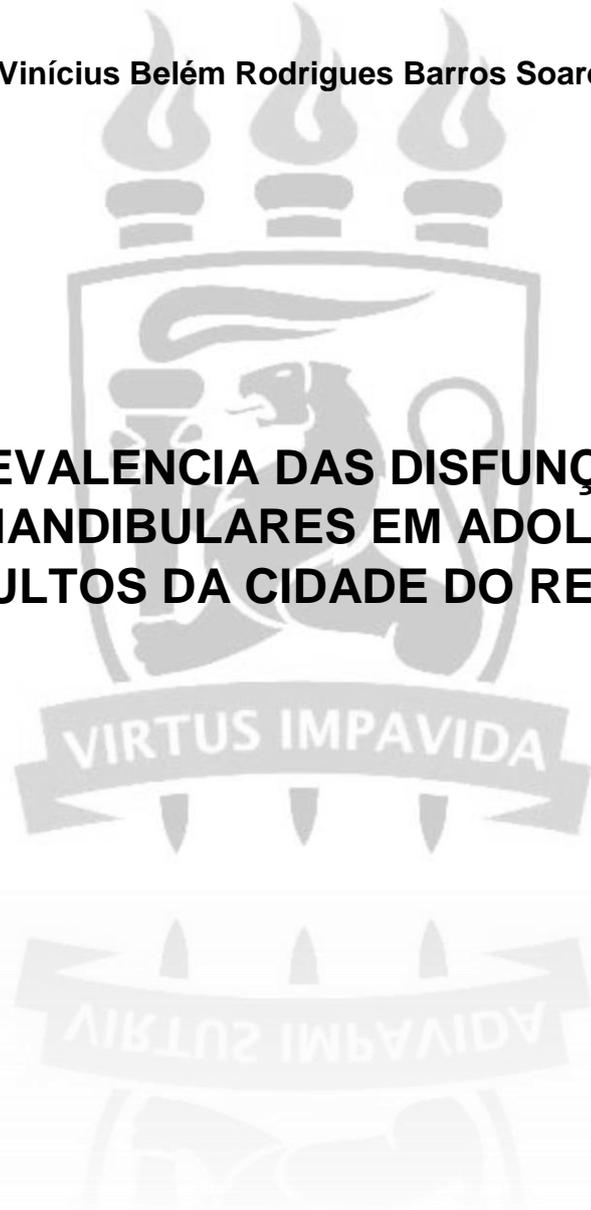


UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

Vinícius Belém Rodrigues Barros Soares



**PREVALENCIA DAS DISFUNÇÕES
TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES E
ADULTOS DA CIDADE DO RECIFE**

Recife – PE

2016

Vinícius Belém Rodrigues Barros Soares

PREVALENCIA DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES EM ADOLESCENTES E ADULTOS DA CIDADE DO RECIFE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como pré-requisito para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo França Caldas Júnior.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Recife – PE

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

S676s Soares, Vinícius Belém Rodrigues Barros.
Prevalencia das disfunções temporomandibulares em adolescentes e adultos da Cidade de Recife / Vinícius Belém Rodrigues Barros Soares. _ 2016.
57 f.: il. ; 30 cm.

Orientador: Arnaldo França Caldas.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Pós-graduação em Odontologia, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtornos da Articulação Temporomandibular. 2. Adolescente. 3. Depressão. I. Caldas, Arnaldo França. (Orientador). II. Título.

617.6 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2017-132)

VINICIUS BELÉM RODRIGUES BARROS SOARES

**PREVALENCIA DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES EM
ADOLESCENTES E ADULTOS DA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como pré-requisito para obtenção do grau de mestre em Odontologia.

Aprovado em: 27 de Abril de 2016

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. ALESSANDRA DE ALBUQUERQUE TAVARES CARVALHO Universidade
Federal de Pernambuco

Profa. Dra. MARCIA MARIA VENDICIANO BARBOSA VASCONCELOS
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. GUSTAVO PINA GODOY
Universidade Federal de Pernambuco

- A minha família, por me apoiar em todas as minhas decisões e caminhos tomados;
- A todos os professores e orientadores envolvidos em minha formação acadêmica, desde minha alfabetização até este momento. Tudo só foi possível através deles;

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Pernambuco em nome do **Magnífico Reitor Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado**;

A Pró-reitoria de Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco em nome do **Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos**;

A Coordenação da Pós-graduação em Odontologia da UFPE em nome da **Profa. Dra. Alessandra Albuquerque T. Carvalho**;

A **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela Concessão de bolsa de estudos;

Ao meu orientador **Prof Dr Arnaldo de França Caldas Júnior**, por todo conhecimento e enriquecimento como profissional e como pessoa que ele me propiciou. Mais do que um professor, um educador;

À minha coorientadora **Profa Dra. Rosana Ximenes**, por ter me introduzido no mundo da pesquisa científica e ter me incentivado o estudo continuado das neurociências;

Ao colega **João Aroucha**, por ter enriquecido meus conhecimentos sobre as disfunções temporomandibulares e incentivado ao estudo contínuo para pesquisa e ensino.

À professora **Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos**, por desde os primeiros períodos do curso de graduação ter me mostrado o lado humano do atendimento em saúde;

Aos colegas **Cecília Neves, André Cavalcanti, Mariana Assis, Bruno Gama, Jorge Waked e Anderson Lima** que tanto me ajudaram na jornada que é produzir uma dissertação;

A **Profa Dra Simone Guimarães Farias Gomes**, pelo grande conhecimento e incentivo no estudo das Dores orofaciais e Disfunções temporomandibulares;

As Secretárias da Pós **Oziclere e Tamiris**, e a **Funcionária Tânia e Mariza**, que com simpatia estão sempre dispostas a ajudar;

A **Secretaria de Saúde da Cidade do Recife** e **Secretária Estadual de Educação** pela anuência a pesquisa nas Unidades de Saúde da Família e Escolas da rede estadual de ensino;

Aos **pacientes** que participaram dessa pesquisa, que contribuíram com sua simpatia e disponibilidade possibilitando o resultado final desse trabalho.

Ao meu irmão **Caio Belém** e sua namorada **Juliana Melcop**, que com suas companhias, incentivo e conversas tornaram minha vida melhor e mais leve.

Aos meus pais, **Lourival Barros** e **Siceleg Belém**, por todo esforço e dedicação com que sempre me empurraram para frente e me incentivaram a dar sempre o melhor de mim.

Ao meu Cão e fiel companheiro, **Pingo**, pelos 16 anos de cumplicidade e entendimento.

“But more wonderful than the lore of old men and the lore of books is the secret lore of ocean. Blue, green, grey, white, or black; smooth, ruffled, or mountainous; that ocean is not silent. All my days have I watched it and listened to it, and I know it well. At first it told to me only the plain little tales of calm beaches and near ports, but with the years it grew more friendly and spoke of other things; of things more strange and more distant in space and in time. Sometimes at twilight the grey vapours of the horizon have parted to grant me glimpses of the ways beyond; and sometimes at night the deep waters of the sea have grown clear and phosphorescent, to grant me glimpses of the ways beneath. And these glimpses have been as often of the ways that were and the ways that might be, as of the ways that are; for ocean is more ancient than the mountains, and freighted with the memories and the dreams of Time.”

H. P. Lovecraft

RESUMO

Cirurgiões-Dentistas têm demonstrado crescente interesse pelas Disfunções Temporomandibulares (DTM's) e dores orofaciais. Essa disfunção tem etiologia multifatorial, assim como, vários fatores de risco associados interagindo em nível individual de cada paciente. O desenvolvimento de estudos de prevalência que abranjam amostras diversas da população, desta forma, se torna imperioso. O presente trabalho se propôs a estudar a prevalência de DTM e sua associação com variáveis econômico-demográficas e psicossociais em uma amostra de adolescentes e adultos da cidade do Recife, Brasil. Trata-se de um estudo transversal analítico, que envolveu uma amostra calculada de 1870 indivíduos adultos e adolescentes residentes da cidade do Recife. Todos os indivíduos sorteados, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido foram entrevistados e examinados utilizando-se o Critério para Diagnóstico em Pesquisa em DTM (RDC/TMD) e o Critério de Classificação Econômica Brasil. Verificou-se que 34,5% da amostra apresentou DTM, sendo 33,4% para adolescentes e 36,2% para adultos. Para as variáveis com associação significativa se ressalta que o percentual com DTM foi mais elevado na faixa etária de 45 a 59 anos (41,0%), no sexo feminino (36,1%) e também mais elevado entre os classificados com depressão severa (47,2%). A prevalência de DTM demonstrou aumento com a idade, decrescendo a partir dos 60 anos. Quando classificadas em muscular, articular ou apresentando ambas, a prevalência se mostrou alta em ambos os sexos para DTM's, e o sexo, a idade e a depressão moderada ou severa estiveram associadas às disfunções temporomandibulares.

Palavras-chave: Transtornos da Articulação Temporomandibular. Adolescente. Depressão.

ABSTRACT

Dentists have shown growing interest in temporomandibular joint disorders (TMD) and orofacial pain. This dysfunction has a multifactorial etiology, as well as several risk factors interacting at an individual level of each patient. The development of prevalence studies covering different population samples thus becomes imperative. This research aimed to study the prevalence and associations of TMD in a sample of adolescents and adults in the city of Recife, Brazil. This is an analytical cross-sectional study, which involved a calculated sample of 1870 adults and adolescents. All randomly selected individuals who signed the informed consent were interviewed and examined using the Research diagnostic criteria in TMD (RDC / TMD) and the Economic Classification Criteria Brazil. It was found that 34.5% of the sample had TMD, being 33.4% for adolescents and 36.2% for adults. For the variables with significant association is noteworthy that the percentage TMD was higher in the age group 45-59 years (41.0%), higher in females (36.1%) and also higher among those classified with severe depression (47.2%). The prevalence of TMD increase with ageing, decreasing from 60 years. When classified into muscle, joint or presenting both, the prevalence was found high in both sexes for TMD's, and sex, age and moderate or severe depression were associated with temporomandibular disorders.

Key words: Temporomandibular joint disorders. Adolescent. Depression.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes analisados segundo a faixa etária, sexo, CCEB e escore de depressão.

Tabela 2 – Avaliação da ocorrência de DTM segundo a faixa etária, sexo, CCEB e depressão.

Tabela 3 – Avaliação da ocorrência de DTM segundo depressão por sexo.

Tabela 4 – Avaliação da ocorrência de DTM segundo a faixa etária por sexo.

Tabela 5 – Avaliação do tipo de DTM segundo a faixa etária, sexo, CCEB e depressão.

Gráfico 1 – Curva de Prevalência de DTM segundo a faixa etária.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 METODOLOGIA..... | 14 |
| 3 RESULTADOS..... | 19 |
| 4 DISCUSSÃO..... | 24 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 28 |
| REFERÊNCIAS..... | 29 |
| APÊNDICE A (TCLE ADOLESCENTES)..... | 33 |
| APÊNDICE B (TCLE ADULTOS)..... | 34 |
| ANEXO A (RDC/TMD)..... | 37 |
| ANEXO B (CCEB)..... | 49 |
| ANEXO C (INSTRUÇÃO PARA AUTORES)..... | 50 |

1 INTRODUÇÃO

Os Cirurgiões-Dentistas têm demonstrado crescente interesse pelas Disfunções Temporomandibulares (DTM's) e dores orofaciais. A razão para isso é o constante fluxo de novos conhecimentos acerca do tema, como informações diagnósticas, fatores e comorbidades relacionadas e como tratá-las mais eficazmente.¹

Essa disfunção tem etiologia multifatorial, assim como, vários fatores de risco associados interagindo em nível individual de cada paciente.^{2,3} Fatores oclusais (mordida aberta anterior ou posterior uni ou bilateral, sobremordida, sobresaliência e ausência de 5 ou mais dentes posteriores) tem sido alvo constante de estudos e sua influência nas DTM's amplamente discutida^{4,5}, assim como sua possível correlação com outros fatores, a exemplo de sons articulares.^{6,7}

As evidências das variações demográficas envolvendo as disfunções temporomandibulares vem predominantemente de estudos transversais de sua prevalência.⁸ Tais estudos normalmente demonstram uma prevalência mais elevada em mulheres adultas. No entanto, os estudos de base populacional servem apenas como um retrato da situação atual da população, sendo, ainda assim, o ponto de partida para políticas de intervenção e estratégias de abordagens para tratamento. Frequentemente, se observa a não inclusão de pacientes de faixas etárias mais baixas nesses estudos. Os pesquisadores interessados em fazer pesquisas com adolescentes não sabem como agir pela falta de clareza nos documentos que regulamentam os estudos com pessoas nessa faixa etária. Faltam informações quanto à autonomia e capacidade dos mesmos para dar seu consentimento informado.⁹

Estudos demonstram a associação entre as DTM's e sexo, assim como, situação econômico-social dos indivíduos afetados, sem, no entanto, incluir faixas etárias mais baixas, enfatizando mais ainda a importância da inclusão das mesmas.^{5,10}

Disfunções temporomandibulares podem ser acompanhadas de dores crônicas da cabeça e pescoço e altos índices de depressão e ansiedade¹¹, sem, no entanto, apresentar uma relação causal. Abordagens multidimensionais dos fatores associados as DTM's a exemplo dos anteriormente citados faz-se então necessárias. Estes fatores

estão profundamente enraizados nas condições socioeconômicas apresentadas pela população¹²⁻¹⁴, sendo a pobreza uma condição importante no aparecimento de alterações como dores miofasciais e problemas articulares.¹⁰

Assim, torna-se imperioso desenvolvimento de estudos de prevalência que abranjam amostras diversas da população. Visando a melhor compreensão de como as DTM's se apresentam em adolescentes e adultos, o presente estudo se propôs a estudar a prevalência em uma amostra populacional de adolescentes e adultos da cidade do Recife, Brasil e verificar a associação dessa prevalência com fatores socioeconômicos, demográficos e com a depressão.

2 METODOLOGIA

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e obteve aprovação através dos protocolos 0535.0.172.172-11 (amostra de adultos) e 0397.0.172.000-11 (amostra de adolescentes). Os participantes e/ou seus responsáveis selecionados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

População e Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, Brasil durante o ano de 2012 e 2013. A cidade de Recife possui 218 km² de extensão territorial, com uma população de 1.537.704 habitantes de acordo com o IBGE em 2010 - 1.195.502 adultos e 245.673 adolescentes.

Tipo de Estudo, Tamanho Amostral e Amostragem

Tratou-se de um estudo transversal analítico de base populacional, que envolveu uma amostra de 1870 indivíduos, sendo 729 adultos residentes na área urbana da cidade de Recife e 1141 adolescentes escolares da rede estadual de ensino.

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de estudantes matriculados na rede estadual em Recife na faixa etária alvo da pesquisa e de adultos pacientes cadastrados em USF's dos Distrito Sanitários do município de Recife. Foi utilizado o programa EPI-INFO versão 6.04 para determinar o tamanho da amostra, utilizando erro de 3,0%, confiabilidade de 95,0%.

Para o cálculo amostral foi utilizada a fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{1}{1 + \frac{m - 1}{N}}$$

Onde:

n = Tamanho amostral;

z = Valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,% (1,96);

p_e = Proporção esperada igual a 0,331;

e = erro de 3,0% (0,03);

N = tamanho populacional.

A amostra de indivíduos adultos foi obtida em Unidades de Saúde da Família (USF's) da rede pública de Recife. A cidade do Recife mantém uma divisão político-administrativa constituída de seis Regiões Político-Administrativas (RPA's), que correspondem aos seis Distritos Sanitários e congregam os 94 bairros existentes na cidade, agrupados de acordo com sua localização.

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes com idade igual ou superior a 20 anos, com boa saúde geral e oral, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família pertencentes a todas as RPA's, sem restrição de gênero ou etnia, residentes na cidade do Recife e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os portadores de distúrbios neurológicos, indivíduos com história de neoplasias na região de cabeça e pescoço; aqueles que faziam uso continuado ou há menos de três dias de anti-inflamatório, analgésicos e corticóides; os incapazes de compreender e, ou, responder ao RDC/TMD e/ou o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Instrumentos da pesquisa), pacientes que relataram histórico de patologias reumatológicas, indivíduos com dor de origem odontogênica e com otalgia de origem primária foram excluídos.

Para obtenção da amostra desses indivíduos foi utilizada a técnica de amostragem em múltiplos estágios de forma representativa para toda a cidade. Primeiramente foi realizada uma amostragem por conglomerados para definir os bairros dos distritos sanitários, em seguida uma amostragem sistemática para escolher as unidades de saúde

e, por último, foram selecionados 729 voluntários (amostra representativa) pela técnica de amostragem aleatória simples nos respectivos estabelecimentos de saúde.

Para a seleção de indivíduos adolescentes, adotou-se o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS) considerando adolescentes pessoas entre 10 a 19 anos de idade.¹⁵ De acordo com a relação fornecida pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco – 2009, a cidade está dividida em duas Gerências Regionais (GERE), Norte e Sul, possuindo 165 escolas públicas estaduais em todo o município com alunos de 10 a 19 anos. A população estudada é de adolescentes, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas estaduais de Recife no ano de 2012. Foi realizada uma amostragem por conglomerados abrangendo as regiões das duas GERE's, onde 20 escolas foram selecionadas por sorteio para participar do estudo. Os critérios de inclusão para os alunos foram: idade entre 10 e 19 anos, independente de gênero; estar regularmente matriculado e frequentando as atividades escolares formais no estabelecimento de ensino sorteado e autorização para participar da pesquisa pelo pai ou responsável, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Alunos com deficiência intelectual que tiveram dificuldade em entender o questionário ou com dificuldades de cooperação no exame físico foram excluídos desse estudo. Segundo a Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco havia 103.100 estudantes matriculados na rede estadual de ensino dentro da faixa etária contida no estudo em 2012.

Instrumentos de Pesquisa e Coleta de Dados

Todos os indivíduos selecionados foram examinados utilizando-se o Critério para diagnóstico em pesquisa em DTM (RDC/TMD) eixos I e II. Para o diagnóstico da DTM, utilizando-se o eixo I, o qual apresenta os seguintes diagnósticos: Dor miofascial com ou sem limitação de abertura bucal (grupo 1-G1), deslocamento de disco com e sem redução e com ou sem limitação de abertura (grupo 2-G2) e artralgia, osteoartrite e osteoartrose (grupo 3-G3). A prevalência da DTM foi calculada pelo número de indivíduos que apresentaram, pelo menos, um diagnóstico positivo para a DTM. Adicionalmente à frequência de cada diagnóstico único, foi também estabelecida a possibilidade de mais de um diagnóstico por indivíduo, ou seja, os diagnósticos múltiplos. O estudo do eixo II avalia depressão, sintomas físicos não específicos com e sem dor, limitações

relacionadas ao funcionamento mandibular e o grau de dor crônica. Por meio dele foi avaliada e classificada a depressão em ausente, moderada ou severa. Para efeito de análise estatística essa variável foi dicotomizada em ausente (sem depressão) e presente (depressão moderada e severa). Para a aplicação dos eixos I e II do RDC/TMD, quatro examinadores foram treinados e calibrados, obtendo-se, após a calibração, um índice Kappa intra e inter-examinadores de 1,0 e 0,8 respectivamente para a amostra de adultos e três examinadores para a amostra de adolescentes que obtiveram um índice Kappa intra e inter-examinadores de 0,96 e 0,92 respectivamente.

Para aferição de condições socioeconômicas foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O CCEB foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para classificação da população em grupos por classe econômica. Essa classificação é feita com base na posse de bens e não com base na renda familiar. Embora contenha itens de natureza social, como grau de escolaridade, todos os itens do CCEB são utilizados apenas como indicadores da capacidade de consumo.¹⁶

A resposta para cada pergunta corresponde a um escore, em que ao somarem-se todos os escores obtêm-se a classificação do domicílio do participante em classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Para efeito de análise estatística, o CCEB foi categorizado em A+B, C1, C2 e D+E.¹⁷

Análise Estatística

Os dados foram analisados descritivamente através de distribuições absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as estatísticas: média, mediana, desvio padrão para a variável idade e foram analisados inferencialmente, através do teste Qui-quadrado de Pearson para a verificação da associação entre as variáveis, com a obtenção do intervalo de confiança (IC). A força da associação foi avaliada através da razão entre prevalências (RP) e respectivo intervalo de confiança.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos de confiança de 95%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o

programa estatístico utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 20.0.

3 RESULTADOS

A idade dos indivíduos analisados variou de 10 a 85 anos, teve média de 25,19 anos, desvio padrão de 15,53 anos e mediana de 17,00 anos.

Na Tabela 1 apresenta-se as distribuições das variáveis: faixa etária, sexo, CCEB e escore de depressão. Nesta tabela se destacam que: a maioria (61%) dos pesquisados tinha entre 10 a 19 anos, seguido de 19,4% que tinha 25 a 44 anos e 11,3% com 45 a 59 anos e a maioria dos pacientes (75,1%) era do sexo feminino. As três classes sociais mais frequentes foram C2 (38,6%), D + E (27,5%) e C1 (24,4%). A metade (50,9%) da amostra foi classificada sem depressão e o restante com escore moderado (25,3%) ou severo (23,8%).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes analisados segundo a faixa etária, sexo, CCEB e escore de depressão

| Variável | N | % |
|------------------------------|-------------|--------------|
| TOTAL | 1870 | 100,0 |
| • Faixa etária | | |
| 10 a 19 | 1141 | 61,0 |
| 20 a 24 | 79 | 4,2 |
| 25 a 44 | 362 | 19,4 |
| 45 a 59 | 212 | 11,3 |
| 60 ou mais | 76 | 4,1 |
| • Sexo | | |
| Masculino | 466 | 24,9 |
| Feminino | 1404 | 75,1 |
| • CCEB | | |
| A + B | 177 | 9,5 |
| C1 | 457 | 24,4 |
| C2 | 721 | 38,6 |
| D + E | 515 | 27,5 |
| • Escore de depressão | | |
| Ausente | 951 | 50,9 |
| Moderada | 474 | 25,3 |
| Severa | 445 | 23,8 |

Na Tabela 2 verifica-se que 34,5% da amostra tinha DTM, sendo 33,4% para adolescentes e 36,2% para adultos. Com exceção da classe social, comprova-se associação significativa ($p < 0,05$) da ocorrência de DTM com cada uma das outras três variáveis. Para as variáveis com associação significativa, se ressalta que o percentual com DTM foi mais elevado na faixa 45 a 59 anos (41,0%), foi mais elevada no sexo feminino (36,1%) e entre os classificados com depressão severa (47,2%). Por aproximação, em um estudo transversal, uma estimativa do risco relativo pode ser obtida a partir de coeficientes em expostos e não-expostos. Calcula-se, então, a razão de prevalência. A mesma foi de 1,83 para os pacientes de 45 a 59, e de 1,73 para os pacientes com depressão severa.

Tabela 2 – Avaliação da ocorrência de DTM segundo a faixa etária, sexo, CCEB e depressão

| Variável | DTM | | | | Total | | Valor de p | RP (IC à 95%) |
|---------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------------|--------------------|
| | Sim | | Não | | n | % | | |
| | N | % | n | % | n | % | | |
| Grupo Total | 645 | 34,5 | 1225 | 65,5 | 1870 | 100,0 | | |
| • Faixa etária | | | | | | | | |
| 10 a 19 | 381 | 33,4 | 760 | 66,6 | 1141 | 100,0 | $p^{(1)} = 0,036^*$ | 1,49 (0,97 a 2,29) |
| 20 a 24 | 28 | 35,4 | 51 | 64,6 | 79 | 100,0 | | 1,58 (0,95 a 2,65) |
| 25 a 44 | 132 | 36,5 | 230 | 63,5 | 362 | 100,0 | | 1,63 (1,05 a 2,53) |
| 45 a 59 | 87 | 41,0 | 125 | 59,0 | 212 | 100,0 | | 1,83 (1,17 a 2,87) |
| 60 ou mais | 17 | 22,4 | 59 | 77,6 | 76 | 100,0 | | 1,00 |
| • Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 138 | 29,6 | 328 | 70,4 | 466 | 100,0 | $p^{(1)} = 0,011^*$ | 1,00 |
| Feminino | 507 | 36,1 | 897 | 63,9 | 1404 | 100,0 | | 1,22 (1,04 a 1,43) |
| • CCEB | | | | | | | | |
| A + B | 64 | 36,2 | 113 | 63,8 | 177 | 100,0 | $p^{(1)} = 0,529$ | 1,10 (0,87 a 1,39) |
| C1 | 151 | 33,0 | 306 | 67,0 | 457 | 100,0 | | 1,01 (0,84 a 1,21) |
| C2 | 261 | 36,2 | 460 | 63,8 | 721 | 100,0 | | 1,10 (0,94 a 1,29) |
| D + E | 169 | 32,8 | 346 | 67,2 | 515 | 100,0 | | 1,00 |
| • Escore depressão | | | | | | | | |
| Ausente | 260 | 27,3 | 691 | 72,7 | 951 | 100,0 | $p^{(1)} < 0,001^*$ | 1,00 |
| Moderada | 175 | 36,9 | 299 | 63,1 | 474 | 100,0 | | 1,35 (1,15 a 1,58) |
| Severa | 210 | 47,2 | 235 | 52,8 | 445 | 100,0 | | 1,73 (1,50 a 1,99) |

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

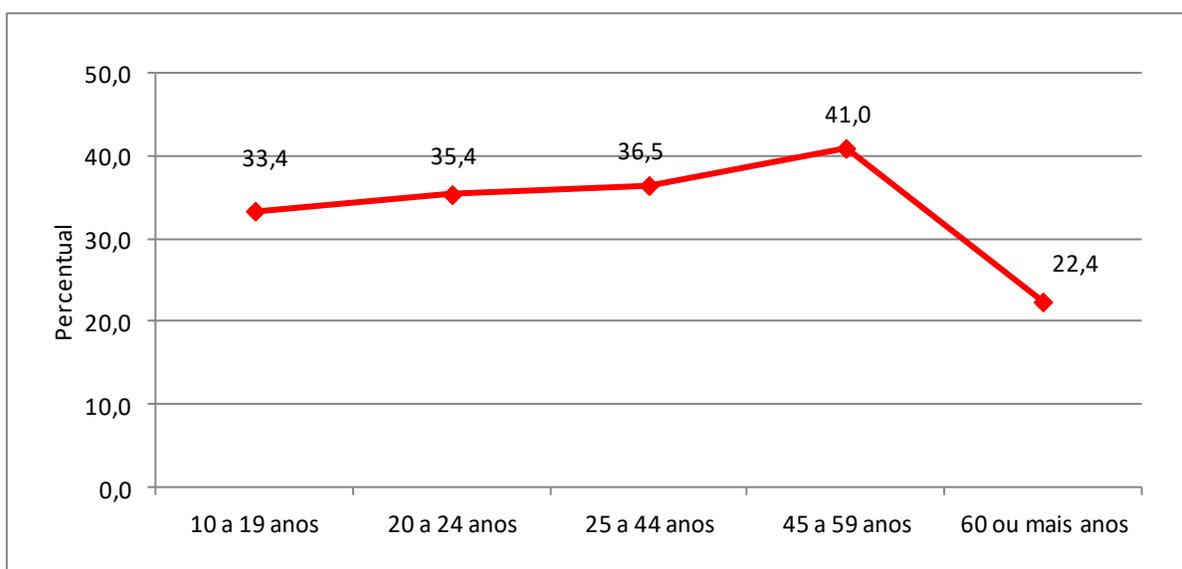
(RP): Razão de prevalência

(IC): Intervalo de confiança

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

O gráfico 1 demonstra a curva de prevalência da DTM pela faixa etária dos indivíduos pesquisados. Nele pode-se observar que a prevalência de DTM atinge seu pico na faixa etária de 45 a 59 anos, começando a decrescer a partir dos 60 anos de idade.

Gráfico 1 – Curva de prevalência de DTM segundo a faixa etária



A Tabela 3 demonstra associação significativa da ocorrência de depressão com DTM em cada sexo, sendo verificado que o menor percentual com DTM ocorreu nos classificados sem depressão e mais elevados entre os que tinham depressão severa, sendo a RP de 1,70 para depressão severa no sexo feminino.

Tabela 3 – Avaliação da ocorrência de DTM segundo depressão por sexo

| Depressão | DTM | | | | Total | | Valor de p | RP (IC à 95%) |
|---------------|--------------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|---------------------------|--------------------|
| | Sim | Não | Sim | Não | N | % | | |
| | N | % | n | % | N | % | | |
| • Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | • Depressão | | | | | | | |
| Ausente | 71 | 24,4 | 220 | 75,6 | 291 | 100,0 | p ⁽¹⁾ = 0,006* | 1,00 |
| Moderada | 42 | 38,2 | 68 | 61,8 | 110 | 100,0 | | 1,56 (1,14 a 2,14) |
| Severa | 25 | 38,5 | 40 | 61,5 | 65 | 100,0 | | 1,58 (1,09 a 2,28) |
| | 138 | 29,6 | 328 | 70,4 | 466 | 100,0 | | |
| Feminino | • Depressão | | | | | | | |
| Ausente | 189 | 28,6 | 471 | 71,4 | 660 | 100,0 | p ⁽¹⁾ < 0,001* | 1,00 |
| Moderada | 133 | 36,5 | 231 | 63,5 | 364 | 100,0 | | 1,28 (1,06 a 1,53) |
| Severa | 185 | 48,7 | 195 | 51,3 | 380 | 100,0 | | 1,70 (1,45 a 1,99) |
| | 507 | 36,1 | 897 | 63,9 | 1404 | 100,0 | | |

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(RP): Razão de prevalência

(IC): Intervalo de confiança

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Quando se analisa a ocorrência de DTM por faixa etária para cada um dos sexos (Tabela 4) não se verificou associação significativa ($p < 0,05$). No entanto, destaca-se que as mulheres apresentam uma maior prevalência de DTM em idade mais jovem do que os homens.

Tabela 4 – Avaliação da ocorrência de DTM segundo a faixa etária por sexo

| Sexo | Faixa etária | DTM | | | | Total | | Valor de p | RP (IC à 95%) |
|--------------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|--------------------------|---------------------|
| | | Sim | Não | Sim | Não | N | % | | |
| | | N | % | n | % | N | % | | |
| • Masculino | | | | | | | | | |
| | 10 a 19 | 108 | 30,3 | 248 | 69,7 | 356 | 100,0 | p ⁽¹⁾ = 0,586 | 2,58 (0,69 a 9,57) |
| | 20 a 24 | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 | 12 | 100,0 | | 2,83 (0,62 a 13,06) |
| | 25 a 44 | 14 | 28,6 | 35 | 71,4 | 49 | 100,0 | | 2,43 (0,61 a 9,61) |
| | 45 a 59 | 10 | 31,3 | 22 | 68,8 | 32 | 100,0 | | 2,66 (0,66 a 10,77) |
| | 60 ou mais | 2 | 11,8 | 15 | 88,2 | 17 | 100,0 | | 1,00 |
| TOTAL | | 138 | 29,6 | 328 | 70,4 | 466 | 100,0 | | |
| • Feminino | | | | | | | | | |
| | 10 a 19 | 273 | 34,8 | 512 | 65,2 | 785 | 100,0 | p ⁽¹⁾ = 0,119 | 1,37 (0,87 a 2,14) |
| | 20 a 24 | 24 | 35,8 | 43 | 64,2 | 67 | 100,0 | | 1,41 (0,82 a 2,42) |
| | 25 a 44 | 118 | 37,7 | 195 | 62,3 | 313 | 100,0 | | 1,48 (0,94 a 2,35) |
| | 45 a 59 | 77 | 42,8 | 103 | 57,2 | 180 | 100,0 | | 1,68 (1,05 a 2,69) |
| | 60 ou mais | 15 | 25,4 | 44 | 74,6 | 59 | 100,0 | | 1,00 |
| TOTAL | | 507 | 36,1 | 897 | 63,9 | 1404 | 100,0 | | |

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(RP): Razão de prevalência

(IC): Intervalo de confiança

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 5 demonstra haver associação significativa entre o tipo de DTM, muscular ou articular, com cada uma das variáveis: faixa etária, sexo, depressão e, para as variáveis com associação significativa, se destaca as maiores diferenças percentuais: o percentual de DTM articular foi menos elevado na faixa com 60 anos ou mais (13,2%) e variou de 21,2% a 24,9% nas outras faixas etárias. O percentual com ambos os tipos de DTM foi mais elevado na faixa 45 a 59 anos (15,1%) e variou de 4,5% a 8,9% nas outras faixas. A prevalência de DTM apresentou-se mais alta naqueles que tinham depressão moderada (9,3%) e menos elevada entre os classificados como ausência de depressão (4,7%). Daqueles diagnosticados com DTM, se destaca que 25,6% dos diagnosticados com depressão severa possuíam DTM articular, seguido de 24,7% dos pacientes com depressão moderada.

Tabela 5 – Avaliação do tipo de DTM segundo a faixa etária, sexo, CCEB e depressão

| Variável | Tipo de DTM | | | | | | Sem DTM | Valor p | |
|---------------------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|---------------------------|
| | Muscular | | Articular | | Ambas | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Grupo Total | 82 | 4,4 | 446 | 23,6 | 119 | 6,4 | 1223 | 65,4 | |
| • Faixa etária | | | | | | | | | |
| 10 a 19 | 48 | 4,2 | 282 | 24,7 | 51 | 4,5 | 760 | 66,6 | p ⁽¹⁾ < 0,001* |
| 20 a 24 | 1 | 1,3 | 19 | 24,0 | 7 | 8,9 | 52 | 65,8 | |
| 25 a 44 | 19 | 5,2 | 90 | 24,9 | 25 | 6,9 | 228 | 63,0 | |
| 45 a 59 | 10 | 4,7 | 45 | 21,2 | 32 | 15,1 | 125 | 59,0 | |
| 60 ou mais | 4 | 5,3 | 10 | 13,2 | 4 | 5,3 | 58 | 76,3 | |
| • Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 15 | 3,2 | 112 | 24,0 | 18 | 3,9 | 321 | 68,9 | p ⁽¹⁾ = 0,027* |
| Feminino | 67 | 4,8 | 334 | 23,8 | 101 | 7,2 | 902 | 64,2 | |
| • CCEB | | | | | | | | | |
| A + B | 2 | 1,1 | 49 | 27,7 | 16 | 9,0 | 110 | 62,2 | p ⁽¹⁾ = 0,094 |
| C1 | 23 | 5,0 | 120 | 26,3 | 30 | 6,6 | 284 | 62,1 | |
| C2 | 39 | 5,4 | 163 | 22,6 | 42 | 5,8 | 477 | 66,2 | |
| D + E | 18 | 3,5 | 114 | 22,1 | 31 | 6,0 | 352 | 68,4 | |
| • Escore depressão | | | | | | | | | |
| Ausente | 44 | 4,6 | 215 | 22,6 | 45 | 4,7 | 647 | 68,0 | p ⁽¹⁾ = 0,003* |
| Moderada | 12 | 2,5 | 117 | 24,7 | 44 | 9,3 | 301 | 63,5 | |
| Severa | 26 | 5,8 | 114 | 25,6 | 30 | 6,7 | 275 | 61,8 | |

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo atestam para a complexidade da DTM, corroborando com sua multifatorialidade e necessidade de abordagem multidisciplinar e atenção aos aspectos sócio demográficos e psicológicos da disfunção. De acordo com o método de diagnóstico aplicado neste estudo, a prevalência de DTM foi de 34,5%, sendo similar entre os adolescentes e adultos. Prevalência semelhante foi encontrada por Monteiro et al¹⁴ (2011) para indivíduos de 17 a 30 anos de ambos sexos.

A pesquisa conduzida por Lauriti et al⁴ (2013), demonstrou em uma população de adolescentes (81 no total, de idades variando entre 14 e 18 anos) uma prevalência elevada de DTM (74.1%) quando comparada ao presente estudo (10 a 19 anos). Lauriti et al⁴ também comprovaram existir associação significativa de DTM entre os voluntários do sexo feminino ($p=0.009$), também encontrada neste estudo.

Embora tenha utilizado diferentes métodos diagnósticos dos apresentados na presente pesquisa, Boscato et al¹¹ (2013), buscaram em uma população de 568 indivíduos adultos e idosos, em Luzerna, Santa Catarina – Brasil, por sintomas de DTM. Os resultados apresentados por estes autores comprovaram que 43.5% dos indivíduos estudados não apresentaram DTM; 42.6% apresentaram sintomas leves; 11.3% moderado e 2.6% sintomas severos, sendo a maior prevalência encontrada em mulheres (RP=1.28; IC= 1.09-1.50) e que a ocorrência de DTM aumenta pelo nível de ansiedade de forma significativa (RP=1.38; IC= 1.16-1.63). Outros estudos demonstram resultados semelhantes, onde o sexo feminino apresenta maior prevalência para DTM.^{4 11 18} A prevalência elevada em indivíduos do sexo feminino pode ser justificada pela flutuação hormonal e expressão genética de receptores de estrogênio, os quais podem intensificar a dor nessas pacientes e aumentar o surgimento de DTM articulares.¹⁹ No presente estudo comprovou-se a associação de DTMs articulares e o sexo feminino, com uma prevalência 23,8% quando isolada, e 7,2% quando associada a DTM de origem muscular. De acordo com Vilanova et al²⁰ (2015) níveis de dor mais baixos são registrados na fase ovulatória, e mais elevados quando comparados a fase menstrual e lútea. Em contraste, a gravidez parece ser um fator de proteção ao surgimento de DTM's.²¹

Maior prevalência de DTM pode ser encontrada entre aqueles pacientes em idade adulta avançada no presente estudo – entre 45 e 59 anos. O mesmo não foi constatado por Visscher et al²² em sua pesquisa feita no ano de 2015. Os mesmos buscaram comparar os achados de DTM dolorosa de uma amostra populacional de gêmeos com um grupo controle, ambos da cidade de Amsterdam. Os autores encontraram uma maior prevalência de DTM naqueles pacientes entre 25 e 34 anos de idade. No entanto, corroborando com os achados do presente estudo, Visscher et al²² (2015) constatou menor prevalência de DTM à medida que se aumentava a idade dos voluntários pesquisados. Em estudo, utilizando as faixas etárias 35 a 49, 50 a 64, 65 a 74 e 75 em diante, Yekkalam & Wänman²³ (2014) observaram maior prevalência nos dois grupos de faixa etária mais avançada em uma população da Suécia, contrário ao padrão de decréscimo encontrado neste estudo.^{22 23} Diferentes picos de idade puderam ser identificados por Manfredini et al (2010).²⁴ Os dois picos identificados coincidem com a faixa etária mais prevalente no presente estudo.

Existe um número pequeno de estudos epidemiológicos sobre a prevalência de DTM em adolescentes, levando à falta de informações sobre como a disfunção se apresenta nesta população, sendo sugerido a presença de hábitos parafuncionais, maloclusões e fatores psicológicos como fatores importantes no desenvolvimento da situação em idades precoces.^{25 26} Apesar de ter encontrado uma prevalência baixa (16,3%) quando comparada ao presente estudo para adolescentes (10 a 19 anos), Godoy et al²⁷ (2007) pôde comprovar a associação entre sexo e fatores psicológicos com a presença de DTM. Em estudo semelhante, Franco-Micheloni et al²⁸ (2015) demonstraram uma prevalência de 25%, estando a DTM também associada a fatores de ordem psicológica como a ausência parental.

Em uma amostra de 100 indivíduos com idade variando entre 15 a 70 anos de idade da cidade de Recife, Pernambuco – Brasil, Sousa et al⁵ (2015) constatou, por meio do mesmo critério de diagnóstico em pesquisa (RDC/TMD), que 42% da amostra total apresentava DTM, estando em acordo com literaturas recentes.^{29 30} Esta foi maior que a encontrada no presente estudo (34,5%). Slade et al⁸ em estudo de coorte acompanhando uma população de 2737 indivíduos de 18 a 44 anos, durante 5.2 anos a partir de 2008

para avaliação de DTMs, onde foi utilizado como instrumento diagnóstico o RDC/TMD, demonstraram que, durante o período do estudo, 260 pessoas desenvolveram DTM e 15% (488 indivíduos) reportaram experiência de dores orofaciais. Em um modelo de regressão múltipla, estabeleceram que a interação entre idade e sexo de sua amostra foi de $P=0.79$. Na regressão foram observadas as idades de 20, 30 e 40 anos. Semelhante a presente pesquisa, mulheres apresentaram maior prevalência de DTM ao longo dos anos do estudo.⁸

Tanto no presente estudo quanto nas conduzidas por Visscher et al²² (2015) e Boscato et al¹¹ (2013) nenhuma relação foi encontrada entre DTM e fatores socioeconômicos. Utilizando métodos diagnósticos semelhantes à presente pesquisa (RDC/TMD e CCEB), Magalhães et al¹⁰ (2014) comprovou que a classe socioeconômica só se torna fator significativo quando avaliado de forma isolada para Dor miofascial, sendo as classes socioeconômicas D e E as mais afetadas. Tais classes apresentaram 4,35 mais chances de desenvolver problemas musculares e 11,3 mais chances de apresentar problemas articulares, como artralguas, osteoartrite ou osteoartrose.¹⁰ A percepção de fatores sócio econômicos estarem associados ao surgimento e agravamento das DTMs vem da maior exposição a elementos estressores pelas classes sociais mais baixas, como má alimentação e falta de acesso e orientação à saúde.¹⁰

Sabe-se da importância dos fatores psicológicos na etiologia e desenvolvimento da DTM, sendo demonstrado o aumento de depressão, estresse, somatização e ansiedade nestes pacientes.³¹⁻³³ Fatores afetivos e emocionais, como os anteriormente citados, podem influenciar a condição dolorosa na DTM.³⁴ Pesquisas recentes apontam a íntima relação entre a DTM e depressão^{12 14 35}. O mesmo pôde ser constatado no presente estudo, onde 85,2% dos voluntários do sexo feminino e 76,7% do masculino com DTM apresentavam depressão moderada ou severa. O funcionamento em conjunto dos elementos associados aos fatores psicológicos pode tentar explicar como ocorre esta interação com a DTM. Os fatores afetivos podem induzir os indivíduos a desenvolverem hábitos bucais deletérios (fatores comportamentais) que geram uma hiperatividade dos músculos da mastigação.³⁶ Pode-se afirmar também que os fatores emocionais, quando presentes nos pacientes com DTM, podem interferir no limiar da dor, levando a uma

diminuição desse limiar.³⁶ Destaca-se, assim, a importância do estudo e entendimento das comorbidades associadas a disfunções complexas, como as DTMs, os quais possibilitam o diagnóstico preciso e tratamento adequado de todas os males apresentados pelo paciente.³⁷

5 CONCLUSÃO

A prevalência de DTM na amostra estudada apresentou-se alta, tanto para os adolescentes como para os adultos, destacando-se que há um aumento da prevalência com a idade, começando a decrescer a partir dos 60 anos. Ao se analisar a relação entre as variáveis estudadas, observou-se que o sexo, a idade e a depressão moderada ou severa estiveram associadas às disfunções temporomandibulares, enquanto os fatores socioeconômicos não apresentaram relação estatisticamente significativa.

REFERÊNCIAS

1. Okeson JP, Attanasio R, Mohl ND. Temporomandibular disorders: past, present, and future. *J Craniomandib Disord* 1992;**6**(2):103-6.
2. Manfredini D, Vano M, Peretta R, et al. Jaw clenching effects in relation to two extreme occlusal features: patterns of diagnoses in a TMD patient population. *Cranio* 2014;**32**(1):45-50.
3. Manfredini D, Segù M, Arveda N, et al. Temporomandibular Joint Disorders in Patients With Different Facial Morphology. A Systematic Review of the Literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2015.
4. Lauriti L, Motta LJ, Silva PF, et al. Are occlusal characteristics, headache, parafunctional habits and clicking sounds associated with the signs and symptoms of temporomandibular disorder in adolescents? *J Phys Ther Sci* 2013;**25**(10):1331-4.
5. Sousa ST, Mello VV, Magalhães BG, et al. The role of occlusal factors on the occurrence of temporomandibular disorders. *Cranio* 2015;**33**(3):211-6.
6. Buegers R, Kleinjung T, Behr M, et al. Is there a link between tinnitus and temporomandibular disorders? *J Prosthet Dent* 2014;**111**(3):222-7.
7. Pezzoli M, Ugolini A, Rota E, et al. Tinnitus and its relationship with muscle tenderness in patients with headache and facial pain. *J Laryngol Otol* 2015:1-6.
8. Slade GD, Bair E, Greenspan JD, et al. Signs and symptoms of first-onset TMD and sociodemographic predictors of its development: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain* 2013;**14**(12 Suppl):T20-32.e1-3.
9. Guariglia F, Universidade Estadual de Campinas C, Brasil, Bento SF, et al. Adolescents as research subjects and free informed consent: knowledge and opinion of researchers and adolescents. *Cad Saúde Pública* 2006;**22**(1):53-62.
10. Magalhães BG, de-Sousa ST, de Mello VV, et al. Risk factors for temporomandibular disorder: binary logistic regression analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;**19**(3):e232-6.
11. Boscato N, Almeida RC, Koller CD, et al. Influence of anxiety on temporomandibular disorders--an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. *J Oral Rehabil* 2013;**40**(9):643-9.

12. Fernandes G, Gonçalves DA, de Siqueira JT, et al. Painful temporomandibular disorders, self reported tinnitus, and depression are highly associated. *Arq Neuropsiquiatr* 2013;**71**(12):943-7.
13. Yang XR, Song Y, Zhang X, et al. [Study on the influence of psychological factors in developing manifestations of temporomandibular disorders]. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* 2014;**23**(4):460-4.
14. Monteiro DR, Zuim PR, Pesqueira AA, et al. Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. *J Prosthodont Res* 2011;**55**(3):154-8.
15. WHO | Adolescent health. WHO: World Health Organization, 2016.
16. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa 2016 [Available from: <http://www.abep.org/>].
17. Critério Brasil - ABEP 2016 [Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>].
18. Bagis B, Ayaz EA, Turgut S, et al. Gender Difference in Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders: A Retrospective Study on 243 Consecutive Patients. *Int J Med Sci*, 2012:539-44.
19. Wang XD, Kou XX, Meng Z, et al. Estrogen aggravates iodoacetate-induced temporomandibular joint osteoarthritis. *J Dent Res* 2013;**92**(10):918-24.
20. Vilanova LS, Goncalves TM, Meirelles L, et al. Hormonal fluctuations intensify temporomandibular disorder pain without impairing masticatory function. *Int J Prosthodont* 2015;**28**(1):72-4.
21. Mayoral VA, Espinosa IA, Montiel AJ. Association between signs and symptoms of temporomandibular disorders and pregnancy (case control study). *Acta Odontol Latinoam* 2013;**26**(1):3-7.
22. Visscher CM, Ligthart L, Schuller AA, et al. Comorbid disorders and sociodemographic variables in temporomandibular pain in the general Dutch population. *J Oral Facial Pain Headache* 2015;**29**(1):51-9.
23. Yekkalam N, Wanman A. Prevalence of signs and symptoms indicative of temporomandibular disorders and headaches in 35-, 50-, 65- and 75-year-olds living in Vasterbotten, Sweden. *Acta Odontol Scand* 2014;**72**(6):458-65.

24. Manfredini D, Piccotti F, Ferronato G, et al. Age peaks of different RDC/TMD diagnoses in a patient population. *J Dent* 2010;**38**(5):392-9.
25. Pereira LJ, Pereira-Cenci T, Del Bel Cury AA, et al. Risk indicators of temporomandibular disorder incidences in early adolescence. *Pediatr Dent* 2010;**32**(4):324-8.
26. Wahlund K, List T, Ohrbach R. The relationship between somatic and emotional stimuli: a comparison between adolescents with temporomandibular disorders (TMD) and a control group. *Eur J Pain* 2005;**9**(2):219-27.
27. Godoy F, Rosenblatt A, Godoy-Bezerra J. Temporomandibular disorders and associated factors in Brazilian teenagers: a cross-sectional study. *Int J Prosthodont* 2007;**20**(6):599-604; discussion 05.
28. Franco-Micheloni AL, Fernandes G, de Godoi Goncalves DA, et al. Temporomandibular Disorders in a Young Adolescent Brazilian Population: Epidemiologic Characterization and Associated Factors. *J Oral Facial Pain Headache* 2015;**29**(3):242-9.
29. Pesqueira AA, Zuim PR, Monteiro DR, et al. Relationship between psychological factors and symptoms of TMD in university undergraduate students. *Acta Odontol Latinoam* 2010;**23**(3):182-7.
30. Casanova-Rosado JF, Medina-Solis CE, Vallejos-Sanchez AA, et al. Prevalence and associated factors for temporomandibular disorders in a group of Mexican adolescents and youth adults. *Clin Oral Investig* 2006;**10**(1):42-9.
31. Lee LT, Yeung RW, Wong MC, et al. Diagnostic sub-types, psychological distress and psychosocial dysfunction in southern Chinese people with temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2008;**35**(3):184-90.
32. Liao CH, Chang CS, Chang SN, et al. The risk of temporomandibular disorder in patients with depression: a population-based cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;**39**(6):525-31.
33. Dougall AL, Jimenez CA, Haggard RA, et al. Biopsychosocial factors associated with the subcategories of acute temporomandibular joint disorders. *J Orofac Pain* 2012;**26**(1):7-16.
34. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992;**6**(4):301-55.

35. Khawaja SN, Iwasaki LR, Dunford R, et al. Association of Masseter Muscle Activities during Awake and Sleep Periods with Self-Reported Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms. *J Dent Health Oral Disord Ther* 2015;**2**(1).
36. Suvinen TI, Reade PC, Hanes KR, et al. Temporomandibular disorder subtypes according to self-reported physical and psychosocial variables in female patients: a re-evaluation. *J Oral Rehabil* 2005;**32**(3):166-73.
37. Reiter S, Emodi-Perlman A, Goldsmith C, et al. Comorbidity between depression and anxiety in patients with temporomandibular disorders according to the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Facial Pain Headache* 2015;**29**(2):135-43.

APÊNDICE A

Seu (Sua) filho(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que será realizada na escola em que ele(a) estuda sobre "Disfunção temporomandibular, transtornos alimentares e sintomas depressivos em adolescentes". O documento abaixo contém as informações sobre a pesquisa. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós.

Eu, _____, RG nº _____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade que meu (minha) filho(a) _____, nascido em ___/___/_____, participe da pesquisa e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Trata-se de projeto de mestrado da Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, sob coordenação do professor Everton Botelho Sougey, Coordenador da Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento desta mesma universidade. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram garantidas, assim como dos riscos e benefícios relacionados abaixo:

1. O adolescente passará por uma avaliação da postura, dos hábitos posturais e de dor musculoesquelética aqueles que necessitarem realizarão tratamento fisioterápico para melhorar a postura;
2. O adolescente passará por uma avaliação do dentista e caso seja necessário algum tratamento mais especializado ele será encaminhado para a Clínica Escola da UFPE;
3. O adolescente realizará um programa para fortalecimento da auto-estima;
4. O adolescente irá responder a perguntas relacionadas à alimentação e consumo de remédios;
5. Durante toda pesquisa o adolescente receberá instruções sobre como cuidar dos dentes e gengiva;
6. O adolescente tem a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
7. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir que o jovem participe do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ao atendimento que ele recebe;
8. O adolescente não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo;
9. As respostas do adolescente serão mantidas em sigilo pelo pesquisador;

RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o adolescente possa ter para responder ao questionário, e no exame da boca, e no exame de postura. Todas as avaliações, bem como tratamento serão individualizados, em uma sala adequada e restrita apenas ao pesquisados e ao adolescente. BENEFÍCIOS: Caso o adolescente tenha alguma indicação de tratamento, será encaminhado e receberá as instruções devidas.

Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação.

Recife, _____ de _____ de 20 ____.

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura

Nome do pai e/ou responsável

Assinatura

Nome do adolescente

Assinatura

Nome da primeira testemunha

Assinatura

Nome da segunda testemunha

Assinatura

Coordenador da Pesquisa: Everton Botelho Sougey, Coordenador da Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - UFPE

Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - UFPE. Telefone: (81) 21268539

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Maiores de Idade

Convido você para participar das pesquisas: a) FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DA DOR MIOFACIAL ASSOCIADA À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA CIDADE DO RECIFE; b) ASSOCIAÇÃO DA PERDA DENTAL, MALOCCLUSÃO E DA CONDIÇÃO PROTÉTICA COM A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR e c) DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS, sob a responsabilidade dos pesquisadores Victor Villaça Cardoso de Mello, Stéphanie Trajano de Souza e André Cavalcante da Silva Barbosa, respectivamente.

O objetivo geral da pesquisa é: Investigar a distribuição da prevalência da dor miofacial associada à disfunção temporomandibular; se a perda dentária, o fato de morder de forma errada e a condição da prótese pode causar dor na região da face; Investigar a relação da disfunção temporomandibular com os fatores funcionamento familiar e satisfação sexual. A DTM é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas ou ambas.

Você responderá questões sobre sua vida, com dados de onde você mora, por exemplo, e sobre sua saúde em geral, e também será pedido que você abra e feche a boca para o dentista pressionar algumas regiões do seu rosto para saber se você tem problemas na articulação da boca (perto da orelha) ou nos músculos da mastigação (nos maxilares). Seus dentes e suas próteses, caso você use, serão examinados pelo mesmo dentista, que também fará algumas perguntas sobre sua saúde bucal e sobre coisas que tem na sua casa. Os questionários serão guardados sob a guarda de:

1. Victor Villaça Cardoso de Mello, cujo telefone/e-mail são (81)9606-7798 e (81)9196-9398, vwillaca@hotmail.com e serão armazenados no meu computador pessoal e no endereço Rua dos Navegantes, 2445/C-03, Boa Viagem, na cidade do Recife/PE pelo período de 10 anos. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

2. Stéphanie Trajano de Sousa, cujo telefone/e-mail são (81)8808-0885 e (81)8150-0107, te_trajano@hotmail.com e serão armazenados no meu computador pessoal e no endereço Rua Nestor Silva, 40/504, Casa Forte, na cidade de Recife/PE pelo período de 10 anos. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

3. André Cavalcante da Silva Barbosa, cujo telefone/e-mail são (81)9823-7352, andreccb35@gmail.com e serão armazenados no meu computador pessoal e no endereço Rua Hermílio Gomes, 215, Campo Grande, na cidade de Recife/PE pelo período de 10 anos. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Na pesquisa serão assegurados os preceitos dos benefícios, não maleficiência e das exigências: será preconizada a prevalência da probabilidade dos benefícios sobre seus riscos. Só serão utilizados materiais que possam garantir o bem estar do sujeito não podendo estes trazer-lhes prejuízos físicos e ou psíquicos. Não serão tiradas fotos de você, nem de sua boca, rosto ou prótese.

Dos riscos e benefícios: A pesquisa oferecerá elevada probabilidade de gerar conhecimentos mais aprofundados que poderá oferecer benefícios futuros a toda a população estudada. Ao responder algumas perguntas do estudo pode ser gerado constrangimento, mas você pode se recusar a respondê-las, e ao ser examinado, você pode sentir algum incômodo quando as regiões da sua face que doem forem tocadas. Mas, sem esse toque, não será possível detectar e nem tratar o seu problema.

Em qualquer momento, você pode perguntar e tirar dúvidas sobre o estudo com garantia de receber respostas. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo e também se retirar do mesmo em qualquer momento. Caso faça isso, você não sofrerá prejuízo e seu tratamento na Unidade de Saúde da Família (posto) não será prejudicado.

Participar da pesquisa não acarretará nenhum gasto para você e, por isso, não está prevista nenhuma devolução de dinheiro como também não há previsão de indenização, pois não é previsto acontecer nada de grave.

Você poderá contatar o comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco para apresentar recurso ou reclamações em relação à pesquisa, através do endereço, Av. da Engenharia s/n – 1º andar, Cidade Universitária, Recife – PE, telefone 2126-8588 ou os pesquisadores responsáveis através do contato citados acima.

Os pacientes que forem diagnosticados com DTM serão encaminhados ao Centro de tratamento da Dor Orofacial da FOP/UPE, localizado na Av. Gal. Newton Cavalcanti, nº 1650, Camaragibe – PE, tel. 3184-7669, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Maurício Kosminsky.

Eu, _____,
abaixo assinado, obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação nas referidas pesquisas.

_____, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante

RG: _____

Testemunha 1

Testemunha 2

Victor Villaça

Stéphanie Trajano

André Cavalcante

ANEXO A

|  | | |
|--|---------------------------|---------|
| RDC - TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Português – BRASIL | | |
| Nome | Prontuário / Matrícula n° | RDC n° |
| Examinador | Data / / | |
| HISTÓRIA – QUESTIONÁRIO | | |
| Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta. | | |
| 1. Como você classifica sua saúde em geral? | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | Excelente | |
| <input type="checkbox"/> 2 | Muito boa | |
| <input type="checkbox"/> 3 | Boa | |
| <input type="checkbox"/> 4 | Razoável | |
| <input type="checkbox"/> 5 | Ruim | |
| 2. Como você classifica a saúde da sua boca? | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | Excelente | |
| <input type="checkbox"/> 2 | Muito boa | |
| <input type="checkbox"/> 3 | Boa | |
| <input type="checkbox"/> 4 | Razoável | |
| <input type="checkbox"/> 5 | Ruim | |
| 3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas? | | |
| <input type="checkbox"/> 0 | Não | |
| <input type="checkbox"/> 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? | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Ano(s) |
| 4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Mês(es) |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| 5. A dor na face ocorre? | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1 O tempo todo | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 2 Aparece e desaparece | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 3 Ocorreu somente uma vez | | | | | | | | | | | |
| 6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face? | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1 Não | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 2 Sim, nos últimos seis meses. | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 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?

0 Não

1 Sim

[Se você **nunca** teve travamento da mandíbula, PULE para a **pergunta 15.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?

0 Não

1 Sim

15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?

0 Não

1 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?

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 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?

0 Não

1 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)?

0 Não

1 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)?

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 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?

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 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? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | Excelente | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 | Muito bom | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 | Bom | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4 | Razoável | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5 | Ruim | | | | |
| 22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | Excelente | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 | Muito bom | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 | Bom | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4 | Razoável | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5 | Ruim | | | | |

| | |
|--|--|
| 23. Qual a data do seu nascimento? Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 24. Qual seu sexo? <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino | |
| 25. Qual a sua cor ou raça? <input type="checkbox"/> 1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano <input type="checkbox"/> 2 Asiático ou Insulano Pacífico <input type="checkbox"/> 3 Preta <input type="checkbox"/> 4 Branca <input type="checkbox"/> 5 Outra [Se sua resposta foi outra , PASSE para as próximas alternativas sobre sua cor ou raça] <input type="checkbox"/> 6 Parda <input type="checkbox"/> 7 Amarela <input type="checkbox"/> 8 Indígena | |
| 26. Qual a sua origem ou de seus familiares? <input type="checkbox"/> 1 Porto Riquenho <input type="checkbox"/> 2 Cubano <input type="checkbox"/> 3 Mexicano <input type="checkbox"/> 4 Mexicano Americano <input type="checkbox"/> 5 Chicano <input type="checkbox"/> 6 Outro Latino Americano <input type="checkbox"/> 7 Outro Espanhol <input type="checkbox"/> 8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi nenhuma acima , PASSE para as próximas alternativas sobre sua origem ou de seus familiares] <input type="checkbox"/> 9 Índio <input type="checkbox"/> 10 Português <input type="checkbox"/> 11 Francês <input type="checkbox"/> 12 Holandês <input type="checkbox"/> 13 Espanhol <input type="checkbox"/> 14 Africano <input type="checkbox"/> 15 Italiano <input type="checkbox"/> 16 Japonês <input type="checkbox"/> 17 Alemão <input type="checkbox"/> 18 Árabe <input type="checkbox"/> 19 Outra, favor especificar _____ <input type="checkbox"/> 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

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: Avaliar com régua

- 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)

Querida que vc abra a boca o máximo possível mesmo que sintas dor 3 vezes.

Outro tipo:

- abertura em solavancos (não é suave ou contínua);
- abertura diferente das fornecidas (indique esta ocorrência e o tipo de desvio).
- se apresentar mais de um padrão de abertura (escreva "mais de um").

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado 11 21 () Rebordo (local mais mediano possível)

a. Abertura sem auxílio sem dor mm (Querida que vc abra o máximo possível sem sentir dor)

b. Abertura máxima sem auxílio mm (Querida que vc abra o máximo possível mesmo que sintas dor)

| 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 (Querida que vc abra o máximo possível mesmo que sintas dor, e agora eu ainda vou ajudar um pouquinho)

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

d. Trespasse incisal vertical mm (Marcar com lápis sobre o incisivo inferior)

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

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

b. Fechamento

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

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva (Não faz quando o paciente tiver crepitação. Responder APENAS se houver ESTALIDO na abertura E no fechamento. Caso contrário a resposta é NA!)

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

6. Excursões

a. Excursão lateral direita mm (Querida que vc colocasse o queixo para a direita o máximo possível mesmo que sinta dor)

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

b. Excursão lateral esquerda mm (Querida que vc colocasse o queixo para a esquerda o máximo possível mesmo que sinta dor)

| | | | | | |
|--|--|---|----------|----------------------|-----------------|
| | Dor Muscular <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos | Dor Articular <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos | | | |
| c. Overjet <input type="text"/> <input type="text"/> mm + Deslocamento anterior <input type="text"/> <input type="text"/> mm = Protrusão <input type="text"/> <input type="text"/> mm | | | | | |
| | Dor Muscular <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos | Dor Articular <input type="checkbox"/> 0 Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos | | | |
| d. Desvio de linha média <input type="text"/> <input type="text"/> mm (Desvio menor que 1 mm é igual a zero) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 8 NA (NA: Nenhuma das opções acima) | | | | | |
| 7. Ruídos articulares nas excursões (Pedir que o paciente não encoste os dentes) | | | | | |
| Ruídos direito (Avaliar primeiro o deslocamento D – ruído D e E; segundo, deslocamento para E – ruído D e E; terceiro, protrusão – ruído D e E). Obedeça a ordem da numeração ! | | | | | |
| | | Nenhum | Estalido | Crepitação grosseira | Crepitação fina |
| 7.a Excursão Direita | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.b Excursão Esquerda | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.c Protrusão | 5 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Ruídos esquerdo | | | | | |
| | | Nenhum | Estalido | Crepitação grosseira | Crepitação fina |
| 7.d Excursão Direita | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.e Excursão Esquerda | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.f Protrusão | 6 | 0 | 1 | 2 | 3 |

INSTRUÇÕES, ÍTENS 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 palpções 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 palpções direita e esquerda.

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

Realizar palpção extra-bucal no lado direito primeiro, seguida pelo lado esquerdo. Após, palpção intra-bucal direita, seguida pelo lado esquerdo.



| 8. Dor muscular extraoral com palpção | Direita | | | | Esquerda | | | |
|---|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|
| a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)." | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Dor articular com palpção | | | | | | | | |
| 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 palpção | | | | | | | | |
| 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 B

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

| | Quantidade de Itens | | | | |
|--|---------------------|---|---|---|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Banheiro | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Automóvel | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 |
| Empregada mensalista | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Máquina de lavar | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Videocassete e/ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Grau de Instrução do chefe de família

| Nomenclatura Antiga | Nomenclatura Atual | |
|--|---|---|
| Analfabeto/ Primário incompleto | Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau | 0 |
| Primário completo/ Ginásial incompleto | Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau | 1 |
| Ginásial completo/ Colegial incompleto | Fundamental completo/ 1º. Grau completo | 2 |
| Colegial completo/ Superior incompleto | Médio completo/ 2º. Grau completo | 4 |
| Superior completo | Superior completo | 8 |

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

| Classe | Pontos |
|--------|---------|
| A1 | 42 - 46 |
| A2 | 35 - 41 |
| B1 | 29 - 34 |
| B2 | 23 - 28 |
| C1 | 18 - 22 |
| C2 | 14 - 17 |
| D | 8 - 13 |
| E | 0 - 7 |

ANEXO C

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na [epidemiologia](#) e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#) ;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

Instruções para Autores

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - [Questões Metodológicas](#) : artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição

para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

- FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

- COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição

Instruções para Autores

substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

- AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

- REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

- NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

- ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o

Instruções para Autores

último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

- PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

- ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>

. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link*

"Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

Instruções para Autores

12.7 - *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - *Agradecimentos.* Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas.* As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Instruções para Autores

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

- ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

- ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

- PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

Instruções para Autores

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo