabinoid type 2 receptor as a target for chronic-pain. Mini reviews in medicinal chemistry, v. 9, n. 1, p. 11-25, 2009.
7. BLAIR, Hannah A. Capsaicin 8% Dermal Patch: A Review in Peripheral Neuropathic Pain. Drugs, v. 78, n. 14, p. 1489-1500, 2018.
8. BLEY, Keith R. TRPV1 agonist approaches for pain management. Vanilloid Receptor TRPV1 in Drug Discovery, p. 325-347, 2010.
9. BRON, Carel; DOMMERHOLT, Jan D. Etiology of myofascial trigger points. Current pain and headache reports, v. 16, n. 5, p. 439-444, 2012.
10. CASANUEVA, Benigno et al. Short-term efficacy of topical capsaicin therapy in severely affected fibromyalgia patients. Rheumatology international, v. 33, n. 10, p. 2665-2670, 2013.
11. CHUNG, Man-Kyo; CAMPBELL, James N. Use of capsaicin to treat pain: mechanistic and therapeutic considerations. Pharmaceuticals, v. 9, n. 4, p. 66, 2016.
12. CUMMINGS, Mike; BALDRY, Peter. Regional myofascial pain: diagnosis and management. Best practice & research clinical rheumatology, v. 21, n. 2, p. 367-387, 2007.
13. CUMMINGS, T. Michael; WHITE, Adrian R. Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review. Archives of physical medicine and rehabilitation, v. 82, n. 7, p. 986-992, 2001.
14. DE FREITAS, R. F. C. P. et al. Counselling and self-management therapies for temporomandibular disorders: a systematic review. Journal of oral rehabilitation, v. 40, n. 11, p. 864-874, 2013.
15. SOBRENOME, Nome Abreviado. Título: subtítulo (se houver). Edição (se houver). Local de publicação: Editora, data de publicação da obra.
16. FERREIRA, A.O. Guia Prático da Farmácia Magistral. Boas Práticas de Manipulação. 2ª ed. Juiz de Fora: Ortofarma, 2000.
17. FERREIRA, A.O. Guia Prático da Farmácia Magistral. 3ª ed. São Paulo: Pharmabooks, 2008.
18. FERREIRA-VALENTE, Maria Alexandra; PAIS-RIBEIRO, José Luís; JENSEN, Mark P. Validity of four pain intensity rating scales. Pain®, v. 152, n. 10, p. 2399-2404, 2011.
19. FINNERUP, Nanna B. et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Neurology, v. 14, n. 2, p. 162-173, 2015.
20. FRICTON, James. Myofascial pain: mechanisms to management. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics, v. 28, n. 3, p. 289-311, 2016.
21. GERWIN, R. D. A study of 96 subjects examined both for fibromyalgia and myofascial pain. J Musculoskeletal Pain, v. 3, n. Suppl 1, p. 121, 1995.
22. GERWIN, Robert. Botulinum toxin treatment of myofascial pain: a critical review of the literature. Current pain and headache reports, v. 16, n. 5, p. 413-422, 2012.


23. GIBBONS, Christopher H.; WANG, Ningshan; FREEMAN, Roy. Capsaicin induces degeneration of cutaneous autonomic nerve fibers. *Annals of neurology*, v. 68, n. 6, p. 888-898, 2010.
24. GOMTSYAN, Arthur; FALTYNEK, Connie R. Vanilloid receptor TRPV1 in drug discovery: targeting pain and other pathological disorders. John Wiley & Sons, 2010.
25. GRABOSKI, Corrie L.; GRAY, D. Shaun; BURNHAM, Robert S. Botulinum toxin A versus bupivacaine trigger point injections for the treatment of myofascial pain syndrome: a randomised double blind crossover study. *Pain*, v. 118, n. 1-2, p. 170-175, 2005.
26. GRIEBELER, Marcio L. et al. Pharmacologic interventions for painful diabetic neuropathy: an umbrella systematic review and comparative effectiveness network meta-analysis. *Annals of internal medicine*, v. 161, n. 9, p. 639-649, 2014.
27. HENRICH, Florian et al. Capsaicin-sensitive C-and A-fibre nociceptors control long-term potentiation-like pain amplification in humans. *Brain*, v. 138, n. 9, p. 2505-2520, 2015
28. ISSY, Adriana Machado; SAKATA, Rioko Kimiko. Dor músculo-esquelética. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 62, n. 12, p. 72-79, 2005.
29. KAMANLI, Ayhan et al. Comparison of lidocaine injection, botulinum toxin injection, and dry needling to trigger points in myofascial pain syndrome. *Rheumatology international*, v. 25, n. 8, p. 604-611, 2005.
30. KETENCI, Ayşegül; BASAT, Hande; ESMAEILZADEH, Sina. The efficacy of topical thiocolchicoside (Muscoril®) in the treatment of acute cervical myofascial pain syndrome: a single-blind, randomized, prospective, phase IV clinical study. *Ağrı-The Journal of The Turkish Society of Algology*, v. 21, n. 3, p. 95-103, 2009.
31. KNOLLE, Erich et al. Comparison of cooling and EMLA to reduce the burning pain during capsaicin 8% patch application: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *PAIN®*, v. 154, n. 12, p. 2729-2736, 2013.
32. KNOTKOVA, Helena; PAPPAGALLO, Marco; SZALLASI, Arpad. Capsaicin (TRPV1 Agonist) therapy for pain relief: farewell or revival?. *The Clinical journal of pain*, v. 24, n. 2, p. 142-154, 2008.
33. MAJLESI, Javid; UNALAN, Halil. Effect of treatment on trigger points. *Current pain and headache reports*, v. 14, n. 5, p. 353-360, 2010.
34. MALMBERG, Annika B. et al. Reduced heat sensitivity and epidermal nerve fiber immunostaining following single applications of a high-concentration capsaicin patch. *Pain*, v. 111, n. 3, p. 360-367, 2004.
35. MOTTA, Valeria Romero Vieira da. Exposição de pacientes com síndrome de dor miofascial (SDM) à capsaicina: desenvolvimento de forma farmacêutica de uso tópico com possível ação analgésica. 2015.

36. NIEMELÄ, K. et al. Efficacy of stabilisation splint treatment on temporomandibular disorders. *Journal of oral rehabilitation*, v. 39, n. 11, p. 799-804, 2012.
37. OKESON, Jeffrey P. **The classification of orofacial pains**. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, v. 20, n. 2, p. 133-144, 2008.
38. OSTROVSKY, Daniel A. Single Treatment With Capsaicin 8% Patch May Reduce Pain and Sleep Interference up to 12 Weeks in Patients With Painful Diabetic Peripheral Neuropathy. *Explore: The Journal of Science and Healing*, v. 13, n. 5, p. 351-353, 2017.
39. PAPAGIANNI, Aikaterini et al. Capsaicin 8% patch reversibly reduces A-delta fiber evoked potential amplitudes. *Pain reports*, v. 3, n. 2, 2018.
40. PIMENTA, Cibele AM. *Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.
41. PINTO, Joana Tenreiro et al. Efficacy Analysis of Capsaicin 8% Patch in Neuropathic Peripheral Pain Treatment. *Pharmacology*, v. 101, n. 5-6, p. 290-297, 2018.
42. Qutenza. Official website of qutenza (trademarked) patch. Available online: <http://www.qutenza.com/>
43. RANGEL, V.L.B.I. *Desenvolvimento, estabilidade e liberação in vitro de preparações lipolíticas*. (Tese) Faculdade de Ciências Farmacêuticas. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1988.
44. ROMERO-REYES, Marcela; UYANIK, James M. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*, v. 7, p. 99, 2014.
45. SHAH, Jay P. et al. Myofascial trigger points then and now: a historical and scientific perspective. *PM&R*, v. 7, n. 7, p. 746-761, 2015.
46. SILVA, Renato Oliveira Ferreira da et al. Evaluation of dry needling and 0.5% lidocaine injection therapies in myofascial pain trigger points in masticatory muscles. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 17, n. 2, p. 113-118, 2012.
47. SIMONS, J. G. **Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual** (2-volume set). 1999.
48. SIMPSON, David M. et al. Capsaicin 8% patch in painful diabetic peripheral neuropathy: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of Pain*, v. 18, n. 1, p. 42-53, 2017.
49. SOUSA, Fátima Faleiros; SILVA, JA da. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor*, v. 6, n. 1, p. 469-513, 2005.
50. VAN NOOTEN, Floortje et al. Capsaicin 8% Patch Versus Oral Neuropathic Pain Medications for the Treatment of Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: A Systematic Literature Review and Network Meta-analysis. *Clinical therapeutics*, v. 39, n. 4, p. 787-803. e18, 2017.

51. VENÂNCIO, Roberta de Abreu et al. Efeito de diferentes substâncias na técnica de injeção em trigger points em pacientes portadores de dor miofascial e cefaléia crônica. 2005.
52. WHEELER, Anthony H.; AARON, George W. Muscle pain due to injury. Current pain and headache reports, v. 5, n. 5, p. 441-446, 2001.
53. YENG, Lin Tchia; KAZIYAMA, Helena Hideko Seguchi; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Síndrome dolorosa miofascial. Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial, v. 3, n. 9, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

| RDC - TMD | | |
|---|---------------------------|--------|
|  | | |
| Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders | | |
| Português - BRASIL | | |
| Nome | Prontuário / Matrícula n° | RDC n° |
| Examinador | Data ____ / ____ / ____ | |
| HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO | | |
| Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta. | | |
| 1. Como você classifica sua saúde em geral? | | |
| <input type="radio"/> 1 Excelente | | |
| <input type="radio"/> 2 Muito boa | | |
| <input type="radio"/> 3 Boa | | |
| <input type="radio"/> 4 Razoável | | |
| <input type="radio"/> 5 Ruim | | |
| 2. Como você classifica a saúde da sua boca? | | |
| <input type="radio"/> 1 Excelente | | |
| <input type="radio"/> 2 Muito boa | | |
| <input type="radio"/> 3 Boa | | |
| <input type="radio"/> 4 Razoável | | |
| <input type="radio"/> 5 Ruim | | |
| 3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas? | | |
| <input type="radio"/> 0 Não | | |
| <input type="radio"/> 1 Sim | | |
| <small>[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 14.a]</small> | | |
| <small>[Se a sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]</small> | | |
| 4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez? | | |
| <small>[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a]</small> | | |
| <small>[Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]</small> | | |
| 4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> Ano(s) | | |
| 4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> Mês(es) | | |
| 5. A dor na face ocorre? | | |
| <input type="radio"/> 1 O tempo todo | | |
| <input type="radio"/> 2 Aparece e desaparece | | |
| <input type="radio"/> 3 Ocorreu somente uma vez | | |
| 6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face? | | |
| <input type="radio"/> 1 Não | | |
| <input type="radio"/> 2 Sim, nos últimos seis meses. | | |
| <input type="radio"/> 3 Sim, há mais de seis meses. | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| 7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"? | | | | | | | | | | | | |
| NENHUMA DOR | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | A PIOR DOR POSSÍVEL |
| 8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"? | | | | | | | | | | | | |
| NENHUMA DOR | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | A PIOR DOR POSSÍVEL |
| 9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"? | | | | | | | | | | | | |
| NENHUMA DOR | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | A PIOR DOR POSSÍVEL |
| 10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face? | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> Dias | | | | | | | | | | | | |
| 11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma interferência" e 10 é "incapaz de realizar qualquer atividade"? | | | | | | | | | | | | |
| NENHUMA INTERFERÊNCIA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE |
| 12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"? | | | | | | | | | | | | |
| NENHUMA MUDANÇA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | MUDANÇA EXTREMA |
| 13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"? | | | | | | | | | | | | |
| NENHUMA MUDANÇA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | MUDANÇA EXTREMA |
| 14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca? | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Não | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Sim | | | | | | | | | | | | |
| [Se você nunca teve travamento da mandíbula, PULE para a pergunta 16.a] | | | | | | | | | | | | |
| [Se já teve travamento da mandíbula, PASSE para a próxima pergunta] | | | | | | | | | | | | |
| 14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar? | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Não | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Sim | | | | | | | | | | | | |
| 15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca? | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Não | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Sim | | | | | | | | | | | | |
| 15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso? | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Não | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Sim | | | | | | | | | | | | |

15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?

Não

Sim

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?

Não

Sim

15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) "cansada" ou dolorida quando você acorda pela manhã?

Não

Sim

15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?

Não

Sim

15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/ estranha?

Não

Sim

16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?

Não

Sim

16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. já teve artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?

Não

Sim

16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?

Não

Sim

[Se você não teve dor ou inchaço, PULE para a pergunta 17.a.]

[Se você já teve, dor ou inchaço, PASSE para a próxima pergunta]

16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?

Não

Sim

17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?

Não

Sim

[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 18]

[Se sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]

17.b. A sua dor na face (em locais como a região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma?

Não

Sim

18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?

Não

Sim

19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo), impedem, limitam ou prejudicam?

| | NÃO | SIM |
|---|-----|-----|
| a. Mastigar | 0 | 1 |
| b. Beber (tomar líquidos) | 0 | 1 |
| c. Fazer exercícios físicos ou ginástica | 0 | 1 |
| d. Comer alimentos duros | 0 | 1 |
| e. Comer alimentos moles | 0 | 1 |
| f. Sorrir/gargalhar | 0 | 1 |
| g. Atividade sexual | 0 | 1 |
| h. Limpar os dentes ou a face | 0 | 1 |
| i. Bocejar | 0 | 1 |
| j. Engolir | 0 | 1 |
| k. Conversar | 0 | 1 |
| l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste | 0 | 1 |

20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:

| | Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Muito | Extremamente |
|---|--------------|----------|---------------|-------|--------------|
| a. Por sentir dores de cabeça | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Pela perda de interesse ou prazer sexual | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Por ter fraqueza ou tontura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. Por ter falta de apetite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. Por chorar facilmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. Por sentir dores na parte inferior das costas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. Por se sentir só | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| l. Por se sentir triste | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| m. Por se preocupar muito com as coisas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| n. Por não sentir interesse pelas coisas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| o. Por ter enjôo ou problemas no estômago | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| p. Por ter músculos doloridos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| q. Por ter dificuldade em adormecer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| r. Por ter dificuldade em respirar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| s. Por sentir de vez em quando calor ou frio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| u. Por sentir um "nó na garganta" | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| v. Por se sentir desanimado sobre o futuro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| w. Por se sentir fraco em partes do corpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| z. Por comer demais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| aa. Por acordar de madrugada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| bb. Por ter sono agitado ou perturbado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| dd. Por se sentir inútil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ff. Por ter sentimentos de culpa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?

- 1 Excelente
- 2 Muito bom
- 3 Bom
- 4 Razoável
- 5 Ruim

22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?

- 1 Excelente
- 2 Muito bom
- 3 Bom
- 4 Razoável
- 5 Ruim

23. Qual a data do seu nascimento?

Dia Mês Ano

24. Qual seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

25. Qual a sua cor ou raça?

- 1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano
- 2 Asiático ou Insulano Pacífico
- 3 Preta
- 4 Branca
- 5 Outra (Se sua resposta foi outra, PASSE para as próximas alternativas sobre sua cor ou raça)
- 6 Parda
- 7 Amarela
- 8 Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

- 1 Porto Riquenho
- 2 Cubano
- 3 Mexicano
- 4 Mexicano Americano
- 5 Chicano
- 6 Outro Latino Americano
- 7 Outro Espanhol
- 8 Nenhuma acima (Se sua resposta foi nenhuma acima, PASSE para as próximas alternativas sobre sua origem ou de seus familiares)
- 9 Índio
- 10 Português
- 11 Francês
- 12 Holandês
- 13 Espanhol
- 14 Africano
- 15 Italiano
- 16 Japonês
- 17 Alemão
- 18 Árabe
- 19 Outra, favor especificar
- 20 Não sabe especificar

27. Até que ano da escola / faculdade você freqüentou?

| | | |
|---|----------|----|
| Nunca freqüentei a escola | | 0 |
| Ensino fundamental (primário) | 1ª Série | 1 |
| | 2ª Série | 2 |
| | 3ª Série | 3 |
| | 4ª Série | 4 |
| Ensino fundamental (ginásio) | 5ª Série | 5 |
| | 6ª Série | 6 |
| | 7ª Série | 7 |
| | 8ª Série | 8 |
| Ensino médio (científico) | 1º ano | 9 |
| | 2º ano | 10 |
| | 3º ano | 11 |
| Ensino superior (faculdade ou pós-graduação) | 1º ano | 12 |
| | 2º ano | 13 |
| | 3º ano | 14 |
| | 4º ano | 15 |
| | 5º ano | 16 |
| | 6º ano | 17 |

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)? 0 Não 1 Sim

[Se a sua resposta foi sim, PULE para a pergunta 29]

[Se a sua resposta foi não, PASSE para a próxima pergunta]

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio? 0 Não 1 Sim

[Se a sua resposta foi sim, PULE para a pergunta 29]

[Se a sua resposta foi não, PASSE para a próxima pergunta]

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas? 1 Sim, procurando emprego 2 Sim, afastado temporariamente do trabalho 3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho 4 Não**29. Qual o seu estado civil?** 1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa 2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa 3 Viúvo (a) 4 Divorciado (a) 5 Separado (a) 6 Nunca casei 7 Morando junto

30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?

R\$

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- Até ¼ do salário mínimo
- De ¼ a ½ salário mínimo
- De ½ a 1 salário mínimo
- De 1 a 2 salários mínimos
- De 2 a 3 salários mínimos
- De 3 a 5 salários mínimos
- De 5 a 10 salários mínimos
- De 10 a 15 salários mínimos
- De 15 a 20 salários mínimos
- De 20 a 30 salários mínimos
- Mais de 30 salários mínimos
- Sem rendimento

31. Qual o seu CEP?

-

EXAME CLÍNICO

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

- 0 Nenhum
- 1 Direito
- 2 Esquerdo
- 3 Ambos

2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?

| Direito | Esquerdo |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma | <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> 1 Articulação | <input type="checkbox"/> 1 Articulação |
| <input type="checkbox"/> 2 Músculos | <input type="checkbox"/> 2 Músculos |
| <input type="checkbox"/> 3 Ambos | <input type="checkbox"/> 3 Ambos |

3. Padrão de abertura:

- 0 Reto
- 1 Desvio lateral direito (não corrigido)
- 2 Desvio lateral direito corrigido ("S")
- 3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
- 4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")
- 5 Outro tipo _____
(Especifique)

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado 0 21

a. Abertura sem auxílio sem dor mm

b. Abertura máxima sem auxílio mm

| Dor Muscular | Dor Articular |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma | <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> 1 Direito | <input type="checkbox"/> 1 Direito |
| <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo | <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo |
| <input type="checkbox"/> 3 Ambos | <input type="checkbox"/> 3 Ambos |

c. Abertura máxima com auxílio mm

| Dor Muscular | Dor Articular |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma | <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> 1 Direito | <input type="checkbox"/> 1 Direito |
| <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo | <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo |
| <input type="checkbox"/> 3 Ambos | <input type="checkbox"/> 3 Ambos |

d. Trespasse incisal vertical mm

5. Ruídos articulares (palpação)**a. abertura**

| Direito | | Esquerdo | |
|--|----------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Nenhum | <input type="checkbox"/> 0 | Nenhum |
| <input type="checkbox"/> 1 | Estalido | <input type="checkbox"/> 1 | Estalido |
| <input type="checkbox"/> 2 | Crepitação grosseira | <input type="checkbox"/> 2 | Crepitação grosseira |
| <input type="checkbox"/> 3 | Crepitação fina | <input type="checkbox"/> 3 | Crepitação fina |
| <input type="text"/> <input type="text"/> mm | | <input type="text"/> <input type="text"/> mm | |
| <i>(Medida do estalido na abertura)</i> | | | |

b. Fechamento

| Direito | | Esquerdo | |
|--|----------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Nenhum | <input type="checkbox"/> 0 | Nenhum |
| <input type="checkbox"/> 1 | Estalido | <input type="checkbox"/> 1 | Estalido |
| <input type="checkbox"/> 2 | Crepitação grosseira | <input type="checkbox"/> 2 | Crepitação grosseira |
| <input type="checkbox"/> 3 | Crepitação fina | <input type="checkbox"/> 3 | Crepitação fina |
| <input type="text"/> <input type="text"/> mm | | <input type="text"/> <input type="text"/> mm | |
| <i>(Medida do estalido no fechamento)</i> | | | |

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

| Direito | | Esquerdo | |
|---------------------------------------|-----|----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 0 | Não | <input type="checkbox"/> 0 | Não |
| <input type="checkbox"/> 1 | Sim | <input type="checkbox"/> 1 | Sim |
| <input type="checkbox"/> 8 | NA | <input type="checkbox"/> 8 | NA |
| <i>(NA: Nenhuma das opções acima)</i> | | | |

6. Excursões**a. Excursão lateral direita** mm

| Dor Muscular | | Dor Articular | |
|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Nenhuma | <input type="checkbox"/> 0 | Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> 1 | Direito | <input type="checkbox"/> 1 | Direito |
| <input type="checkbox"/> 2 | Esquerdo | <input type="checkbox"/> 2 | Esquerdo |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ambos | <input type="checkbox"/> 3 | Ambos |

b. Excursão lateral esquerda mm

| Dor Muscular | | Dor Articular | |
|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Nenhuma | <input type="checkbox"/> 0 | Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> 1 | Direito | <input type="checkbox"/> 1 | Direito |
| <input type="checkbox"/> 2 | Esquerdo | <input type="checkbox"/> 2 | Esquerdo |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ambos | <input type="checkbox"/> 3 | Ambos |

c. Protrusão mm

| Dor Muscular | | Dor Articular | |
|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Nenhuma | <input type="checkbox"/> 0 | Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> 1 | Direito | <input type="checkbox"/> 1 | Direito |
| <input type="checkbox"/> 2 | Esquerdo | <input type="checkbox"/> 2 | Esquerdo |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ambos | <input type="checkbox"/> 3 | Ambos |

d. Desvio de linha média mm

- 1 Direito
 2 Esquerdo
 3 NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

| | Nenhum | Estalido | Crepitação grosseira | Crepitação fina |
|-----------------------|--------|----------|----------------------|-----------------|
| 7.a Excursão Direita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.b Excursão Esquerda | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.c Protrusão | 0 | 1 | 2 | 3 |

Ruídos esquerdo

| | Nenhum | Estalido | Crepitação grosseira | Crepitação fina |
|-----------------------|--------|----------|----------------------|-----------------|
| 7.d Excursão Direita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.e Excursão Esquerda | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.f Protrusão | 0 | 1 | 2 | 3 |

INSTRUÇÕES, ITENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

- 0 = Somente pressão (sem dor)
 1 = dor leve
 2 = dor moderada
 3 = dor severa

| 8. Dor muscular extraoral com palpação | Direita | | | | Esquerda | | | |
|--|---------|---|---|---|----------|---|---|---|
| a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Dor articular com palpação | | | | | | | | |
| a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Dor muscular intraoral com palpação | | | | | | | | |
| a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Daniel Bonotto e Priscila Brenner Hilgenberg Sydney, professores do Curso de Especialização em Dor Orofacial e DTM, juntamente com a Daniela Florencio Maluf e as alunas Amanda Rossi Corelhano e Elize Bonafé, estamos convidando você para participar de nossa pesquisa intitulada “Avaliação clínica randomizada cega da efetividade da aplicação tópica de capsaicina no controle da dor miofascial”.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar clinicamente a utilização de um creme à base de capsaicina (substância que caracteriza a ardência das pimentas) aplicado nas regiões que apresentam pontos-de-gatilho (áreas endurecidas nos músculos, que provocam dor) na região dos músculos da mastigação.

b) Caso você participe da pesquisa, será sorteado o grupo do qual você participará, sendo que duas técnicas poderão ser empregadas: aplicação do creme ou agulhamento com anestésico. Independentemente do grupo em que você for incluído, você receberá alguns questionários para avaliar características como sua personalidade, qualidade de vida, características gerais de sua dor, a forma como você enfrenta a dor e a sua percepção da dor.

b.1) Aplicação do creme: Após encontrarmos o ponto de tensão no músculo, será aplicada uma pomada na pele para amortecer esse ponto. A pomada será deixada nesse local por 50 minutos. Após esse tempo, o creme de capsaicina será colocado sobre o mesmo ponto durante 30 minutos. A pele será então lavada e um teste para sensibilidade superficial da pele será realizado. A aplicação desse creme será feita apenas uma vez.

b.2) Agulhamento: Após a localização do ponto endurecido no músculo, a área será limpa com álcool e esse ponto será segurado entre os dedos e uma agulha pequena e fina (semelhante à agulha de acupuntura) será colocada nesta área. Uma pequena quantidade de anestésico será injetada na região. Após a agulha ser removida, uma gaze será colocada no local da injeção com leve pressão por 30 segundos. Um teste para sensibilidade superficial da pele será realizado. O agulhamento será feito apenas uma vez.

c) Para isso, você deverá comparecer na Universidade Federal do Paraná para a consulta em que será realizado o tratamento e após 1 (uma) semana, 1 (um) mês e após 3 (três) meses para acompanhamento. As consultas após o procedimento serão importantes para avaliar se teve melhora em sua dor. A primeira consulta demorará em torno de 2 horas e os retornos, apenas 40 minutos. Durante suas consultas, será pedido que você preencha alguns questionários que avaliarão como você se sente após o tratamento.

d) É possível que você sinta algum desconforto no dia do tratamento. Se você participar do grupo que receberá a aplicação do creme, você poderá observar uma vermelhidão na região tratada e provavelmente um pouco de ardência, no entanto, ambos são passageiros (em poucas horas ou dias sumirão). Caso você seja incluído no grupo que receberá o agulhamento, terá o desconforto da injeção, porém, ela é diminuída pelo uso de anestésico e a sensação passa assim que ela é removida. Além disso, a agulha usada é pequena e fina, o que diminui a sensação de dor durante o tratamento. É importante ressaltar que ambas as técnicas deverão lhe gerar algum alívio da dor gerada pelo ponto de tensão do músculo.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo incluem o desenvolvimento de urticária (coceira) passageira ou reação alérgica a algum componente utilizado no creme (que seja até então desconhecida por você). Para diminuir esses riscos, pedimos sua colaboração para que nos conte se já teve qualquer alergia à compostos de pimenta ou dermatites. Nesses casos, você será tratado, mas não como parte integrante de nossa pesquisa, pois não poderá participar do sorteio dos grupos.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que o tratamento tópico (feito sobre a pele) é menos invasivo e mais seguro para o controle da dor, em relação ao agulhamento. Todos os pacientes receberão instruções e aconselhamento sobre comportamentos que poderão ser úteis no controle de sua dor. Após a comparação dos dois protocolos de tratamento, caso a técnica em que o creme é aplicado apresente resultados melhores do que os obtidos por meio de agulhamento, o acesso ao uso desse creme (em ambiente clínico) será assegurado para você, por parte dos pesquisadores.

g) O pesquisador responsável por este estudo (Prof.Dr. Daniel Bonotto) e as alunas envolvidas com a pesquisa (Amanda Corelhano e Elize Bonafé) poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná (Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170,) na clínica 1 (um) do bloco de Odontologia, nas segundas-feiras (15:30 às 17:00) e sextas-feiras (08:30 às 11:00). Você poderá entrar em contato pelo telefone (41) 3360-4030 ou ainda pelo nosso e-mail da pesquisa: dtmdofpesquisa@outlook.com.br. Caso necessite entrar em contato com um dos pesquisadores especificamente, os contatos são: Dr. Daniel – danielbonotto@gmail.com; Dra Priscila – priscilabhs@me.com; Dra. Daniela – danmaluf@gmail.com; Dra. Amanda – amandacore@hotmail.com, Dra. Elize – elizeebonafe@gmail.com. Estamos à disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

i) As informações relacionadas ao estudo serão usadas para a escrita de trabalhos científicos, no entanto, sua identidade será preservada e mantida em confidencialidade. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

j) Você não terá nenhum custo com seu tratamento e não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. As avaliações após o tratamento serão realizadas nos períodos normais de consultas de rotina para tratamento de dor crônica, assim, não deverão ser realizados ressarcimento para deslocamento até a clínica I.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios [e os tratamentos alternativos]. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim [e sem que esta decisão afete meu atendimento]. Fui informado que serei atendido sem custos. Assim sendo, eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

ANEXO 3

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O PACIENTE COM DTM

1(). Modifique sua dieta

Nos períodos de maior dor, tente manter uma alimentação mais pastosa – sopas, iogurte, purês, etc... Evite comer alimentos duros/fibroso e que tenham que ser mastigados por muito tempo. Não masque chicletes e nem balas!

2(). Não abra muito a boca

Evite bocejar, gritar, cantar, tocar instrumentos musicais de sopro e longas sessões no dentista.

3(). Use compressas quentes

Aplique calor (úmido) sobre a área dolorida por 20 minutos, de 2 a 4 vezes ao dia.

4(). Relaxe seus músculos da mandíbula

Tente não apertar seus dentes! Pratique o exercício de manter sua língua no céu da boca, atrás dos seus dentes da frente, seus lábios juntos e os dentes separados. Espalhe adesivos pela casa, trabalhou ou mesmo no carro, para lembrar que você não deve apertar nem ranger os dentes! Há um app que permite que alarmes sejam programados para lembrá-lo de desencostar seus dentes (DESENCOSTE SEUS DENTES).

5(). Mantenha boa postura

Mantenha uma boa postura de cabeça, pescoço e costas. Não apoie o queixo com as mãos!

6(). Melhore seu sono

Um sono reparador é fundamental para descansar. Pratique o que chamamos de Higiene do Sono.

- Evite dormir “de bruço” ou com as mãos embaixo do rosto/travesseiro
- Desligue todos os aparelhos eletrônicos, que produzam som ou luz artificial quando estiver indo deitar
- Procure ir deitar e acordar no mesmo horário todos os dias, inclusive finais de semana para que uma rotina de sono seja estabelecida

7(). Alongamento cervical

Realize exercícios de alongamento dos músculos do pescoço, quando tomando banho, com água morna.

8(). Pratique exercícios aeróbicos

Caminhadas e hidroginástica são excelentes meios de ajudar a combater sua dor, além da melhora em sua saúde geral. Cerca de 30 minutos, 3 vezes por semana já são suficientes.

9(). Evite Cafeína

A cafeína pode aumentar a tensão em seus músculos. Diminua a quantidade de café, chá (verde ou preto), refrigerantes e chocolates.