



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



ELIZE TATIANE RIBEIRO BONAFÉ

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE BUCAL DE
PACIENTES COM SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL NO MÚSCULO
MASSETER, SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM APLICAÇÃO TÓPICA DE
CAPSAICINA 8%.**

CURITIBA

2018



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



ELIZE TATIANE RIBEIRO BONAFÉ

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE BUCAL DE
PACIENTES COM SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL NO MÚSCULO
MASSETER, SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM APLICAÇÃO 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 é um dos quadros mais frequentes dentre as dores crônicas orofaciais e caracteriza-se pela presença de pontos de gatilho que são nódulos firmes existentes na musculatura afetada. Estudos tem evidenciado que alterações crônicas, tais como a síndrome dolorosa miofascial, promovem alterações na qualidade de vida, podendo gerar alterações comportamentais. O Objetivo desse trabalho foi o objetivo deste trabalho foi avaliar se a realização de agulhamento ou aplicação tópica de capsaicina 8% na região de pontos de gatilho de pacientes com dor miofascial em músculo masséter pode promover alterações na qualidade de vida associada à saúde bucal. Dez pacientes foram divididos em dois grupos (agulhamento e capsaicina), as terapias foram realizadas em uma sessão única e os pacientes foram avaliados antes (baseline), após 7 dias do tratamento e após 3 meses do tratamento. Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o questionário OHIP-14 foi utilizado em todos os momentos de avaliação. Os resultados demonstraram que O tratamento com agulhamento com anestésico e o tratamento com aplicação tópica de capsaicina 8% promoveram resultados semelhantes na promoção de alterações na percepção da qualidade de vida.

Palavras chave: síndromes da dor miofascial, capsaicina, qualidade de vida.

Abstract

Myofascial pain syndrome is one of the most frequent pictures of chronic orofacial pain and is characterized by the presence of trigger points that are firm nodules in the affected musculature. Studies have shown that chronic alterations, such as the myofascial pain syndrome, promote changes in the quality of life and can generate behavioral changes. The objective of this study was evaluate whether the performance of needle or topical application of 8% capsaicin in the trigger point of patients with myofascial pain in masseter muscle could promote changes in the quality of life associated with oral health. Ten patients were divided into two groups (needling and capsaicin), the therapies were performed in a single session and the patients were evaluated before (baseline) after 7 days of treatment and after 3 months of treatment. To evaluate the quality of life related to oral health, the OHIP-14 questionnaire was used at all moments of evaluation. The results demonstrated that anesthetic needling treatment and capsaicin topical treatment 8% promoted similar results in promoting changes in the perception of quality of life.

Key-words: myofascial pain syndromes, pain, capsaicin

INTRODUÇÃO

A Associação Internacional de Estudo da Dor a define como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em tais termos” (Merskey e Bogduk, 1994). A dor é sempre subjetiva, pois cada indivíduo a avalia através de suas próprias experiências e apresenta algumas dimensões importantes: sensorial (o quanto dói), emocional (o quanto a experiência é desagradável) e cognitiva (como a dor é interpretada baseada nas experiências prévias sendo capaz de desencadear ansiedade - Crofford, 2015).

Seja aguda ou crônica, a dor é capaz de modificar a percepção individual de sua própria saúde (Alonso *et al.*, 2013, Dahlstrom e Carlsson, 2010; Zucoloto *et al.*, 2017). Assim, a associação entre o conceito de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, incluindo a saúde bucal tem ganhado espaço na literatura científica (Locker *et al.*, 2005; Cohen-Carneiro *et al.*, 2011).

A dor crônica é atualmente definida como dor que dura mais de 3 (três) meses e que possua algum elemento, embora variável, de sensibilização central. Síndromes tais como as cefaléias crônicas, fibromialgia, síndrome do cólon irritável e certas disfunções temporomandibulares se correlacionam em alguns indivíduos (Kato *et al.*, 2009). Os pacientes que apresentam dor crônica, geralmente também apresentam um grupo de sintomas somáticos em comum, como a fadiga, a falta de sono (ou sono não reparador) e a perturbação do humor (Cherwin *et al.*, 2009; Thomas *et al.*, 2010).

A síndrome dolorosa miofascial (SDM) é um dos quadros mais frequentes dentre as dores crônicas orofaciais e caracteriza-se pela presença de pontos de gatilho (PG) que são nódulos firmes existentes na musculatura afetada. 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 e Travell, 1999). O paciente portador de tal síndrome relata alterações das atividades rotineiras, na qualidade do sono, no humor, na autoestima, no aproveitamento das relações interpessoais, no trabalho e no lazer, acarretando em grandes prejuízos psicossociais (Pimenta, 1999; Stecco *et al.* 2013).

Diferentes instrumentos foram empregados para medir o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos pacientes. Dentre eles, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49) e sua forma resumida - OHIP-14 - são amplamente utilizados. Esse instrumento foi traduzido e validado para diversos idiomas, inclusive para o português (De Oliveira e Nadanovsky, 2005) e mensura a percepção do

indivíduo sobre o impacto negativo decorrente de afecções bucais no seu bem-estar (Slade e Spencer, 1994).

Recentemente, um estudo verificou a relação entre as maiores médias do OHIP- 14 de pacientes com dor miofascial e pacientes com discopatias ou artropatias, sendo esses últimos os que apresentaram uma melhor percepção de sua saúde oral (Blanco-Aguilera, 2017). Parece existir uma associação entre a alta intensidade de dor e a pior auto-percepção de saúde bucal relacionada à qualidade de vida (Dahlstrom e Carlsson *et al.*, 2010; Zucoloto *et al.*, 2017).

Considerando o contexto, o objetivo deste trabalho foi avaliar se a realização de agulhamento ou aplicação tópica de capsaicina 8% na região de pontos de gatilho de pacientes com dor miofascial em músculo masséter pode promover alterações na qualidade de vida associada à saúde bucal.

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.

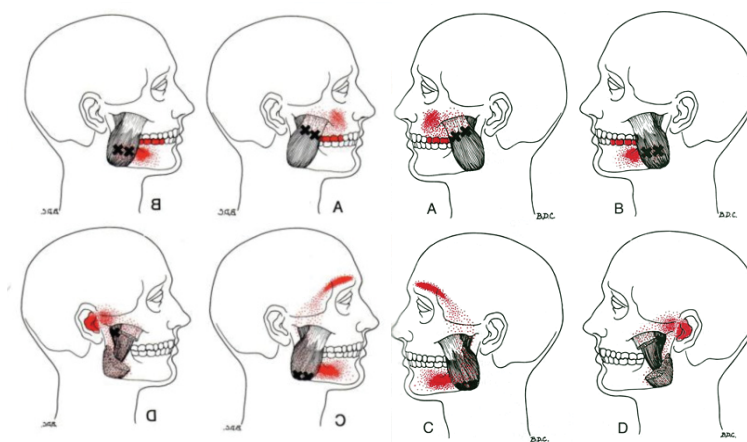


Figura 1. Mapeamento do Ponto de Gatilho

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™, 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™, 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 (¼ 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 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 severa. 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).

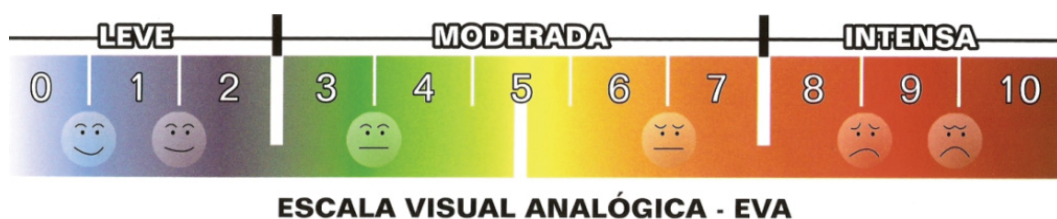


Figura 8 - Escala Visual Analógica

De acordo com os autores Sousa e Silva (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.

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Para esta avaliação o questionário OHIP-14, versão resumida do OHIP-49, foi aplicado. Este questionário possui dois itens de cada uma das dimensões incluídas na versão original de Slade e Spencer (1994): limitação funcional (itens 1 e 2), dor física (itens 3 e 4), desconforto psicológico (itens 5 e 6), incapacidade física (itens 7 e 8), incapacidade psicológica (itens 9 e 10), incapacidade social (11 e 12) e desvantagem social (itens 13 e 14). Foram realizadas avaliações na consulta inicial, sete dias após a realização do tratamento e após três meses (ANEXO 4).

O questionário é auto-aplicável e os pacientes não tiveram tempo limite para respondê-lo. As questões foram pontuadas em uma escala *Likert* (0 indica nunca; 1 raramente, 2 às vezes, 3 constantemente e 4, sempre). Para a obtenção do escore final da escala, o método aditivo foi utilizado.

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 (Aguilhamento) e 5 pacientes no grupo C (Capsaicina) até o final das avaliações.

As comparações entre os tempos para cada tratamento foram realizadas com o teste de Friedman. As comparações para tempos iguais e diferentes tratamentos, foram realizadas com Kruskal-Wallis. Os dados obtidos no escore total foram tratados como dados numéricos e submetidos à análise de variância (ANOVA, α 0,05) e estão descritos na Tabela 1, exemplificada abaixo.

Tabela 1. Médias \pm desvios-padrão dos resultados de cada domínio do OHIP-14 para cada grupo, nos diferentes tempos avaliados.

	Grupo A (Agluhamento)			Grupo C (Capsaicina)		
	Inicial	7 dias	3 meses	Inicial	7 dias	3 meses
Limitação funcional	0,8 \pm 0,7aA	0,8 \pm 1,1aA	0,5 \pm 0,8aA	1,5 \pm 1,0bA	1,2 \pm 1,1bA	0,8 \pm 1,0bA
Dor física	2,0 \pm 1,2cB	1,3 \pm 1,0cB	2,0 \pm 1,0cB	2,7 \pm 1,2dB	2,4 \pm 1,2dB	1,9 \pm 0,8eB
Desconforto psicológico	2,5 \pm 1,2fC	2,1 \pm 1,1fC	2,1 \pm 0,9fC	3,0 \pm 0,9gC	2,4 \pm 1,6gC	2,2 \pm 0,6hC
Incapacidade física	0,6 \pm 0,8iD	0,3 \pm 0,5iD	0,5 \pm 0,8iD	1,5 \pm 1,0jE	1,2 \pm 1,1jE	0,8 \pm 1,1kE
Incapacidade psicológica	1,3 \pm 1,5lF	1,0 \pm 1,0lF	1,5 \pm 1,3lF	2,0 \pm 1,2mF	1,3 \pm 1,3nF	1,1 \pm 1,2oF
Incapacidade social	1,8 \pm 1,1pG	1,0 \pm 1,2pG	1,1 \pm 1,1pG	1,4 \pm 1,3qG	1,4 \pm 0,8qG	0,8 \pm 0,7qG
Desvantagem social	1,5 \pm 1,6rH	0,1 \pm 0,4rH	0,8 \pm 0,7rH	1,0 \pm 1,2sH	1,0 \pm 0,8sH	0,6 \pm 0,6sH
OHIP total	20,0 \pm 11,5tI	13,6 \pm 6,6tI	17,0 \pm 8,1tI	27,2 \pm 7,5uI	21,8 \pm 7,4vI	17,2 \pm 8,8xI

*letras minúsculas comparam diferenças entre linhas, letras maiúsculas comparam diferenças entre colunas. Diferentes tempos foram avaliados pelo teste de Friedman, diferentes tratamentos pelo teste de Kruskal-Wallis e as somas totais para cada tempo e grupo foram submetidos a ANOVA (α .,05)

De maneira geral, para todos os domínios do OHIP-14, os pacientes relataram pontuações de nível majoritariamente “quase nunca” e “ocasionalmente”. O OHIP-14 é um instrumento que pode somar até 56 pontos sendo que, quanto maior o valor, pior é a percepção de saúde bucal relacionada à qualidade de vida. Desta forma, podemos verificar que, inicialmente, os participantes desta pesquisa apresentavam pontuações de insatisfação (ou descontentamento) medianas (20,0 \pm 11,5 para o Grupo A e 27,2 \pm 7,5 para o Grupo C).

Independente do valor inicial, pôde-se verificar que não houve alteração estatisticamente significativa entre a avaliação inicial, avaliação após 7 (sete) dias e 3 (três) meses após o tratamento para os participantes do Grupo A.

Contudo, ao se avaliar os participantes do Grupo C, verificou-se que houve melhora estatisticamente significativa nos domínios: dor física e desconforto psicológico (após três meses), incapacidade física e incapacidade psicológica (após 7 dias e com nova diminuição após 3 meses) e na percepção geral da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (escore total), nos tempos de 7 dias e 3 meses após o tratamento.

DISCUSSÃO

De acordo com a definição atual, a percepção de saúde é uma medida subjetiva baseada em relatos e conhecimentos individuais e é considerada um importante indicador de saúde e qualidade de vida da população (Iversen *et al.*, 2014). Para mensurar a percepção individual sobre a saúde bucal, questionários de autopercepção começaram a ser utilizados nas última décadas. Os autores Slade e Spencer, em 1994, desenvolveram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49), um instrumento que avalia os impactos físicos, psicológicos e sociais gerados pelo desconforto e pela incapacidade decorrentes de doenças e distúrbios orofaciais. Esse instrumento considera as prioridades e comportamentos de um indivíduo envolvidos na saúde bucal e fornece informações de sua percepção sobre a saúde bucal. Entende-se que quanto maior o impacto na saúde bucal, maior a pontuação no questionário OHIP.

Os autores Segù *et al.*, em 2003, iniciaram os estudos com o instrumento OHIP-49 para avaliar pacientes com disfunções temporomandibulares (DTM). Posteriormente, John *et al.*, em 2006, descreveram a validade do questionário OHIP abreviado, composto por 14 perguntas, em pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacia. Os autores concluíram que seu uso é confiável e válido, recomendando-o em estudos longitudinais. Duas outras versões do mesmo questionário foram publicadas: uma versão curta com cinco perguntas, conhecida como OHIP-5, porém, não conseguiu obter validade suficiente (Van der Meulen *et al.*, 2012) e o OHIP-TMD, com 22 questões mais focadas nas disfunções temporomandibulares (John *et al.*, 2007). Contudo, como afirmaram seus próprios autores, não está indicado para estudos epidemiológicos. Sendo assim, para o presente estudo, o OHIP-14 foi escolhido por ser um formulário curto que enfatiza efeitos psicológicos e comportamentais, apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e permite a comparação das DTM com outras entidades dolorosas (Locker *et al.*, 2005).

Alguns estudos investigaram a associação entre a percepção individual de saúde bucal e indicadores clínicos como a perda dentária e a doença periodontal (Lemos *et al.*, 2013; Montero *et al.*, 2013; Nunes e Abegg 2008). Contudo, sabe-se que a dor por si só promove impactos

importantes na saúde bucal e que, atualmente, os indivíduos com DTM relatam redução na qualidade de vida (Rener-Sitar *et al.*, 2013, John *et al.*, 2007). Desta forma, o conhecimento sobre os aspectos psicossociais e comportamentais da dor e a percepção da saúde bucal são relevantes para o manejo clínico, seja para orientar as escolhas e prioridades do tratamento, seja para produzir tratamentos mais eficazes e aperfeiçoar estratégias de prevenção da doença (Zucoloto *et al.*, 2017).

No estudo de Gillborg *et al.*, em 2017, indivíduos que relataram problemas de saúde geral também relataram maior nível de dor causada por DTM. Indivíduos com dor por DTM apresentaram pior auto-percepção da saúde bucal do que indivíduos sem dor por DTM. O estudo de Blanco-Aguilera *et al.*, em 2017, descreveu uma pontuação média de 20,5 pontos no OHIP-14. Os resultados descritos por Schierz *et al.*, em 2008, obtiveram um escore médio no OHIP-14 de 14 pontos em pacientes com diagnóstico de DTM e um escore médio que aumenta 8 pontos em pacientes que relataram ansiedade odontológica, chegando a 22,4 pontos. Nesse mesmo estudo, a pontuação média do OHIP para a população geral foi de 4,1. Já Miettinen *et al.*, em 2012, obtiveram resultados semelhantes, com um escore médio do OHIP de 15,7 pontos em pacientes com DTM. No presente estudo, nossos pacientes obtiveram escore médio de 17,0 pontos para ambos os grupos, após 3 meses de terapia, o que parece estar de acordo com os resultados dos estudos já realizados com populações semelhantes.

Um aspecto interessante de ser observado é que, para os pacientes que receberam a terapia com a medicação tópica de capsaicina 8%, houve uma melhora gradativa ao longo dos 3 meses de tratamento. Esse fato pode ter ocorrido devido à ação de diminuição gradativa da intensidade da dor promovida pela capsaicina em alta concentração, possivelmente devido aos mecanismos de dessensibilização progressiva promovidos pelo agente (Polydefkis *et al.*, 2004, Magerl *et al.*, 2001).

A dor miofascial é uma condição de dor muscular de alta incidência. Apesar de ser um assunto descrito e especificado na literatura médica, devido à falta de achados orgânicos, há ainda confusão na explicação de sua etiologia. Grande parte dos fatores perpetuantes estão relacionados com fatores psicológicos e comportamentais. Desta forma, a maior discussão ocorre sobre qual seria o melhor tipo de tratamento para a SDM. A literatura científica mostra, nesse sentido, que terapias diferentes se equivalem nos resultados, sugerindo que o melhor tratamento é o mais conservador para o paciente (Simon e Travell, 1999). Intervenções não invasivas, como a fisioterapia, podem promover melhora da qualidade de vida especialmente nas dimensões de "limitação de atividades físicas", "limitações de função devido a problemas físicos", "interferência emocional dos problemas de saúde na vida social" e "vitalidade ou sensação de cansaço", mesmo quando a dor não é totalmente eliminada (Cerezo-Telles, 2018). Esses dados nos sugerem que o controle ou diminuição

da dor já é capaz de promover uma postura diferente em relação à doença, caracterizada na percepção de melhoria na qualidade de vida.

Esses dados suportam a ideia de que o impacto negativo da dor sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal parece estar mais relacionada com a sua duração e sensação de limitação do que à sua gravidade. Também está profundamente relacionado às alterações funcionais, psicológicas, sociais e laborais promovidas pela dor (Lame *et al.*, 2005). Mesmo diferenças mínimas no controle da dor são importantes na promoção de melhor qualidade de vida (Andrade-Ortega, 2016).

Considerando o exposto, pode-se concluir que ambas as terapias foram capazes em promover percepções individuais de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, sendo que os pacientes que foram tratados com a medicação tópica de capsaicina 8% obtiveram uma melhora gradativa. Tendo visto que o tratamento tópico é menos invasivo e que apresentou resultados satisfatórios, mais estudos com populações amplas e heterogêneas devem ser encorajadas.

CONCLUSÃO

O tratamento com agulhamento com anestésico e o tratamento com aplicação tópica de capsaicina 8% promoveram resultados semelhantes na promoção de alterações na percepção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALONSO, Jordi et al. Disability mediates the impact of common conditions on perceived health. *PLoS One*, v. 8, n. 6, p. e65858, 2013.
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. ANDRADE-ORTEGA JA, CERÓN-FERNÁNDEZ E, RIBEIRO-GONZÁLEZ M, GARCÍA-LLORENT R, ALMÉCIJA-RUIZ R, DELGADO-MARTÍNEZ AD. Pain, disability and quality of life in chronic nonspecific neck pain. *Phys Med Rehabil Int*. 2016;3:1094.
4. BLANCO-AGUILERA, Antonio et al. Influence of clinical and psychological variables upon the oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*, v. 22, n. 6, p. e669, 2017.
5. CEREZO-TÉLLEZ, Ester et al. Health related quality of life improvement in chronic non-specific neck pain: secondary analysis from a single blinded, randomized clinical trial. *Health and quality of life outcomes*, v. 16, n. 1, p. 207, 2018.
6. CHERVIN, Ronald D. et al. Objective measures of disordered sleep in fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, p. jrheum. 090051, 2009.
7. COHEN-CARNEIRO, Flávia; SOUZA-SANTOS, Reinaldo; REBELO, Maria Augusta Bessa. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1007-1015, 2011.
8. CROFFORD, Leslie J. Chronic pain: where the body meets the brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, v. 126, p. 167, 2015.
9. DAHLSTRÖM, Lars; CARLSSON, Gunnar E. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 68, n. 2, p. 80-85, 2010.
10. 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.
11. DE OLIVEIRA, Branca Heloisa; NADANOVSKY, Paulo. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

12. FERREIRA, AO. **Guia Prático da Farmácia Magistral. Boas Práticas de Manipulação.** 2ª ed. Juiz de Fora: Ortofarma; 2000. p. 159-197.
13. FERREIRA, AO. **Guia Prático da Farmácia Magistral.** 3ª ed. São Paulo: Pharmabooks; 2008.p. 277-321.
14. 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.
15. GILLBORG, Susanna et al. Temporomandibular Disorder Pain and Related Factors in an Adult Population: A Cross-Sectional Study in Southern Sweden. *Journal of Oral & Facial Pain & Headache*, v. 31, n. 1, 2017.
16. IVERSEN, Valentina C.; SAM, David L.; HELVIK, Anne-S. Psychological distress and perceived health in inmates in Norwegian prisons. *Scandinavian journal of public health*, v. 42, n. 2, p. 171-176, 2014.
17. JOHN, Mike T. et al. German short forms of the oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 34, n. 4, p. 277-288, 2006.
18. JOHN, Mike T. et al. Oral Health--Related Quality of Life in Patients with Temporomandibular Disorders. *Journal of orofacial pain*, v. 21, n. 1, 2007.
19. KATO, Kenji et al. A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychological medicine*, v. 39, n. 3, p. 497-505, 2009.
20. LAMÉ, Inge E. et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European journal of Pain*, v. 9, n. 1, p. 15-24, 2005.
21. LEMOS, Maria Madalena Canuto et al. Oral health conditions and self-perception among edentulous individuals with different prosthetic status. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, v. 12, n. 1, p. 5-10, 2013.
22. LOCKER, David; GIBSON, Barry. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community dentistry and oral epidemiology*, v. 33, n. 4, p. 280-288, 2005.
23. MERSKEY, Harold; BOGDUK, Nikolai. Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press (Also available online at www.iasp-pain.org), 1994.
24. MAGERL W., FUCHS P.N., MEYER R.A., TREEDE R.D. Roles of capsaicin-insensitive nociceptors in cutaneous pain and secondary hyperalgesia. *Brain*. 2001. V. 12, e. 9, p. 1754-1764.
25. MIETTINEN, Ossi; LAHTI, Satu; SIPILÄ, Kirsi. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 70, n. 4, p. 331-336, 2012.

26. MONTERO, Javier et al. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. **Journal of dentistry**, v. 41, n. 6, p. 493-503, 2013.
27. MOTTA, VRV. Exposição de pacientes com síndrome de dor miofascial (SDM) à capsaicina: desenvolvimento de forma farmacêutica de uso tópico com possível ação analgésica. Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015.
28. NUNES, Claudete Ivani Panizzi; ABEGG, Claídes. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology*, v. 25, n. 1, p. 42-48, 2008.
29. OKESON, Jeffrey P. **The classification of orofacial pains**. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, v. 20, n. 2, p. 133-144, 2008.
30. PIMENTA, Cibele AM. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor. Tese (Livro Docência), São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.
31. POLYDEFKIS, Michael; HAUER, Peter; SHETH, Soham, SIRDOFSKY, Michael, GRIFFIN, John, McARTHUR, Justin. The time course of epidermal nerve fibre regeneration: studies in normal controls and in people with diabetes, with and without neuropathy. *Brain*. V. 127, n.7. p. 1606-1615
32. Qutenza. Official website of qutenza (trademarked) patch. Available online: <http://www.qutenza.com/>
33. RENER-SITAR, Ksenija et al. Factors related to oral health related quality of life in TMD patients. *Collegium antropologicum*, v. 37, n. 2, p. 407-413, 2013.
34. SCHIERZ, Oliver et al. Comparison of perceived oral health in patients with temporomandibular disorders and dental anxiety using oral health-related quality of life profiles. *Quality of Life Research*, v. 17, n. 6, p. 857, 2008.
35. SEGU, M. et al. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Minerva stomatologica*, v. 52, n. 6, p. 279-287, 2003.
36. SIMONS, David G.; TRAVELL, Janet G.; SIMONS, Lois S. **Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: upper half of body**. Lippincott williams & wilkins, 1999.
37. SLADE, Gary D.; SPENCER, A. John. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community dental health*, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.
38. 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.
39. STECCO Antonio, GESI Marco, STECCO Carla, STERN Robert. Fascial components of the myofascial pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep*, v. 17, n. 5, 2013.

40. THOMAS, Robert Joseph et al. Impaired sleep quality in fibromyalgia: detection and quantification with ECG-based cardiopulmonary coupling spectrograms. **Sleep medicine**, v. 11, n. 5, p. 497, 2010.
41. TRAVELL, Janet G.; SIMONS, David G. **Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual**. Lippincott Williams & Wilkins, 1983.
42. VAN DER MEULEN, M. J. et al. Developing abbreviated OHIP versions for use with TMD patients. **Journal of oral rehabilitation**, v. 39, n. 1, p. 18-27, 2012.
43. ZUCOLOTO, Miriane Lucindo et al. Psychosocial and Behavioral Aspects of Pain and Perception of Oral Health. **Journal of Oral & Facial Pain & Headache**, v. 31, n. 3, 2017.

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?

- 1 Excelente
 2 Muito boa
 3 Boa
 4 Razoável
 5 Ruim

2. Como você classifica a saúde da sua boca?

- 1 Excelente
 2 Muito boa
 3 Boa
 4 Razoável
 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?

- 0 Não
 1 Sim

[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 14.a]

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

4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?

[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a]

[Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]

4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?

Ano(s)

4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?

Mês(es)

5. A dor na face ocorre?

- 1 O tempo todo
 2 Aparece e desaparece
 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?

- 1 Não
 2 Sim, nos últimos seis meses.
 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				
	0	1	2	3	0	1	2	3	
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.

ANEXO 4

OHIP-14

1. Você teve problemas para falar alguma palavra?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
5. Você ficou preocupado(a)?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
6. Você se sentiu nervoso(a)/estressado(a)?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
7. Sua alimentação ficou prejudicada?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
8. Você teve que parar suas refeições
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
9. Você encontrou dificuldade para descansar/relaxar?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
10. Você se sentiu envergonhado(a)?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
11. Você ficou irritado(a), aborrecido(a) com outras pessoas?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
12. Você teve dificuldade para fazer suas atividades diárias?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre