



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**Estudo da incidência de dor crónica não orofacial em doentes com
disfunção temporomandibular**

David Manuel Teixeira Neves

Orientador: Prof. Doutor Bruno Macedo de Sousa

Coorientador: Prof. Doutora Maria João Rodrigues

Coimbra, 2022

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

**Estudo da incidência de dor crónica não orofacial em doentes com
disfunção temporomandibular**

Neves, D¹; Rodrigues MJ²; Sousa, BM^{2,3}

¹ Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC – Faculdade de
Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Instituto de Oclusão e Dor Orofacial da FMUC – Faculdade de Medicina,
Universidade de Coimbra, Portugal

³ Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, Espanha

Área de Medicina Dentária, FMUC, Coimbra – Portugal

Avenida Bissaya Barreto, Bloco de Celas

3000–075 Coimbra

Tel.: +351 932776860

Endereço eletrónico: bsousa@fmed.uc.pt

Resumo

Introdução: As Disfunções Temporomandibulares (DTM) são patologias que se apoiam num modelo biopsicossocial e etiologia multifatorial, sendo que o início e a sua cronificação podem estar associados a comorbilidades dolorosas, com possíveis consequências em vários aspetos do bem-estar físico e mental dos doentes. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de dor crónica não orofacial em doentes com DTM, bem como avaliar o eventual impacto que a mesma pode ter na sua qualidade de vida.

Materiais e Métodos: Neste estudo multicêntrico, a amostra populacional da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Portugal) e da Facultad de Medicina da Universidad de Salamanca (Espanha) foi avaliada através de três instrumentos: DC/TMD, uma adaptação do inventário multidimensional de dor de West Haven-Yale e o inventário resumido de dor de Charles Cleeland. Os participantes foram divididos em dois grupos, tendo em conta o diagnóstico, ou não, de alguma DTM: grupo controlo e grupo com DTM. Foi feita uma comparação entre os dois grupos relativamente à dor crónica nas seguintes regiões: cabeça, tronco/costas, membros superiores e membros inferiores. A qualidade de vida e intensidade da dor dos participantes com DTM foi avaliada através dos questionários. Posteriormente realizou-se a análise estatística.

Resultados: Foi recolhida uma amostra total de 244 participantes. No que se refere à comparação entre os dois grupos, a análise estatística demonstrou existir uma associação estatisticamente significativa entre ter dor orofacial e ter dor noutras regiões do corpo. Existiu uma associação com significado estatístico relativamente à dor na região do tronco/costas e membros superiores. A associação foi impossível para a região da cabeça e dos membros inferiores. Houve uma associação estatisticamente significativa entre o aumento da intensidade da dor e o decréscimo na qualidade de vida.

Discussão: A evidência atual tem demonstrado uma correlação entre a dor provocada pelas DTM e a presença de dor generalizada, tal como o nosso estudo comprovou. Tendo em consideração estudos que têm vindo a avaliar e associar o impacto da dor na qualidade de vida em doentes com DTM, este trabalho permitiu demonstrar que a intensidade da dor está significativamente associada a um decréscimo na qualidade de vida.

Conclusão: Doentes com DTM têm maior probabilidade de ter dor em regiões não orofaciais. O aumento da intensidade da dor está associado ao decréscimo na qualidade de vida de um doente com dor orofacial.

Palavras-chave: Disfunção Temporomandibular, Dor Crónica, Dor Não Orofacial, Qualidade de Vida, Ansiedade

Abstract

Introduction: Temporomandibular Disorders (TMD) are pathologies that are based on a biopsychosocial model and multifactorial etiology, and their onset and chronification may be associated with painful comorbidities, with possible consequences in various aspects of the physical and mental well-being of patients. The aim of this study was to assess the incidence of chronic non-orofacial pain in patients with TMD, as well as to assess the possible impact that it may have on their quality of life.

Materials and Methods: In this multicenter study, the population sample from the Faculty of Medicine of the University of Coimbra (Portugal) and the Faculty of Medicine of the Universidad de Salamanca (Spain) was evaluated using three instruments: DC/TMD, an adaptation of the multidimensional inventory of West Haven-Yale Pain and Charles Cleeland's Summary Pain Inventory. Participants were divided into two groups, considering the diagnosis, or not, of any TMD: control group and group with TMD. A comparison was made between the two groups regarding chronic pain in the following regions: head, trunk/back, upper limbs and lower limbs. The quality of life and pain intensity of participants with TMD were assessed using questionnaires. Subsequently, statistical analysis was performed.

Results: A total sample of 244 participants was collected. Regarding the comparison between the two groups, the statistical analysis showed a statistically significant association between having orofacial pain and having pain in other regions of the body. There was a statistically significant association with pain in the trunk/back and upper limbs. The association was impossible for the head and lower limbs. There was a statistically significant association between an increase in pain intensity and a decrease in quality of life.

Discussion: Current evidence has shown a correlation between TMD pain and the presence of generalized pain, as our study has shown. Considering studies that have been evaluating and associating the impact of pain on quality of life in patients with TMD, this work has shown that pain intensity is significantly associated with a decrease in quality of life.

Conclusion: Patients with TMD are more likely to have pain in non-orofacial regions. The increase in pain intensity is associated with a decrease in the quality of life of a patient with orofacial pain.

Keywords: Temporomandibular Disorder, Chronic Pain, Non-Orofacial Pain, Quality of Life, Anxiety

Índice

1. Introdução.....	1
2. Materiais e Métodos	5
3. Resultados.....	7
4. Discussão	11
5. Conclusão.....	13
6. Agradecimentos.....	14
7. Referências Bibliográficas	15
8. Anexos.....	18
1. Inventário resumido de dor de Charles Cleeland.....	18
2. Inventário multidimensional de dor de West Have-Yale adaptado	19
3. Aprovação pela Comissão de Ética	26
4. Consentimento Informado	27

1. Introdução

A American Academy of Orofacial Pain (AAOP) define disfunções temporomandibulares (DTM) como um termo geral que se aplica a desordens músculo esqueléticas e neuromusculares, envolvendo não só os músculos da mastigação e as articulações temporomandibulares (ATM's), mas também estruturas anexas, apresentando-se como patologias que podem estar associadas a um desequilíbrio ortopédico e funcional do complexo crânio-cervico-côndilo-mandibular. (1,2)

As DTM representam um problema significativo de saúde pública, sendo considerada a causa mais comum de dor crônica com origem não dentária na região orofacial e a segunda condição músculo esquelética mais comum a provocar dor e incapacidade (seguida da dor lombar crônica). (3,4) A sua prevalência ronda os 31% em adultos e 11% nas crianças e adolescentes, afetando principalmente o género feminino. (1,3) Complementando estes dados estatísticos, cerca de metade a 2/3 dos pacientes que apresentam DTM procuram tratamento, dos quais aproximadamente 15% desenvolvem uma DTM crônica. (4)

A sintomatologia major deste tipo de patologias corresponde à presença de dor, limitação da mobilidade/abertura bucal e ruídos articulares. A dor nas regiões articulares e/ou musculares costuma ser a queixa principal, podendo ser intermitente ou persistente, agravando através da mastigação, do ato de falar e bocejar. Em média a sua intensidade é de valor moderado, mas também existem casos de severidade neste parâmetro. (2,3)

A etiologia das DTM é considerada multifatorial e complexa, baseando-se atualmente na teoria do modelo biopsicossocial, em que fatores precipitantes, predisponentes e perpetuantes se relacionam entre si, responsabilizando-se pela causa, progressão e o risco aumentado do aparecimento da patologia. (5) Estes, de uma forma sinérgica, sejam eles psicossociais, biológicos e genéticos, ou então um único fator que assuma as distintas funções, contribuem para a alteração do equilíbrio funcional e ortopédico das estruturas constituintes do sistema estomatognático, apresentando um papel importante na cronificação da dor e no seu impacto na qualidade de vida do doente, associando-se à depressão, ansiedade, condições de trabalho e outros tipos de patologias crônicas, segundo a evidência científica e um estudo recente de Lee et al.. (6,7)

Relativamente ao diagnóstico das DTM, o Diagnostic Criteria – Temporomandibular Disorder (DC-TMD) é visto presentemente como um instrumento concordante pela comunidade científica na perspetiva multifatorial supracitada. Dividido em dois eixos, a avaliação das alterações físicas, psicológicas e psicossociais permite incluir os pacientes em diferentes grupos e subgrupos pré-definidos, variando entre distúrbios musculares, articulares, degenerativos e cefaleias atribuídas às DTM. (8) No entanto, a taxonomia relativa a este instrumento, comum à taxonomia da AAOP, não consegue dar resposta a certas situações clínicas menos frequentes, tendo sido proposta uma expansão por peck et al. no sentido de contornar estas ocorrências. (9)

A dor corresponde a uma condição complexa, sendo definida como uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada ou semelhante a um dano real ou potencial de um tecido, sendo um fenómeno multidimensional que se relaciona com uma experiência individual,

influenciada pelo contexto cultural, memórias e situações do dia a dia. Em relação à dor crônica, esta transforma o comportamento de dor aguda num fenómeno que afeta não só o humor, mas também o emprego e a interação social, apresentando uma prevalência de 20% na Europa. Características como o género, suscetibilidade genética, história pessoal ou familiar de dor crônica e de sintomas mediados pelo sistema nervoso central (SNC), são preditivas para a transição entre as dores referidas anteriormente. Podemos dividir a dor crônica em três categorias: dor nociceptiva, dor neuropática e dor nociplástica. (10,11,12)

A dor nociceptiva resulta de uma atividade das vias neurais secundária a um estímulo de um dano tecidual real ou potencialmente lesivo. É caracterizada por ser uma dor latejante, do tipo pressão, sendo raros os defeitos sensoriais. No entanto, se estes últimos existirem, não apresentam uma distribuição por dermatómos. A hipersensibilidade e a dor ocorrem apenas na área afetada, sendo acompanhada por condições psicopatológicas como a ansiedade e a depressão, bem como insónia, obesidade, hipertensão arterial e outras patologias concomitantes. É considerada o tipo de dor crônica mais comum, abrangendo a artrite e a maioria das dores na coluna vertebral. (13)

Relativamente à dor neuropática, esta é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP), como sendo causada por uma lesão ou condição patológica do sistema nervoso somatosensorial. Comparando com a dor nociceptiva, a dor neuropática corresponde a 15-25% da dor crônica, encontrando-se normalmente associada a anomalias sensoriais, tais como a alodínia e hiperestesia, sendo predominantes em dores paroxísticas, podendo ser provocada por estímulos não necessariamente dolorosos. Este tipo de dor caracteriza-se por ser lancinante ou do tipo choque-elétrico, podendo estar presente uma fraqueza neurológica devido a uma lesão do nervo motor. Caso existam lesões no SNC ou periféricas, estas podem estar associadas a distúrbios neurológicos como a distonia e a espasticidade muscular. Quanto à localização, esta dor apresenta normalmente uma irradiação para além dos limites da distribuição dos dermatómos. Comparando com a dor nociceptiva, este tipo de dor está mais associado a uma diminuição da qualidade de vida. (13)

A dor nociplástica resulta de alterações desadaptativas que afetam o processamento e a modulação nociceptiva sem nenhuma lesão tecidual ou nervosa evidente, estando associada a mecanismos de sensibilização central. Esta dor afeta 5 a 15% da população em geral, sendo difusa, não confinada a um padrão anatómico, e visceral como na síndrome do cólon irritável, fibromialgia e cistite intersticial, sendo também semelhante à dor neuropática. Está associada a hiperalgesia, fadiga generalizada, múltiplas condições nociplásticas, sendo o stress psicossocial um fator potenciador comum. Os distúrbios do sono e problemas associados ao humor e à memória também são comuns. As patologias e condições concomitantes relativas à dor nociceptiva são aplicadas também neste tipo de dor. Diferentes condições nociplásticas, como as DTM, bem como outras condições crônicas, apresentam altas taxas de ocorrência no mesmo indivíduo. (15)

O início e a cronificação das DTM podem estar associados a comorbilidades dolorosas que envolvem várias regiões do corpo, tais como a fibromialgia, síndrome do cólon irritável, dor

lombar, dor crônica generalizada, síndrome da fadiga crônica e migrâneas. No passado, o diagnóstico de indivíduos com múltiplas queixas dolorosas era subestimado e a presença de condições de dor difusa era atribuída a fatores psicológicos. No entanto, a evidência atual demonstra uma relação positiva entre estas mesmas patologias e uma maior intensidade e cronicidade da dor provocada pelas DTM. Bases clínicas e genéticas, em que polimorfismos como nos genes catechol-O-methyltransferase (COMT) e β 2-adrenergic receptor (ADRB2) estarem associados a um desenvolvimento de uma futura dor crônica, suportam o desenvolvimento de uma DTM associada à presença de outras artralguas. Relativamente às cefaleias, estas estão significativamente associadas a um número elevado de queixas de condições corporais dolorosas por parte dos pacientes, e a uma intensidade da dor elevada nas DTM. (11,15,16,17)

As doenças músculo-esqueléticas podem apresentar consequências em vários aspetos do bem-estar físico e mental dos doentes, e as condições crônicas, tais como a fibromialgia e as DTM, apresentam um impacto negativo na sua qualidade de vida. Este tipo de patologias leva a várias formas de sofrimento psicológico como a ansiedade, o stress e a depressão, mas também redução da capacidade de trabalho, dificuldades económicas associadas às constantes necessidades de serviços de saúde, fobias sociais e dificuldades em adormecer e dormir nas horas de sono. A qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QVRSO) é um conceito recente, sendo definido como uma abordagem multidimensional que reflete o conforto de uma pessoa a comer, dormir e a interagir socialmente. Está também associado à autoestima e à satisfação que existe em relação à sua saúde oral, bem como a fatores funcionais, psicológicos, sociais e experiências de dor e desconforto. Dada a importância das DTM na qualidade de vida, Durham et al. foram responsáveis pela criação de um instrumento de medição que associa patologias da ATM e dos músculos da mastigação à QVRSO, cuja confiabilidade, validade e capacidade discriminativa foram estabelecidos em vários estudos. (18,19)

Avaliando o modelo biopsicossocial, a ansiedade torna-se num dos fatores psicológicos mais importantes a serem tidos em conta, sendo o sintoma mais comum que ocorre na generalidade da população em algum momento da vida. Ainda que haja a possibilidade de ser patológica, dependendo esta da intensidade da emoção, a ansiedade pode ser descrita como uma experiência universal de qualquer ser humano, uma reação emocional normal com componentes fisiológicas e psicológicas, perante variadas situações ambientais. Esta resposta a um estímulo pode resultar em alguns sintomas físicos tais como o aumento da pressão arterial, tremores corporais, cefaleias, insónias, parestesias nas extremidades e sensação de dispneia, mas também reações psicológicas como ataques de pânico. Podemos classificar a ansiedade em dois conceitos distintos: ansiedade-estado e ansiedade-traço. (20)

A ansiedade-estado corresponde a uma condição dinâmica de duração mais limitada, mas de alta intensidade, numa situação em particular, sendo uma reação normal ao stress. Em contraposto, a ansiedade-traço está mais associada a um conjunto de características de personalidade persistentes e duradouras, existindo já uma tendência de resposta através da

ansiedade a ameaças e perigos percebidos à volta do indivíduo, sendo muitas vezes descrito como um transtorno. (20)

Condições emocionais como a ansiedade, podem influenciar o limiar da dor, alterando impulsos nociceptivos do SNC e a libertação de neurotransmissores. Neste sentido, pacientes com transtornos de ansiedade generalizada sofrem muito mais frequentemente de dor crónica, apresentando também um tônus muscular aumentado, distúrbios durante o sono, inquietação e défices de concentração. A ansiedade também está relacionada com o aumento da duração, frequência e intensidade de hábitos parafuncionais, também responsáveis pela hiperatividade dos músculos da mastigação e consequente sobrecarga nas ATM's. (21,22)

Considerando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar nas DTM, e tendo em conta a associação com várias patologias de cariz crónico e a sua influência na qualidade de vida de um indivíduo, este projeto de investigação teve como objetivo principal a avaliação da incidência de dor crónica não orofacial em doentes com disfunção temporomandibular. Como objetivo secundário pretendemos avaliar o eventual impacto que a dor orofacial pode ter na qualidade de vida dos doentes.

2. Materiais e Métodos

Após a contextualização e revisão bibliográfica procedeu-se à constituição da amostra populacional tanto da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Portugal), como da Facultad de Medicina da Universidad de Salamanca (Espanha), com posterior recolha de dados, sendo este um estudo multicêntrico. O projeto recorreu a três instrumentos de avaliação: DC/TMD, preenchido pelo investigador, o inventário resumido de dor de Charles Cleeland (anexo 1) e uma adaptação do inventário multidimensional de dor de West Haven-Yale (anexo 2) preenchidos pelo participante. Os critérios de inclusão relativos aos participantes foram definidos da seguinte forma: idades superiores ou iguais a 18 anos e participantes que não estivessem no processo de gravidez.

O projeto de investigação multicêntrico, o consentimento informado (anexo 4) e o inventário multidimensional de dor preparados para este estudo foram submetidos para aprovação pela comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (anexo 3).

Neste sentido todos os doentes enquadrados nos critérios de inclusão que compareceram a uma consulta de medicina dentária na clínica da Área de Medicina Dentária do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), bem como na clínica odontológica da Faculdade de Medicina de Salamanca, foram avaliados segundo o DC/TMD no sentido de diagnosticar a presença, ou não, de alguma DTM. Após a apresentação dos objetivos do estudo, foi solicitado que subscrevessem o consentimento informado relativo ao projeto de investigação. Posteriormente foi solicitado que preenchessem o inventário multidimensional de dor de West Haven-Yale e o inventário resumido de dor de Charles Cleeland.

Terminado o processo de recolha de dados, os participantes foram divididos em dois grupos, tendo em conta o diagnóstico, ou não, de alguma DTM: grupo controlo e grupo com DTM.

De seguida, foi definido como objetivo primário determinar, através do inventário de Charles Cleeland, se os participantes com DTM apresentavam dor crónica nas seguintes regiões corporais, em comparação com o grupo controlo: cabeça, tronco/costas, membros superiores e membros inferiores. Foram ainda selecionadas algumas questões e respostas do inventário multidimensional de dor, com o objetivo de avaliar a intensidade da dor em três dimensões da qualidade de vida: atividades diárias (questões 3,8,17 e 19), disposição geral (questões 6,9,12 e 14) e ansiedade (questões 18 e 20). Quanto à escala relativa à intensidade da dor, esta foi definida da seguinte forma: sem dor (score 0), dor leve (1 e 2), dor moderada (3 e 4) e dor elevada (5 e 6).

Os dados obtidos foram organizados em tabelas Excel e submetidas, posteriormente, a análise estatística.

A descrição da amostra foi realizada recorrendo a estatística descritiva usando a média, o desvio padrão e os percentis 25 e 75 para variáveis quantitativas e a frequência absoluta e relativa para variáveis qualitativas.

A comparação das variáveis quantitativas, entre dois grupos independentes, foi realizada com recurso ao teste de Mann-Whitney após se ter verificado a violação do pressuposto da normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. Para a comparação de pelo menos 3 grupos usou-se o teste de Kruskal-Wallis com testes post-hoc de Dunn-Sidak. A associação entre variáveis qualitativas foi avaliada usando o teste exato de Fisher.

A análise estatística foi realizada na plataforma IBM® SPSS® v27 e MS® Excel® tendo sido adotado um nível de significância igual a 0.05.

3. Resultados

Foi recolhida uma amostra de 244 participantes, sendo 122 pertencentes ao grupo controlo e 122 pertencentes ao grupo com DTM. Relativamente ao grupo com DTM, 97 (79,5%) participantes pertenciam ao género feminino enquanto 25 (20,5%) eram do género masculino. A média de idades foi de 42,9 anos. No que diz respeito ao grupo controlo, 75 (61,5%) participantes eram referentes ao género feminino e 47 (38,5%) ao género masculino. Este grupo apresentava uma média de idades de 42,5 anos. A análise estatística referente ao género e idade dos grupos que são alvo de estudo encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Análise descritiva e associação entre as variáveis referentes ao género e idade do grupo controlo e do grupo com DTM

	DTM (122)	Controlo (122)	p
Género (F/M)	97/25 (79.5%/20.5%)	75/47 (61.5%/38.5%)	0.003 ^a
Idade (\bar{x} (dp) p25/p75)	42.9 (14.9) 2875/54.00	42.5 (15.6) 28.00/53.25	0.745 ^b

^a Teste exato de Fisher; ^b Teste de Mann-Whitney

P = valor de probabilidade

A distribuição do número de casos no grupo controlo e no grupo com DTM, tendo em conta se existia, ou não, dor noutras regiões do corpo foi a seguinte:

- 77 doentes do grupo controlo não apresentavam dores noutras regiões do corpo, ao passo que 45 doentes tinham dores noutras regiões corporais;
- 43 doentes do grupo com DTM não tinham dores noutras regiões do corpo, ao passo que 79 doentes apresentavam dores noutras regiões corporais.

No que se refere à comparação entre o grupo de controlo e o grupo com DTM, relativamente à existência ou não de dor noutras regiões do corpo, a análise estatística demonstrou existir uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre ter dor orofacial e ter dor noutras regiões do corpo. O odds-ratio médio desta associação é igual a $OR = 3.144$ (IC95% [1.864; 5.302]), o que significa que a probabilidade média de ter dor noutra região do corpo é aproximadamente 3 vezes superior no grupo com DTM do que no grupo controlo.

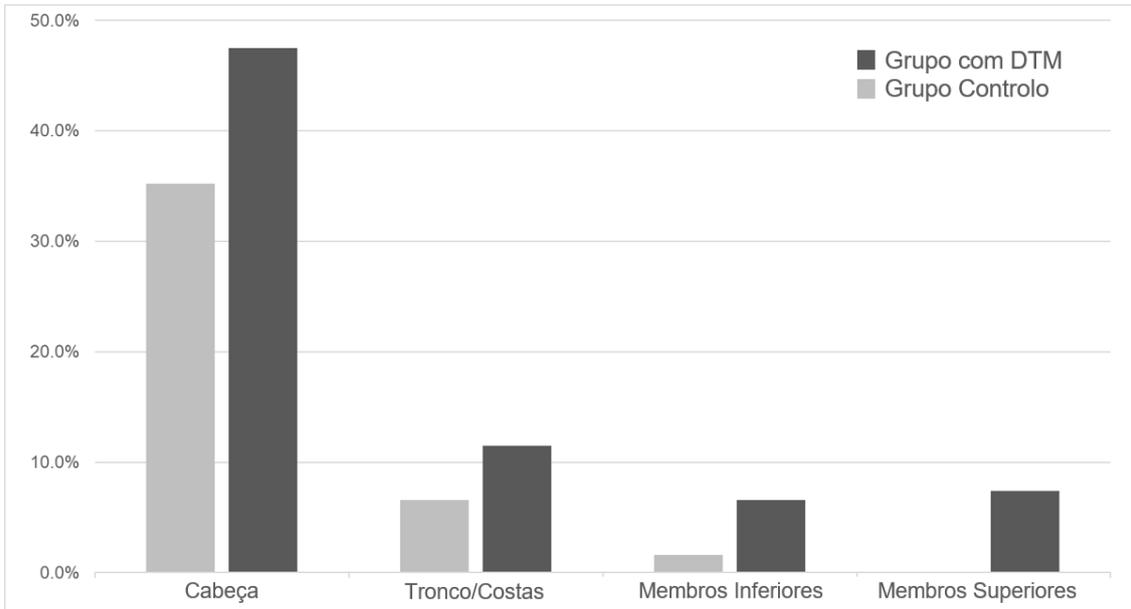


Figura 1. Gráfico de barras relativo à distribuição dos casos de dor nas regiões do corpo avaliadas no grupo controlo e no grupo com DTM

O gráfico de barras (Fig.1) demonstra que não existe uma associação estatisticamente significativa entre os grupos controlo e com DTM, e a dor na região da cabeça ($p=0.069$) e dos membros inferiores ($p=0.102$). Para os membros superiores existe uma associação estatisticamente significativa ($p=0.003$) com um odds-ratio médio de $OR=2.079$ (IC95% [1.821; 2.375]) indicando que a probabilidade média de apresentar dor nos membros superiores é aproximadamente 2 vezes superior no grupo com DTM do que no grupo controlo. Relativamente à região do tronco/costas também existe uma associação estatisticamente significativa ($p=0.006$) com um odds-ratio médio de $OR=3.030$ (IC95% [1.393; 6.623]), indicando que a probabilidade média de apresentar dor no tronco/costas é aproximadamente 3 vezes maior no grupo com DTM do que no grupo controlo.

Tabela 2. Análise estatística dos scores do inquérito de qualidade de vida nas dimensões da atividade diária, disposição geral e ansiedade para os três níveis de intensidade da dor (baixa, média e elevada)

	dor baixa (83)	dor média (26)	dor elevada (13)	p
atividades diárias	1.91 (1.39) 0.80/ 3.00	2.81 (1.00) 2.00/ 3.60	3.83 (1.60) 2.60/ 4.80	<0.001 ^c
disposição geral	2.12 (1.38) 1.00/ 3.00	2.79 (1.00) 2.25/ 3.25	4.13 (1.04) 3.00/ 4.50	<0.001 ^c
ansiedade	2.83 (1.53) 2.00/ 4.50	4.08 (1.51) 3.00/ 5.50	4.46 (1.18) 4.50/ 5.00	<0.001 ^c

^c Teste de Kruskal-Wallis

P = valor de probabilidade

A Tabela 2 mostra que para as três dimensões analisadas, existe uma diferença estatisticamente significativa, evidenciando que o aumento da intensidade da dor está relacionado com um decréscimo na qualidade de vida. Comparando os diferentes níveis de intensidade da dor entre si observa-se que:

- Existe diferença nos scores de atividade diária entre o nível de intensidade baixa e média ($p=0.018$) e entre o nível de intensidade baixa e elevada ($p=0.001$). Entre os níveis médio e elevado não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p=0.834$).
- Existe diferença nos scores de disposição geral entre o nível de intensidade baixa e elevada ($p<0.001$). Entre os níveis baixo e médio e os níveis médio e elevado não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p=0.634$ e $p=0.139$, respetivamente).
- Existe diferença nos scores de ansiedade entre o nível de intensidade baixa e média ($p=0.004$) e entre o nível de intensidade baixa e elevada ($p=0.002$). Entre os níveis médio e alto não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p=1.000$).

Os gráficos que se seguem (Fig.2, Fig.3 e Fig.4) mostram a distribuição dos scores para cada uma das dimensões da qualidade de vida avaliadas em função dos níveis de intensidade da dor orofacial.

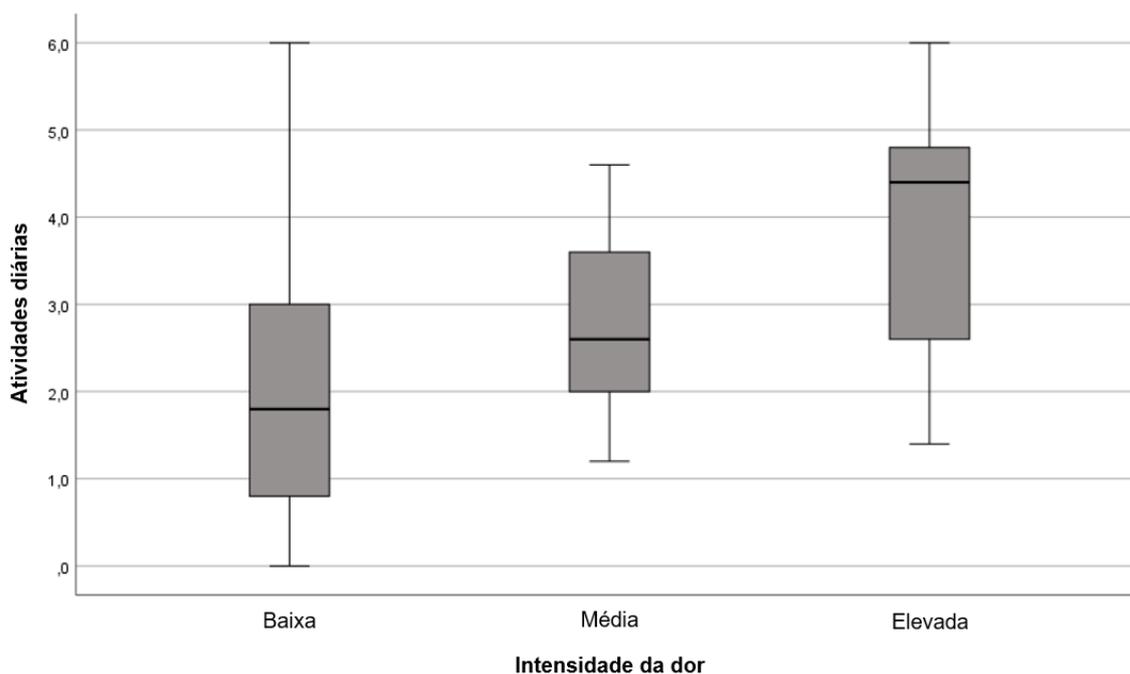


Figura 2. Distribuição dos scores relativos às atividades diárias em função dos níveis de intensidade da dor orofacial

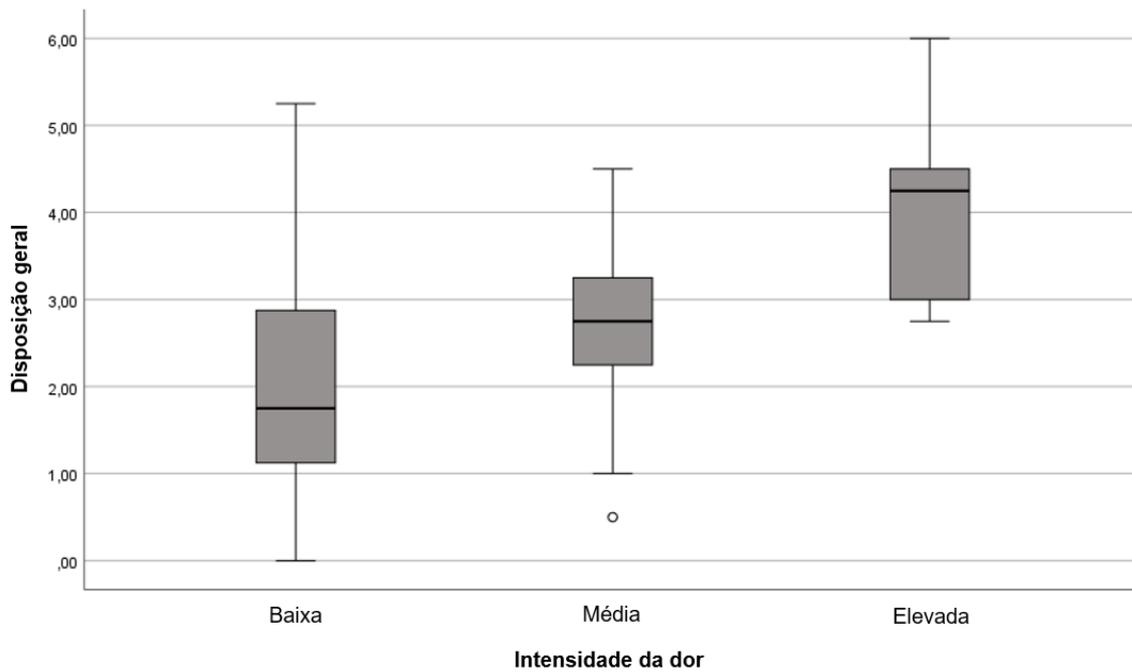


Figura 3. Distribuição dos scores relativos à disposição geral em função dos níveis de intensidade da dor orofacial

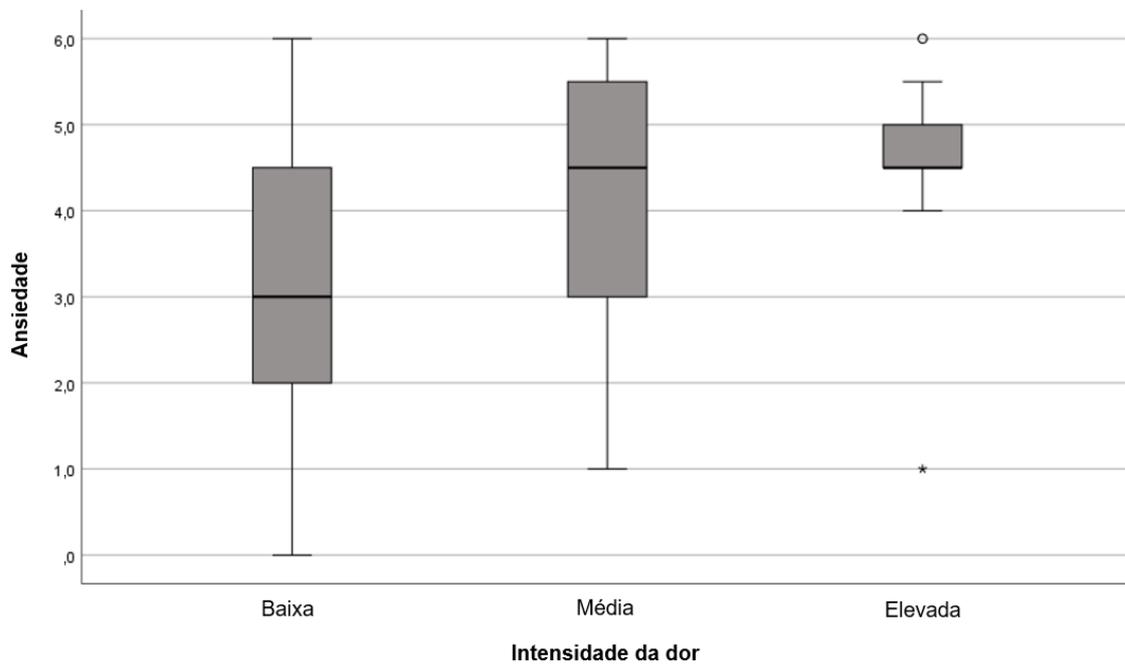


Figura 4. Distribuição dos scores relativos à ansiedade em função dos níveis de intensidade da dor orofacial

4. Discussão

A compreensão do conceito de que a dor crónica pode ser considerada uma “doença só por si” torna-se essencial na avaliação da correlação que pode existir entre a dor provocada pelas DTM e a presença e distribuição de outras dores em variadas regiões do corpo, tais como o tronco e o pescoço. (23) A necessidade deste estudo justifica-se, primariamente, pela associação cada vez maior entre a dor crónica não orofacial e doentes com DTM, tal como é referido na literatura atual. (24) De acordo com a nossa investigação, os resultados demonstraram existir uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.001$) de um doente ter dor orofacial e ter dor noutras regiões do corpo, sendo que doentes com DTM apresentam 3 vezes mais probabilidade de ter dor noutra região corporal que um indivíduo sem DTM. Estes dados estatísticos confirmam e reforçam os estudos de Bonato et al., em que indivíduos com DTM apresentam uma probabilidade de 5,5 vezes maior de terem uma patologia articular que não nas ATM's, do que indivíduos sem DTM. É importante salientar que o fenómeno de sensibilização central demonstrou influenciar o desenvolvimento de dor crónica em indivíduos com um DTM do âmbito muscular relativamente a indivíduos só com um DTM do âmbito articular. (11) Para Barjandi et al., indivíduos com dor miofascial por DTM demonstram ter uma maior associação com casos de comorbilidades do que indivíduos com mialgias por DTM. (12) Relativamente às áreas do corpo específicas que foram avaliadas neste estudo, a análise estatística demonstrou existir uma probabilidade aproximadamente 3 vezes maior de um doente com DTM ter dor na região do tronco/costas (associação estatisticamente significativa). Esta relação foi anteriormente avaliada por Suvinene et al., mais especificamente para a região lombar, em que 60,9% de participantes, numa amostra de 135 doentes com DTM, reportaram ter dor nessa área, num estudo que também utilizou um mapa de regiões corporais para avaliar a relação entre doentes com DTM e dor não orofacial. (24) Uma investigação prospetiva longitudinal que envolveu 2737 adultos demonstrou existir uma forte associação entre da incidência de DTM com dores noutras regiões do corpo, principalmente para a dor lombar. (23) No entanto, não foi possível demonstrar uma associação com significado estatístico relativamente à dor na região da cabeça ($p = 0.069$) e dos membros inferiores ($p = 0.102$), contrariamente a estudos que demonstra uma superioridade na prevalência de dor nos joelhos em doentes com DTM (tanto muscular como articular) relativamente a indivíduos sem esta patologia, (23) bem como uma associação entre cefaleias e DTM. (15,25)

Atualmente, à luz da evidência que assenta no modelo biopsicossocial, não é descabido sugerir, especialmente em patologias de dor crónica, que as DTM são suscetíveis de prejudicar e diminuir a qualidade de vida dos doentes. (26) Efetivamente, fatores psicológicos como a ansiedade, o stress e a depressão são preponderantes na alteração do limiar da dor e dos impulsos nociceptivos do SNC. (27) Neste estudo a qualidade de vida foi avaliada nas dimensões da disposição geral, do impacto na realização de atividades diárias e alterações nos níveis de ansiedade.

De facto, apesar da evidência científica demonstrar uma associação pouco conclusiva entre o stress promovido pela atividade laboral e doentes com DTM, (28) estudos como o de Wook et al. demonstram existir um risco acrescido de desenvolver uma DTM quando a população feminina trabalha mais de 60 horas por semana. (29) A dor crónica pode ser impercetível ou até acomodativa para a classe trabalhadora, dificultando e atrasando a procura de ajuda, que se agrava com os subdiagnósticos das patologias musculoesqueléticas. (30,31) Nesse sentido, e tal como é demonstrado neste estudo, a intensidade da dor crónica das DTM tem um grande impacto na insatisfação e alteração da capacidade de trabalho, promovendo uma ausência recorrente do doente, ou presença em condições físicas/psicológicas débeis na sua atividade laboral, bem como em atividades diárias.

O estudo OPPERA (Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment) foi revolucionário e essencial para determinar fatores psicológicos, genéticos e ambientais de risco, entre outros, que contribuem para o desenvolvimento da cronicidade das DTM. No entanto, os testemunhos dos doentes que experienciam situações reais e rotineiras não foram exploradas, tais como as relações interpessoais. (32) A nossa investigação debruçou-se não só sobre as alterações na satisfação em atividades relacionadas com pessoas do seio familiar e amigos, mas também na capacidade de participar em atividades sociais e recreativas, sendo que o impacto da dor crónica em doentes com DTM foi significativo. Desta forma, é de notar que as relações interpessoais e afetivas são indissociáveis do desenvolvimento humano, apresentando uma grande relevância no contexto emocional dos indivíduos, principalmente naqueles que sofrem de DTM, tal como Cavina et al. comprovou. (33)

Relativamente à ansiedade, foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas comparando os diferentes níveis de intensidade da dor, tendo em consideração as questões relativas à irritabilidade e tensão/ansiedade a que o doente esteve sujeito. Comparando com outros estudos, que utilizaram instrumentos de avaliação de ansiedade específicos, isolados ou associados a outros domínios psicossociais, como o QVRSO, foi possível correlacionar positivamente a alteração dos níveis de ansiedade e a intensidade de dor crónica em doentes com DTM. (21,34) A associação destes dados pode provavelmente ser explicada pelo facto de os fatores psicológicos serem potenciadores de hábitos parafuncionais, diminuindo o limiar da dor e alterar a sensibilidade dos músculos da mastigação. (27)

Desta forma, e tendo em consideração estudos que têm vindo a avaliar e associar na sua generalidade o impacto da dor na qualidade de vida em doentes com DTM, (18,19,21,26,27) este trabalho permitiu comprovar que a intensidade da dor está significativamente associada a um decréscimo na qualidade de vida.

5. Conclusão

A associação entre dor crónica que não se refere à região orofacial e as DTM é importante na compreensão da fisiopatologia, mecanismos de cronificação, estabelecimento do diagnóstico e sucesso da terapia em doentes com o sistema estomatognático num estado de desequilíbrio ortopédico e funcional.

Deste estudo podem retirar-se as seguintes conclusões:

- Doentes com DTM têm maior probabilidade de ter dor em regiões não orofaciais relativamente a indivíduos que não apresentam DTM, sendo as áreas mais afetadas a região do tronco/costas e dos membros superiores;
- O aumento da intensidade da dor está associado ao decréscimo na qualidade de vida de um doente com dor orofacial.

Nesse sentido, não deveremos abordar o nosso doente focando-nos exclusivamente na dor que apresenta na região orofacial, para além de que essa mesma dor deve ser tida em conta nos aspetos psicossociais, na atividade laboral e diária, considerando sempre as possíveis repercussões na sua qualidade de vida.

6. Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Bruno Macedo de Sousa pelo apoio e incentivo ao longo de todo o percurso académico, pela partilha deste trabalho e de todo o conhecimento transmitido, bem como pelas oportunidades constantes com que me presenteou.

À Prof. Doutora Maria João Rodrigues pela inspiração e dedicação com alma e coração a esta área da Dor Orofacial e Disfunções Temporomandibulares que tanto me fascina.

Ao Prof. Doutor Francisco Caramelo a quem reconheço a ajuda indispensável e com prontidão na realização deste trabalho.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e motivaram incondicionalmente.

Ao meu irmão que é a minha principal referência no percurso académico e de vida.

Aos meus avós, tios e padrinhos pela ajuda em todas as fases da vida.

À Raquel pelo apoio, paciência e amor incondicional que demonstra todos os dias.

Ao Núcleo de Estudantes de Medicina Dentária pelo desafio mais recompensador que realizei no meu percurso académico.

À Secção de Xadrez pelo voto de confiança e por todas as lutas que tivemos pelo bem da Academia.

À Subsecção de Odontoxadrez pela sua criação e pelo seu potencial de crescimento futuro.

Aos meus amigos pelo apoio e paciência durante este percurso.

7. Referências Bibliográficas

1. List T, Jensen RH. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*. 2017 Jun;37(7):692-704.
2. Sanz D, Fonseca J, Oliveira T. Disfunções Temporomandibulares: uma abordagem disciplinar [e-book]. 2ª edição; 2015 [citado em 30 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.spdof.pt/publicacoes/>
3. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, Januzzi E, de Souza BDM. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2021 Feb;25(2):441-453.
4. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Facial Pain. <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/FacialPain/> (accessed 29/12/21).
5. Bhat, Sonia. (2010). Etiology of temporomandibular disorders: the journey so far. *International dentistry SA*. 12. 88-92.
6. Lee KS, Jha N, Kim YJ. Risk factor assessments of temporomandibular disorders via machine learning. *Sci Rep* 2021;11:19802.
7. Chisnoiu AM, Picos AM, Popa S, Chisnoiu PD, Lascu L, Picos A, Chisnoiu R. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders - a literature review. *Clujul Med*. 2015;88(4):473-8.
8. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks SL, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite JA, Hollender L, Jensen R, John MT, De Laat A, de Leeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher CM, Zakrzewska J, Dworkin SF; International RDC/TMD Consortium Network, International association for Dental Research; Orofacial Pain Special Interest Group, International Association for the Study of Pain. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014 Winter;28(1):6-27.
9. Peck CC, Goulet JP, Lobbezoo F, Schiffman EL, Alstergren P, Anderson GC, de Leeuw R, Jensen R, Michelotti A, Ohrbach R, Petersson A, List T. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil*. 2014 Jan;41(1):2-23.
10. Crandall JA. An Introduction to Orofacial Pain. *Dent Clin North Am*. 2018 Oct;62(4):511-523. doi: 10.1016/j.cden.2018.05.001.
11. Bonato LL, Quinelato V, De Felipe Cordeiro PC, De Sousa EB, Tesch R, Casado PL. Association between temporomandibular disorders and pain in other regions of the body. *J Oral Rehabil*. 2017 Jan;44(1):9-15.
12. Barjandi G, Kosek E, Hedenberg-Magnusson B, Velly AM, Ernberg M. Comorbid Conditions in Temporomandibular Disorders Myalgia and Myofascial Pain Compared to Fibromyalgia. *J Clin Med*. 2021 Jul 16;10(14):3138.

13. Cohen, Steven P., Lene Vase and William Michael Hooten. "Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances." *The Lancet* 397 (2021): 2082-2097.
14. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2098-2110.
15. Vivaldi D, Di Giosia M, Tchivileva IE, Jay GW, Slade GD, Lim PF. Headache attributed to TMD Is Associated With the Presence of Comorbid Bodily Pain: A Case-Control Study. *Headache*. 2018 Nov;58(10):1593-1600.
16. Dahan H, Shir Y, Velly A, Allison P. Specific and number of comorbidities are associated with increased levels of temporomandibular pain intensity and duration. *J Headache Pain*. 2015;16:528.
17. Fenton BT, Goulet JL, Bair MJ, Cowley T, Kerns RD. Relationships Between Temporomandibular Disorders, MSD Conditions, and Mental Health Comorbidities: Findings from the Veterans Musculoskeletal Disorders Cohort. *Pain Med*. 2018 Sep 1;19(suppl_1): S61-S68.
18. Bitiniene D, Zamaliauskiene R, Kubilius R, Leketas M, Gailius T, Smirnovaite K. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. A systematic review. *Stomatologija*. 2018;20(1):3-9.
19. Bennadi, Darshana & Reddy, C. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 3. 1-6. 10.4103/2231-0762.115700.
20. Leal PC, Goes TC, da Silva LCF, Teixeira-Silva F. Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017 Jul-Sep;39(3):147-157.
21. Resende CMBM, Rocha LGDDS, Paiva RP, Cavalcanti CDS, Almeida EO, Roncalli AG, Barbosa GAS. Relationship between anxiety, quality of life, and sociodemographic characteristics and temporomandibular disorder. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2020 Feb;129(2):125-132.
22. Reissmann, Daniel & John, Mike & Seedorf, Hartwig & Doering, Stephan & Schierz, Oliver. (2014). Temporomandibular Disorder Pain Is Related to the General Disposition to be Anxious. *Journal of oral & facial pain and headache*. 28. 322-30.
23. Slade, Gary. (2014). Epidemiology of temporomandibular joint disorders and related painful conditions. *Molecular Pain*. 10. O16-O16. 10.1186/1744-8069-10-S1-O16.
24. Lorduy KM, Liegey-Dougall A, Haggard R, Sanders CN, Gatchel RJ. The prevalence of comorbid symptoms of central sensitization syndrome among three different groups of temporomandibular disorder patients. *Pain Pract*. 2013 Nov;13(8):604-13.
25. Suvinen TI, Kempainen P, Le Bell Y, Kauko T, Forssell H. Assessment of Pain Drawings and Self-Reported Comorbid Pains as Part of the Biopsychosocial Profiling of Temporomandibular Disorder Pain Patients. *J Oral Facial Pain Headache*. 2016 Fall;30(4):287-295.

26. Miettinen O, Lahti S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand.* 2012 Jul;70(4):331-6. doi: 10.3109/00016357.2011.654241.
27. Resende CM, Alves AC, Coelho LT, Alchieri JC, Roncalli AG, Barbosa GA. Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Braz Oral Res.* 2013 Mar-Apr;27(2):116-21.
28. Aranha RLB, Martins RC, de Aguiar DR, Moreno-Drada JA, Sohn W, Martins CC, de Abreu MHNG. Association between Stress at Work and Temporomandibular Disorders: A Systematic Review. *Biomed Res Int.* 2021 May 15; 2021:2055513.
29. Han W, Kwon SC, Lee YJ, Park C, Jang EC. The associations between work-related factors and temporomandibular disorders among female full-time employees: findings from the Fourth Korea National Health and Nutrition Examination Survey IV (2007-2009). *Ann Occup Environ Med.* 2018 Jun 20; 30:42.
30. Svebak S, Halvari H. Sickness Absence due to Chronic Musculoskeletal Pain: The Exploration of a Predictive Psychological Model Including Negative Moods, Subjective Health and Work Efficacy in an Adult County Population (The HUNT Study). *Eur J Psychol.* 2018 Jun 19;14(2):373-385.
31. Adams G, Salomons TV. Attending work with chronic pain is associated with higher levels of psychosocial stress. *Can J Pain.* 2021 May 18;5(1):107-116.
32. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Health Sciences Policy; Committee on Temporomandibular Disorders (TMDs): From Research Discoveries to Clinical Treatment. *Temporomandibular Disorders: Priorities for Research and Care.* Yost O, Liverman CT, English R, Mackey S, Bond EC, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020 Mar 12. PMID: 32200600.
33. Cavina, Sandra & Vedovello, Silvia & Santos, Patricia & Carneiro, Diego & Venezian, Giovana & Custodio, William. (2021). Affective relationships as predictors of TMD symptoms in young adults. *Revista de Odontologia da UNESP.* 50. e20210018. 10.1590/1807-2577.01821.
34. Kmeid E, Nacouzi M, Hallit S, Rohayem Z. Prevalence of temporomandibular joint disorder in the Lebanese population, and its association with depression, anxiety, and stress. *Head Face Med.* 2020 Sep 4;16(1):19.

8. Anexos

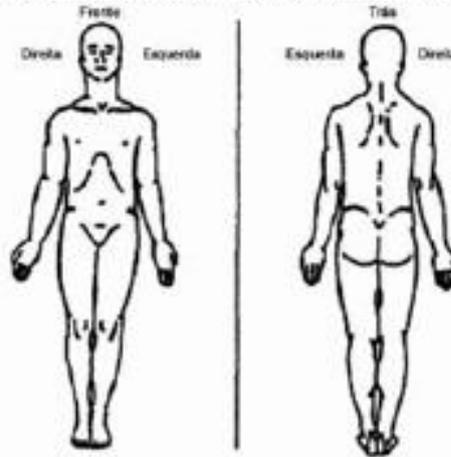
Inventário resumido de dor de Charles Cleeland

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

___ Sim

___ Não

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale

ANTES DE COMEÇAR, POR FAVOR, RESPONDA ÀS 2 PERGUNTAS QUE SE SEGUEM:

1. Algumas das perguntas deste questionário referem-se à sua “pessoa significativa”. Uma “pessoa significativa” *é uma pessoa de quem se sente muito próximo*. Refere-se a qualquer pessoa com quem se relaciona regularmente ou não. É muito importante que identifique alguém como o sua “pessoa significativa”. Por favor indique em baixo quem considera ser a sua “pessoa significativa” (assinale um):

- Cônjuge Parceiro/Companheiro Colega de Casa
 Amigo Vizinho Pai ou Mãe/Filho/Outro familiar
 Outro (por favor, especifique): _____

2. Vive actualmente com a “pessoa significativa”?

SIM NÃO

Ao responder às questões das páginas seguintes sobre a sua “pessoa significativa”, responda sempre referindo-se especificamente à pessoa que indicou acima.

A.

Nas 20 questões que se seguem, ser-lhe-á pedido para descrever a sua dor e a forma como ela afecta a sua vida. Por baixo de cada questão existe uma escala para registar a sua resposta. Leia cuidadosamente cada questão e em seguida assinale com um círculo um número na escala, por baixo dessa questão, para indicar de que forma é que essa questão em particular se aplica a si.

1. Classifique a intensidade da sua dor neste momento.

0 1 2 3 4 5 6
Sem dor Dor muito intensa

2. De um modo geral, até que ponto é que a sua dor interfere com as suas actividades do dia-a-dia?

0 1 2 3 4 5 6
Não interfere Interfere extremamente

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

3. Desde o momento em que começou a ter dor, até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade para trabalhar?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente
- Assinale aqui caso se tenha reformado por razões não relacionadas com a dor
4. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer que obtém ao participar em actividades sociais e recreativas?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente
5. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” o apoia ou ajuda em relação à sua dor?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Não apoia Apoia extremamente
6. Classifique a sua disposição geral durante a última semana.
- 0 1 2 3 4 5 6
 Muito má disposição Muito boa disposição
7. Em média, quão forte foi a sua dor durante a última semana?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Nada forte Extremamente forte
8. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade de participar em actividades sociais e recreativas?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente
9. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação que obtém de actividades relacionadas com a família?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente
10. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” está preocupada consigo em relação à sua dor?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Nada preocupado Extremamente preocupado
11. Durante a última semana, até que ponto é que sentiu que controlava a sua vida?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Nenhum controlo Extremamente em controlo
12. Até que ponto é que a sua dor lhe causa sofrimento?
- 0 1 2 3 4 5 6
 Nenhum sofrimento Sofrimento extremo

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kerns, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

13. Até que ponto é que a sua dor afectou o seu casamento e outras relações familiares?

0 1 2 3 4 5 6
 Não afectou Afectou extremamente

14. Até que ponto é que a sua dor alterou a satisfação ou prazer proporcionado pelo seu trabalho?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

Assinale aqui, se não estiver actualmente a trabalhar.

15. Em que medida é que a sua “pessoa significativa” está atenta à sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada atenta Extremamente atenta

16. Durante a última semana, até que ponto é que sente que tem sido capaz de lidar com os seus problemas?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada bem Extremamente bem

17. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua capacidade para realizar tarefas domésticas?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

18. Durante a última semana, até que ponto esteve irritável?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada irritável Extremamente irritável

19. Até que ponto é que a sua dor alterou a sua relação de amizade com pessoas que não sejam da família?

0 1 2 3 4 5 6
 Não alterou Alterou extremamente

20. Durante a última semana, até que ponto esteve tenso ou ansioso?

0 1 2 3 4 5 6
 Nada tenso ou ansioso Extremamente tenso ou ansioso

B.

Nesta secção queremos saber de que forma a sua “pessoa significativa” (isto refere-se à pessoa que indicou no início deste questionário) reage quando sabe que está com dores. Na escala indicada por baixo de cada questão, **assinale um número com um círculo** para indicar com que frequência a sua “pessoa significativa” reage, geralmente, dessa forma específica quando voce está com dores.

- | | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Ignora-me. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 2. Pergunta-me o que pode fazer para ajudar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 3. Lê para mim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 4. Mostra-me a sua irritação | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 5. Encarrega-se das minhas tarefas ou obrigações. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 6. Fala comigo sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 7. Mostra-me a sua frustração. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 8. Tenta fazer-me descansar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 9. Tenta fazer com que eu participe nalguma actividade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |

Versão portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização dos autores Robert D. Kems, PhD; Dennis C. Turk, PhD e Thomas E. Rudy, PhD.

10. Mostra-me a sua fúria.
0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente
11. Vai buscar-me medicação para a dor
0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente
12. Incentiva-me a arranjar uma distração/passatempo.
0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente
13. Traz-me qualquer coisa para comer ou beber.
0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente
14. Liga a televisão para me distrair da dor
0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

C.

De seguida são apresentadas 18 actividades diárias. Por favor indique com que frequência faz cada uma destas actividades assinalando com um círculo um número na escala apresentada por baixo de cada actividade. Por favor preencha todas as 18 questões.

- | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. Lavar a louça. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 2. Cortar a relva. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 3. Ir comer fora. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 4. Jogar às cartas ou outros jogos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 5. Ir às compras. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 6. Trabalhar no jardim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 7. Ir ao cinema. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 8. Visitar amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |
| 9. Ajudar na limpeza da casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Nunca | | | | | | Muito frequentemente |

11. Dar uma volta de carro.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
12. Visitar familiares.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
13. Preparar uma refeição.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
14. Lavar o carro.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
15. Viajar.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
16. Ir ao parque ou à praia.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
17. Lavar a roupa na máquina.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente
18. Fazer algum arranjo necessário na casa	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Muito frequentemente

20/06/22, 17:28

Gmail - Envio parecer CE_Proc. CE-126/2020_David Neves



David Neves <dneves27@gmail.com>

Envio parecer CE_Proc. CE-126/2020_David Neves

1 mensagem

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

29 de outubro de 2020 às 11:55

Para: dneves27@gmail.com

Cc: brunomacsousa@gmail.com, maria.jrodrigues@hotmail.com, nlovalher@usal.es

Exmo. Senhor

Dr. David Manuel Teixeira Neves,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título "*Estudo da incidência de dor crónica não orofacial em doentes com Disfunção Temporomandibular*", foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 28 de outubro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável".

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

1. *Consentimento Informado*



CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE DOR CRÓNICA NÃO OROFACIAL EM DOENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

INVESTIGADOR COORDENADOR: David Manuel Teixeira Neves

CO-INVESTIGADORES: Bruno Miguel Macedo de Sousa, Maria João Pascoal Rodrigues, Nansi Lopez-Valverde Hernandez

CENTROS DE ESTUDO: Departamento de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina de Coimbra (Área de Medicina Dentária); Facultad de Medicina Universidad de Salamanca; IBSAL – Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca

CONTACTO TELEFÓNICO: 932776860

EMAIL: Dneves27@gmail.com

NOME DO DOENTE

(LETRA DE IMPRENSA)

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo, sendo que se pretende determinar a incidência de dor crónica não orofacial em doentes com disfunção temporomandibular em comparação com doentes não disfuncionais. Para tal, será necessário o preenchimento de um questionário durante as consultas de medicina dentária.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre as disfunções temporomandibulares e a sua relação com patologias eventualmente sistémicas.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O seu médico no estudo ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Deve tomar a decisão de participar ou não depois de entender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do médico, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo decorrerá no Departamento de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina de Coimbra (Área de Medicina Dentária) e terá como objetivo determinar a incidência de dor crónica não orofacial em doentes com disfunção temporomandibular em comparação com doentes não disfuncionais.

As disfunções temporomandibulares (DTM) correspondem a patologias crónicas com grande impacto clínico, social e económico. Doentes com estes distúrbios referem, frequentemente, dor muscular e/ou articular, dificuldade em abrir a boca, sintomas de depressão, alteração de padrões de sono e baixa energia, afetando conseqüentemente a qualidade de vida. Desta forma pretendemos perceber se estes doentes apresentam outras queixas de dor, com maior incidência relativamente à população em geral.

Este estudo irá determinar se existe alguma relação da DTM com uma condição local de uma patologia eventualmente sistémica.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a protecção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa protecção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Todos os doentes que compareçam a uma consulta de medicina dentária serão avaliados segundo o Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) no sentido de diagnosticar, ou não, alguma disfunção temporomandibular. Em função dessa avaliação, serão divididos em dois grupos, sendo que a ambos será distribuído um questionário no sentido de avaliar se padecem de alguma dor crónica noutra parte do corpo que não a região orofacial. O questionário em questão corresponde a uma adaptação do inventário multidimensional de dor de West Haven-Yale e do inventário resumido de dor de Charles Cleeland.

No final compararemos as respostas dos dois grupos.

2.2. Tratamento de dados/Randomização

Os dados serão tratados com o apoio de especialistas em estatística que colaboram no estudo.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Não aplicável.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Não aplicável.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Será esclarecido de qualquer informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não aplicável.

7. SEGURANÇA

Durante a sua participação apenas serão tomados procedimentos clínicos usuais e uma vez que estes decorrem na consulta do Departamento (Área) de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina estará sob a cobertura do seguro existente. Embora não se espere que devido à sua participação venha a sofrer problemas de saúde, se sofrer alguma lesão física como resultado de quaisquer procedimentos do estudo, realizados de acordo com o protocolo, será reembolsado pelas despesas médicas necessárias para as tratar.

8. PARTICIPAÇÃO/ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o médico dentista que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o seu médico dentista se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico dentista do estudo notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

9. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos registos médicos para verificação dos procedimentos

realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com

os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação médica diretamente ou através do seu médico dentista neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, tais como registos médicos, registos fotográficos dentários ou registos radiológicos, serão utilizados para condução do

estudo, designadamente para fins de investigação científica relacionados com o tratamento ou com a patologia em estudo.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSAÇÃO

Este é um estudo da iniciativa do investigador e, por isso, não haverá lugar a qualquer compensação financeira para a elaboração e execução deste estudo para os investigadores, o Centro de Estudo e os participantes. Se além da visita prevista neste estudo, planeada de acordo com a actual prática clínica, lhe forem solicitadas visitas suplementares no âmbito deste estudo, as despesas decorrentes dessas visitas não serão reembolsadas.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar: David Manuel Teixeira Neves.
Telefone: 932776860

**NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE
TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS
SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.**

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas
atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.

6. Autorizo o uso dos resultados do estudo e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades de saúde de todos os países.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do

Participante _____

Assinatura : _____

Data: ____/____/____

Confirmando que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do

Investigador: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____