

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

Isabela Maddalena Dias

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA
PRÁTICA DE AUTOMEDICAÇÃO REALIZADA POR PACIENTES COM
DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES**

Juiz de Fora

2015

Isabela Maddalena Dias

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA
PRÁTICA DE AUTOMEDICAÇÃO REALIZADA POR PACIENTES COM
DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Saúde com área de concentração em Saúde Brasileira.

Orientadora: Prof^a. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Renata Tolêdo Alves

Juiz de Fora
2015

Isabela Maddalena Dias

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA
PRÁTICA DE AUTOMEDICAÇÃO REALIZADA POR PACIENTES COM
DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Josemar Parreira Guimarães
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dra. Fabíola Pessôa Pereira Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Francisco José Pereira Júnior

Prof. Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira
Universidade de São Paulo

JUIZ DE FORA
2015

Dedico este trabalho aos 110 pacientes com DTM, que muitas vezes, mesmo no auge das suas dores e desconforto, com um sorriso no rosto e um olhar de dúvida diante de um questionário com 48 perguntas, se dispuseram a respondê-lo. Sem a boa vontade e disponibilidade de vocês não teriam respostas, sem respostas não se cumpriria o objetivo proposto... A vocês queridos pacientes, o meu muito obrigada por me permitirem estudar para ajudar aqueles que buscam e muitas vezes suplicam pelo alívio das suas dores. Com muita gratidão, tenho a alegria de dizer que a participação de todos vocês contribuirá para enriquecer a ciência. Obrigada a todos e a cada um!

Dedico também a minha querida Vovó Cuca que agora me protege através de sua luz e presença constante em meu coração. Minha amada vovó, a senhora deixou muita saudade por aqui... Mas deixou, principalmente, a certeza do presente que recebemos ao compartilharmos tantos bons e inesquecíveis momentos! Grande é a minha alegria pela oportunidade de ter convivido e aprendido tanto com a senhora! E um desses aprendizados foi sobre a admirável fé da senhora, que neste momento é um grande exemplo para nos fortalecer!

AGRADECIMENTOS

Para mim, uma das partes mais importantes desse trabalho, que certamente não seria desenvolvido e concluído sem ajuda, compreensão e carinho de tantas pessoas queridas... É por isso que repleta de gratidão, agradeço...

A *Deus*... Sua incomparável *luz* estava ali, desde o esboço do trabalho... Estava principalmente nas horas muitas vezes angustiantes no computador, na coleta de dados que parecia não ter fim, na escrita do texto, na conclusão do trabalho... Estava sempre presente. Essa *luz* de brilho tão inspirador, vinha com uma *força* mais potente ainda, que fazia as dificuldades irem pouco a pouco se enfraquecendo e apagando... Obrigada meu Deus, por colocar um sonho tão lindo no meu coração e me *iluminar* e *fortalecer* para que ele se realizasse. Hoje dois sentimentos me preenchem ao agradecer a sua imensurável bondade: *gratidão* e *fé*...

Aos meus amados pais *Messias e Concetta*... Tamanha é a bondade de vocês que chegaram a dizer que não era preciso agradecê-los. Mas, o que mais sinto vontade nesse momento é de agradecer a vocês. Vocês me fizeram entender desde sempre o que é caráter, o que é honestidade, o que é humildade. Com esses pilares, não havia dúvida, o caminho não é feito de atalhos, o caminho não é um elevador em que se chega rapidamente ao destino... O caminho é como uma escada, no qual, sobe-se cada degrau devagar, corretamente, honestamente, humildemente. Dessa forma vocês me passaram os mais valiosos valores, aqueles que não têm preço. E estes foram primordiais em muitos momentos durante essa longa e às vezes difícil caminhada de pós-graduação. O meu maior orgulho é dizer que sou filha de vocês, é dizer que sou filha de dois seres humanos que simbolizam o bem, na sua mais pura e linda versão! Quantificar o amor que sinto por vocês? A única medida que tenho sobre esse sentimento, é que ele não tem limites. A vocês, o meu singelo e verdadeiro agradecimento, por serem exatamente como são!

A minha querida irmã *Juliana*... Minha inesgotável fonte de inspiração. Seu dom para ensinar é fascinante! Saberes, olhares, lugares... Palavras constantemente ditas em suas brilhantes aulas... Os seus saberes acadêmicos são infinitos, e atraem meu olhar para um dos lugares mais bonitos de se estar, a sala de aula. Você é uma das responsáveis por me despertar o desejo de ensinar, pois ensina encantando. Essa admiração trouxe um significado especial ao meu modo de ver a docência e a

pesquisa! Obrigada por despertar em mim esse sentimento! Tenho muito a agradecer por todos os ensinamentos, dicas e conselhos que contribuíram de forma significativa para meu aprendizado acadêmico.

Ao meu marido *Luizir Júnior*...Além do desenvolvimento e conclusão da tese, também nesses anos, outro grande presente, me casar com você! Sua presença constante torna tudo mais fácil! Não seria possível a realização desse sonho sem sua serenidade que muitas vezes me acalmava, sem sua boa vontade em me ajudar a hora que fosse e sem o seu amor que há 14 anos me faz tão feliz! Obrigada por me fazer não só entender, mas sentir o significado da palavra companheirismo, através de seus olhares, palavras e acima de tudo atitudes. Você completa meu dia-a-dia, completa meus sonhos, completa a minha vida!

A minha querida orientadora *Prof^ª Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite*...Há pessoas que são generosas, inteligentes, humildes, solidárias...E há pessoas que são tudo isso, de uma vez só, em proporções abundantes de cada característica, nos fazendo pensar, como pode? Tantas coisas boas juntas? E você querida orientadora, é uma dessas pessoas... Pessoas que Deus capricha e coloca no mundo para encantar... Admiração e respeito, também em doses abundantes, eu sinto por você. A todo o momento você ajudou, iluminou, guiou, orientou... A todo momento você estava presente com sua generosidade, inteligência, humildade, solidariedade. Queria eu, conseguir descrever de forma exata, tudo que você representou para mim durante o tempo do doutorado. Suas mãos estendidas, acompanhadas de uma doçura e boa vontade sempre associadas com sua competência admirável, permitiram que esse trabalho fosse realizado...Hoje tenho a certeza que de todos os resultados, o mais significativo, foi a oportunidade de ter você como orientadora! A você o meu carinho e gratidão em doses, certamente abundantes, como pessoas completas, como você, merecem!

A minha querida co-orientadora *Prof^ª Dra. Renata Tôledo Alves* que através da sua boa vontade, conhecimento e doçura ao ensinar, teve uma participação preciosa para realização desta pesquisa. Agradeço todo o auxílio, cada dúvida esclarecida e seu apoio para que tudo desse certo. A você meu respeito e admiração pela excelente professora que é!

Ao *Prof. Dr. Ronaldo Bastos* pela preciosa ajuda na avaliação dos resultados do trabalho. Sua habilidade e precisão com os números deram ainda mais sentido aos nossos objetivos, permitindo a tão esperada conclusão do estudo.

A querida *Profª Dra. Fabíola Pessoa Pereira Leite*... Grande é o meu reconhecimento pela sua competência, pelo seu conhecimento e principalmente por sua vontade de contribuir para o crescimento dos seus alunos! E assim você abre portas... E para mim, abriu as primeiras... E essas, não eram simplesmente portas, eram portas de uma sala de aula... Com um ano de formada você me permitiu estar em um dos lugares que mais amo, a sala de aula... Com você aprendi o que é confiar em quem está começando... Com você aprendi o que é receber uma oportunidade e fazê-la valer a pena com todo esforço necessário. Ainda que eu tenha uma imensa gratidão a você, ela não é suficiente para retribuir todos os anos de docência que me permitiu exercer... Ensinando, aprendendo, acertando, errando... Mas acima de tudo valorizando cada instante que me fez crescer através das portas que você abriu. A você meu carinho, respeito e amizade sempre!

Ao querido *Prof. Dr. Josemar Parreira Guimarães*... Agradeço pelo aprendizado enriquecedor, que é estar com você em clínica. Sua experiência, habilidade e manejo com os pacientes com DTM permitem um crescimento profissional muito grande de quem lhe acompanha. Agradeço todas as oportunidades até hoje proporcionadas por você, na disciplina de DTM/DOF e no Serviço ATM. A alegria de fazer parte de um Serviço que há mais de 20 anos alivia a dor de tantos pacientes é muito grande. Agradeço também os puxões de orelha que me fazem refletir, amadurecer e buscar sempre a “serendipidade” descrita na cartinha carinhosamente dada por você em 2010, quando estava no mestrado! A você “Mister M”, que faz mágica e encanta ajustando as placas estabilizadoras, o meu muito obrigada por tantos anos de ensinamentos!

Ao Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares- *SERVIÇO ATM*- da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, por mais uma vez ter permitido a coleta de dados de um trabalho meu e por estar sempre de portas abertas para realização de tantos estudos.

Aos professores *Fabíola Pessoa Pereira Leite, Josemar Parreira Guimarães, Francisco José Pereira Júnior, José Tadeu Tesseroli de Siqueira, Karina Lopes Devito e*

Maria Inês da Cruz Campos por aceitarem o convite de avaliarem meu trabalho e assim contribuir com enriquecimento e aperfeiçoamento do mesmo.

Ao *Prof. Ricardo Tesch*... Seu conhecimento clínico e científico sobre as desordens temporomandibulares são imensuráveis e sua sabedoria e didática ao transmiti-los são encantadoras. A dedicação, amor, e competência com que exerce seu trabalho, são um espelho para os seus alunos e dessa forma você difundiu a importância que as desordens temporomandibulares têm na Odontologia. Agradeço com grande reconhecimento, por ter sido um dos responsáveis pela certeza que tenho, de querer trabalhar exclusivamente na área das DTM/DOF. E o seu auxílio em diversos momentos dessa tese, através das suas observações sempre pertinentes e precisas, foi fundamental para o desenvolvimento desse estudo. Muito obrigada!

Aos *meus queridos alunos* que se aqui fosse listar nomes com certeza seriam muitos e muitos, que com seus sorrisos, carinho e incentivo tornaram o caminho mais leve e feliz... O sonho de ensinar um pouco sobre as desordens temporomandibulares, que tanto me encantam, se realizou porque vocês também permitiram... Desconsiderando formalidades e através de uma confiança, que nem eu mesma tinha em mim, fizeram com que eu me sentisse professora... Os olhares atentos, as expressões de felicidade ao acertarem um diagnóstico, a felicidade de achar todos os pontos da placa estabilizadora, as dúvidas, a empolgação para começar uma pesquisa, as brincadeiras, a amizade, as cartinhas, os presentes do Pe, o acolhimento de vocês são a parte mais bonita que vou levar da minha pós-graduação, tendo a certeza de que muito mais aprendi do que ensinei!

A *todas as minhas amigas e amigos*, do colégio, faculdade, especialização, mestrado, doutorado, trabalho... Amigos de toda a vida! Agradeço a constante preocupação e apoio para que tudo desse certo. Compartilhei angústias com vocês, dividi conquistas e assim como em todas as outras etapas vocês estavam sempre presentes com carinho, alegria, abraços acolhedores e uma torcida mais que especial! Obrigada por fazerem parte da minha vida, vocês a enchem de alegria!

Ao *Pe* pelas doces risadas, alegria incomparável e divertidos conselhos há 26 anos. Sua fofura tem que estar sempre presente!

A *toda minha família* pela presença sempre fraterna, pelo apoio nos momentos difíceis, pelas orações e pelo desejo constante para que esse trabalho se concretizasse da melhor forma possível!

A minha querida *Vovó Norina* que através da sua iluminada presença, singelo e ao mesmo tempo tão marcante olhar, nos fortalece e nos enche de alegria. Sua doação e amor pela família são indescritíveis. Obrigada por ser nossa sempre amável e admirável Vovó!

A *Luzia e a Lena* pela dedicação e auxílio que tornam a rotina mais tranquila! Os jalecos e roupas brancas sempre limpinhos, têm sempre um pouco do cuidado e boa vontade de vocês, quando os coloco. E a comida tão gostosa, temperada com um toque de doçura e carinho com os quais sempre me trataram. Obrigada por constantemente se esforçarem para facilitar o meu dia-a-dia, esta nobre atitude contribuiu muito para essa e tantas outras etapas que já vivenciei!

A todos *meus pacientes*...O carinho e a torcida de vocês durante esse anos foram muito importantes! Agradeço pela paciência com minhas restrições de horário e compreensão com algumas ausências em momentos de mais compromissos com a tese. Obrigada por me permitirem conhecer as desordens temporomandibulares não somente nos livros e artigos científicos, mas através de suas queixas, que me estimulam a estudar, pesquisar, entender, e tratar este distúrbio.

Ao *Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira* pela oportunidade de estudar e me qualificar em um curso de excelente qualidade. Agradeço as secretárias *Cristina dos Santos e Débora Reis* pelas tantas vezes que me ajudaram, sendo sempre solícitas para me auxiliarem quando precisei.

A *Coordenação de Pessoal de Nível Superior* (Capes) pelo apoio financeiro durante o período do doutorado.

“Aqueles que estão apaixonados pela prática sem a ciência, são iguais ao piloto que navega sem leme ou bússola e nunca tem a certeza para onde vai. A prática deve estar sempre baseada em um perfeito conhecimento da teoria.”

Leonardo da Vinci

As desordens temporomandibulares me encantam...
As desordens temporomandibulares me fascinam....
As desordens temporomandibulares me desafiam...
As desordens temporomandibulares permitem a minha evolução profissional e acima de tudo
pessoal, me deixando mais solidária e mais humana!
As desordens temporomandibulares me tornam cada dia mais feliz e realizada, ao ter a
oportunidade de tratá-las e estudá-las, me apaixonando diariamente pelo meu trabalho!

Isabela Maddalena Dias

RESUMO

O termo desordens temporomandibulares (DTM) refere-se a um conjunto de problemas clínicos dolorosos e/ou funcionais que pode acometer o sistema estomatognático, representando uma importante causa de dor crônica na região orofacial. Muitos pacientes com queixas constantes associadas ao distúrbio consideram a automedicação como meio mais rápido e prático para aliviar suas dores e não procuram ajuda de um profissional. Atualmente não há na literatura um instrumento específico para avaliar a prática de automedicação em pacientes com DTM, sendo objetivo do presente estudo construir e validar um questionário com essa finalidade. A primeira etapa para construção do instrumento foi a fase qualitativa, na qual, para que fossem gerados itens para construção do instrumento foram realizadas uma ampla revisão da literatura sobre os temas envolvidos no estudo, entrevistas semiestruturadas com pacientes com DTM e a dinâmica do grupo focal. Após essas etapas o material gerado foi criteriosamente lido e avaliado para que se iniciasse a construção do instrumento. Elaborou-se a primeira versão do questionário, sendo as perguntas desenvolvidas com base em escala de Likert, com cinco opções de resposta. A primeira versão do instrumento resultou em 62 questões divididas em 4 dimensões: DTM/Dor orofacial, medicamentos utilizados, opinião/attitudes com relação à automedicação, atendimento/tratamento das DTM. Após a validação de face realizada por um comitê de especialistas, alguns itens foram excluídos e outros criados, assim como a ordem dos mesmos foi alterada, para facilitar a leitura do pesquisador, porém sem permitir respostas semelhantes devido à sequência de perguntas muito parecidas. A versão para pré-teste apresentava 48 perguntas, e apesar de nenhuma das questões apresentar um grau de incompreensão maior que 20%, sete questões foram excluídas, por serem consideradas repetitivas e com pouca diferença do poder explicativo, quando comparadas a outras perguntas, após avaliação inicial dos dados. A versão para validação com 41 itens, foi aplicada em uma amostra de 110 pacientes com diagnóstico de DTM de acordo com os critérios do RDC/TMD (1992). De acordo com análise fatorial, 7 questões com carga abaixo de 0,30 foram retiradas, sendo sua versão final bifatorial, composta por 34 perguntas. A análise da consistência interna e estabilidade temporal resultou em valores de 0,844 do coeficiente de Alfa de

Cronbach e 0,810 do coeficiente Kappa, respectivamente, indicando que o questionário apresenta confiabilidade e capacidade de reprodutibilidade, tendo propriedades satisfatórias para o objetivo que se propõe. Como objetivo final de classificar os pacientes de acordo com o grau/intensidade de automedicação, foi proposta uma classificação que permitiu discriminar em 3 grupos distintos quanto à exposição da automedicação: leve (34-81 pontos), moderado (82-103 pontos), severo (104-170 pontos) com base na pontuação do escore bruto de automedicação. Foi verificada maior prevalência (46,4%) de casos moderados de automedicação. Em síntese, espera-se que o instrumento construído possa contribuir para o desenvolvimento de mais estudos que avaliem a automedicação associada às DTM. A partir de uma maior discussão do assunto na literatura da área, será possível difundir-lo, esclarecendo importantes questões associadas à prática estudada, visando, principalmente, a sua redução.

Palavras-chave: Desordens temporomandibulares, automedicação, validação de instrumentos.

ABSTRACT

The term temporomandibular disorders (TMD) refers to a set of clinical problems involving pain and/or dysfunction that can affect the stomatognathic system, representing a major cause of chronic pain in the orofacial region. Many patients with constant complaints associated with such disorders consider self-medication the fastest and most convenient way to ease their pain, and do not seek help from a professional. Currently there is no specific instrument found in the literature to assess the practice of self-medication in patients with TMD, thus the objective of this study was to construct and validate a questionnaire for this purpose. The first step in constructing the instrument was the qualitative phase, in which a comprehensive review of the literature on the subjects involved in the study, semi-structured interviews with TMD patients, and focus group dynamics were carried out in order to generate items for constructing the instrument. The generated material was then carefully read and evaluated in order to begin construction of the instrument. The first version of the questionnaire was developed, with questions based on five-point Likert scale response options. The first version of the instrument resulted in 62 questions divided into four dimensions: TMD / orofacial pain, medications used, opinions / attitudes regarding self-medication, care / treatment of TMD. After validation performed by a committee of experts, some items were excluded and others created, and their order was amended as well, to facilitate reading by the researcher, but without allowing similar responses due to the sequence of very similar questions. The pre-test version had 48 questions, and although none of the questions presented a misunderstanding rate greater than 20%, seven questions were excluded for being considered repetitive, and with little difference in the explanatory power compared to the other questions, after initial assessment of the data. The version for validation, with 41 items, was administered to a sample of 110 patients diagnosed with TMD according to the criteria of the RDC/TMD (1992). According to factor analysis, 7 questions with loadings below 0.30 were taken out, with the final version consisting of 34 questions. The analysis of internal consistency and temporal stability resulted in values of 0.844 for Cronbach's alpha coefficient and 0.810 for the Kappa coefficient, respectively, indicating that the questionnaire presents reliability and reproducibility, having satisfactory properties for its proposed objective. As to the ultimate goal of

classifying patients according to the degree / intensity of self-medication, a classification was proposed that allowed discrimination into three distinct groups regarding self-medication exposure: mild (34-81 points), moderate (82-103 points), severe (104-170 points), based on the total for the self-medication raw score. Highest prevalence (46.4%) was observed for moderate cases of self-medication. In summary, it is hoped that the resulting instrument will contribute to the development of further studies assessing the self-medication associated with TMD. From further discussion of the subject in the literature, it will be possible to disseminate more information, clarifying important issues associated with the practice under study, aiming mainly at its reduction.

Keywords: temporomandibular disorders, self-medication, validation instruments.

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO 2

Gráfico 1: Scree Plot.....	106
Gráfico 2: Análise por modelos de classes latentes	110
Gráfico 3: Análise por modelos de classes latentes	110

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2

Tabela 1: Percentuais da variância total do QAM/DTM em função dos fatores106

Tabela 2: Distribuição das cargas das perguntas de acordo com a análise fatorial107

Tabela 3: Classificação dos escores da pontuação do QAM/DTM.....109

ARTIGO 3

Tabela 1: Frequência de diagnósticos de DTM de acordo com RDC/TMD125

Tabela 2: Frequência das variáveis independentes avaliadas no estudo.....123

Tabela 3: Frequência dos níveis de automedicação de acordo com o escore da pontuação bruta do QAM/DTM.....126

Tabela 4: Distribuição das variáveis independentes em relação aos escores do QAM/DTM.....127

Tabela 5: Comparação das médias do escore bruto em função das variáveis socioeconômicas e clínicas.....125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM Articulação Temporomandibular

DTM Desordens Temporomandibulares

OMS Organização Mundial de Saúde

RDC *Research Diagnostic Criteria*

TMD *Temporomandibular Disorders*

QAM/DTM Questionário sobre a prática de automedicação associada às desordens temporomandibulares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1	Articulação temporomandibular.....	24
2.2	Musculatura mastigatória	25
2.3	Desordens temporomandibulares.....	26
2.4	Epidemiologia das desordens temporomandibulares.....	30
2.5	Fatores de risco associados às desordens temporomandibulares	32
2.6	Implicações clínicas das desordens temporomandibulares	39
2.7	Automedicação	41
2.8	Automedicação e desordens temporomandibulares.....	46
2.9	Construção e validação de questionários	50
3	OBJETIVOS	56
3.1	Objetivo geral	56
3.2	Objetivo específico.....	56
4	MÉTODOS.....	58
4.1	Revisão de literatura.....	58
4.2	Entrevistas semiestruturadas.....	59
4.3	Grupo focal	61
4.4	Geração de itens para o instrumento	63
4.5	Validação do instrumento.....	63
4.6	Construção de escores para o questionário.....	69
4.7	Análise por modelos de classes latentes.....	69
5	Resultados e discussão.....	71
6	Artigo científico 1	73
7	Artigo científico 2	93
8	Artigo científico 3	121
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
10	REFERÊNCIAS.....	140
	APÊNDICES	153
	ANEXOS.....	177
	Produções científicas.....	184

1 INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é um sistema interrelacionado extremamente complexo, composto de músculos, ossos, ligamentos, dentes, nervos e pelas articulações temporomandibulares (ATM). De acordo com Okeson (2013) quanto mais complexo um sistema maior será a probabilidade de um colapso, o que pode comprometer o seu funcionamento. No caso do aparelho mastigatório este pode ser acometido por um conjunto de problemas clínicos de origem multifatorial denominado de acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial de desordens temporomandibulares (DTM). As DTM frequentemente são causa de dor e/ou disfunção das articulações e músculos da área orofacial, sendo diagnosticadas por seus característicos sinais e sintomas. Os sinais mais comumente encontrados são ruídos articulares como estalido ou crepitação e função irregular ou limitada da mandíbula. Os sintomas mais relatados são dor na articulação temporomandibular, dor e/ou fadiga nos músculos da mastigação, dor de cabeça, tamponamento e/ou zumbido do ouvido. Atualmente é consenso que hábitos parafuncionais, fatores estruturais, traumas, alterações hormonais, fatores psicológicos, fatores genéticos, sensibilização central, estado de saúde, sensibilidade à dor, estejam envolvidos na etiologia das DTM (MENDOZA; CELESTINO; MARCO, 2008; PEREIRA JR et al., 2004; SLADE et al., 2013; OKESON, 2013).

De acordo com a manifestação clínica dos sinais e sintomas, as DTM, podem ser classificadas como de origem articular e/ou muscular, e são consideradas um subgrupo distinto de desordens músculo-esqueléticas e reumatológicas que representam uma causa importante de dor crônica na região orofacial (ALENCAR JR 2005; STEGENGA, 2010).

Muitos dos diagnósticos associados às desordens temporomandibulares crônicas têm a dor como queixa principal (DWORKIN, 2006), e a qualidade de vida dos pacientes com DTM pode estar diretamente relacionada ao controle da dor orofacial. A dor por DTM acomete, principalmente, a musculatura mastigatória e a articulação temporomandibular e pode aumentar de intensidade com a função mandibular. A melhora ou remissão destas dores deve ser a prioridade no tratamento, sendo utilizadas para este objetivo modalidades terapêuticas como placas estabilizadoras, acupuntura, medicação, agulhamento de pontos de gatilho, fisioterapia e outros recursos físicos

como o calor, o frio e também laserterapia (CARLSSON; MAGNUSSON; GUIMARÃES, 2006; CONTI et al., 2003; OKESON, 2013; TRAVELL; SIMONS, 1999).

Dentre as terapias propostas, a terapia farmacológica quando usada sob orientação profissional, pode promover o conforto e a reabilitação do paciente, ao diminuir ou eliminar as dores provenientes das DTM, porém, não proporciona a cura, na maioria dos casos. As principais classes medicamentosas utilizadas no controle das DTM são os analgésicos não opióides, antiinflamatórios não esteroidais, corticosteróides, ansiolíticos, antidepressivos e relaxantes musculares (HERSH; BALASUBRAMANIAM; PINTO, 2008; LIST; AXELSSON, 2010; SIQUEIRA E TEIXEIRA 2012; OKESON, 2013; SOBREIRA; ZAMPIER, 1999;).

A automedicação segundo a Organização Mundial de Saúde é definida como a obtenção e consumo de medicamentos sem a orientação profissional e na maioria dos casos de pacientes com DTM, pode justificar-se pela ocorrência de dores constantes, que podem até mesmo influenciar a qualidade de vida dos portadores desta doença (BOVE; GUIMARÃES; SMITH, 2005; DE LEEUW; KLASSER, 2005; OKESON, 2013; ROCHA; SILVA, 2003; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001). Devido à ocorrência de dores contínuas associadas às DTM muitos pacientes consideram a automedicação como um meio prático para resolver o problema da dor e não procuram ajuda de um profissional.

O consumo de medicamentos sem orientação profissional é uma prática extremamente comum no Brasil e pode trazer riscos consideráveis no que diz respeito ao seu efeito acumulativo ou superdosagem. O uso abusivo de medicamentos, além de não ser eficiente quanto à melhora que se deseja, pode contribuir com o desenvolvimento de dependência pela droga, influenciar na cronificação da dor e causar efeitos colaterais como mascaramento de doenças, hipersensibilidade, hemorragia estomacal, distúrbios comportamentais, náuseas, sonolência, dor de cabeça, entre outros (DAL PIZZOL et al., 2006; OKESON, 2013; SERVIDONI et al., 2006; VITOR et al., 2008). A automedicação é, portanto considerada prejudicial à saúde, e no caso das DTM pode contribuir para o agravamento dos quadros, mascarar os sintomas, diminuir o limiar de dor dos pacientes, influenciar na cronicidade da dor e até mesmo causar dependência pela medicação.

Clinicamente nota-se que pacientes com diagnóstico de DTM consomem com frequência medicamentos sem acompanhamento profissional, sobretudo, analgésicos. Além disso, verifica-se na literatura da área uma carência de estudos que discutam o tema. Portanto, questiona-se, o que justificaria esta prática? Seriam causas como: a

ocorrência de dores constantes; o caráter cíclico da doença; a falta de acesso a especialistas no setor público; a pouca quantidade de especialistas no setor privado; propagandas em massa de medicamentos isentos de prescrição; o fácil acesso à medicação; a rotina muito atarefada da sociedade atual; a falta de informação com relação ao hábito de se automedicar ou até mesmo um somatório desses fatores? Neste contexto, para que futuramente obtenham-se estas e outras respostas e visando a diminuição da automedicação associada às DTM, o presente estudo teve como o objetivo construir e validar um questionário para avaliar a prática de automedicação realizada por pacientes com desordens temporomandibulares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Articulação temporomandibular

A articulação temporomandibular (ATM) é uma articulação do tipo sinovial, bilateral, formada pelo côndilo mandibular que se articula na fossa mandibular do osso temporal, permitindo amplos movimentos da mandíbula em torno desse osso fixo. A ATM é classificada como uma articulação bilateral, interligada pela mandíbula e interdependente com movimentos próprios para cada lado, porém simultâneos. A ATM é circundada por uma cápsula articular, que é revestida internamente por uma membrana sinovial. Esta membrana produz a sinóvia, um líquido viscoso, nutritivo e lubrificante. Possui em sua composição o ácido hialurônico, que dá viscosidade ao líquido e com isso reduz a fricção e facilita os movimentos de uma superfície articular sobre a outra (MADEIRA, 2003).

2.1.1 Disco articular

A ATM possui um disco extenso, de tecido conjuntivo fibroso e formato oval, que apresenta três segmentos: banda anterior, banda posterior e banda intermediária (ISBERG, 2005; Okeson, 2013). Em uma ATM normal, a superfície articular do côndilo está localizada na região intermediária do disco articular. Essa posição é mantida através da pressão intra-articular constante fornecida pelos músculos elevadores da mandíbula (pterigóideo lateral superior, pterigóideo medial, masseter e temporal), ação dos ligamentos colaterais, capsulares e retrodiscais e pela própria morfologia bicôncava do disco (MENDOZA; CELESTINO; MARCO, 2008).

Adaptando-se bem às faces articulares, o disco articular regulariza a discrepância anatômica existente entre elas, absorve cargas e promove uma movimentação suave da ATM. Durante o movimento de abertura da boca, o disco articular evita o atrito direto entre o côndilo mandibular e eminência articular (MENDOZA; CELESTINO; MARCO, 2008).

2.1.2 Inervação e vascularização da Articulação temporomandibular

A inervação da ATM ocorre através do nervo trigêmeo, responsável também pela inervação motora e sensitiva dos músculos que a controlam. É inervada ainda, pelo nervo mandibular, nervo auriculotemporal, nervos temporais profundos e massetérico. A vascularização ocorre principalmente, através da artéria temporal superficial, artéria meníngea média e artéria maxilar. Outras artérias importantes são a auricular profunda, a timpânica inferior, faríngea ascendente e artéria alveolar inferior (OKESON, 2013).

2.1.3 Ligamentos da Articulação temporomandibular

Como em qualquer outro sistema articular os ligamentos desempenham um papel importante na proteção das estruturas. Os ligamentos da ATM são compostos de tecido conjuntivo colagenoso. Se forças excessivas forem aplicadas ao ligamento ou se persistirem por um período prolongado, o ligamento poderá ser alongado. Quando isso ocorre a função do ligamento fica comprometida, alterando desse modo a função articular. Os ligamentos não atuam diretamente na função da articulação, mas, ao invés disso, agem passivamente como agentes restringentes para limitar os movimentos. Três ligamentos funcionais suportam a ATM: ligamentos colaterais, ligamento capsular e ligamento temporomandibular. Existem ainda dois ligamentos acessórios: ligamento esfenomandibular e estilomandibular (ISBERG, 2005; OKESON, 2013).

2.2 Musculatura mastigatória

Quatro pares de músculos compõem o grupo da musculatura mastigatória: masseter, temporal, pterigóideo medial e pterigóideo lateral. Todos ligam a mandíbula ao crânio. Atuam em grupo, mais do que individualmente e movimentam a mandíbula em todos os planos e direções. O masseter é um músculo retangular que se origina do arco zigomático e se estende para baixo até a região do ângulo da mandíbula. Quando as fibras do masseter se contraem, a mandíbula é elevada e os dentes entram em contato. Este proporciona a força necessária para uma mastigação eficiente. Sua porção superficial auxilia na protrusão mandibular. O músculo temporal é um músculo grande em forma de leque que se origina na fossa temporal da superfície lateral do crânio.

Insere-se no processo coronóide e na borda anterior do ramo ascendente. É dividido em três porções: porção anterior, porção média e porção posterior. Quando o músculo temporal se contrai eleva a mandíbula e os dentes entram em contato. Se somente uma porção se contrai a mandíbula se move de acordo com a direção das fibras ativadas. Quando a porção anterior se contrai a mandíbula é elevada verticalmente. A contração da porção média irá retrair a mandíbula. A contração da porção posterior causa elevação e uma suave retrusão. O pterigóideo medial se origina na fossa pterigóidea e se insere na superfície medial do ângulo da mandíbula. Quando suas fibras se contraem, a mandíbula é elevada e os dentes entram em contato, sendo também ativo na protrusão mandibular. O pterigóideo lateral é dividido em pterigóideo lateral inferior e pterigóideo lateral superior. O pterigóideo lateral inferior se origina na superfície externa da lâmina pterigóidea e se insere no colo do côndilo. Quando os pterigóideos laterais inferiores e superiores se contraem simultaneamente a mandíbula é protruída. A contração unilateral proporciona um movimento lateral da mandíbula para o lado oposto. O pterigóideo lateral superior se origina na superfície infratemporal da asa maior do esfenóide e se insere na cápsula articular, no disco e no colo do côndilo. É ativo, especialmente quando há força de resistência e quando os dentes são mantidos juntos (MADEIRA, 2003; OKESON, 2013).

2.3 Desordens temporomandibulares

O termo coletivo desordens temporomandibulares refere-se a um conjunto de manifestações clínicas que podem acometer o sistema mastigatório, sendo causa de dor e/ou disfunção das articulações e músculos da área orofacial (ALENCAR JR, 2005; MENDOZA; CELESTINO; MARCO, 2008). De acordo com Pereira Jr et al., (2004), foi a partir de observações de um otorrinolaringologista, Costen, (1934), que os sintomas característicos das DTM, passaram a ser reconhecidos e estudados nos meios médicos e odontológicos. A dor na região dos ouvidos, observada clinicamente por Costen foi atribuída à ausência dos dentes posteriores, com conseqüente perda da contenção cêntrica e aumento da pressão interna das articulações temporomandibulares. Até o final da década de 60, os estudos associavam então os sinais e sintomas de DTM, exclusivamente, a causas oclusais advindas principalmente da perda de dentes posteriores (ALENCAR JR, 2005).

Na década de 70 pesquisadores destacaram que a principal causa das dores orofaciais envolvendo a musculatura mastigatória, seria a fadiga muscular decorrente da realização de hábitos parafuncionais, como meio inconsciente de liberação das tensões emocionais (ALENCAR JR, 2005; PEREIRA JR et al., 2004). A possibilidade da relação entre fator psicológico e disfunção da ATM foi defendida destacando-se que a resposta do paciente ao estresse era mais importante que qualquer influência oclusal. Enquanto uma teoria considerava a má-oclusão como o fator central outra teoria sugeriu que a causa principal de distúrbios no sistema estomatognático estaria na musculatura mastigatória. De acordo com a teoria psicológica, os distúrbios emocionais iniciariam uma hiperatividade muscular induzida pelo sistema nervoso central. Desta forma, durante muitos anos, várias teorias foram propostas. Pereira JR et al., (2004), relataram que quando se tornou claro que o termo desordens temporomandibulares englobava uma variedade de problemas clínicos, as teorias sobre etiologia baseadas em um único fator perderam credibilidade.

A partir de então, passou-se a classificar as DTM como de etiologia multifatorial, onde fatores predisponentes, estruturais, funcionais, e psicológicos, são considerados fatores etiológicos para o desenvolvimento de distúrbios na articulação temporomandibular e musculatura mastigatória (ALENCAR JR, 2005; PEREIRA JR et al., 2004). De acordo com o conceito de etiologia multifatorial, as DTM podem ser, portanto, classificadas como de origem articular e/ou muscular (STEGENGA, 2010).

As principais desordens articulares podem ser classificadas em desordens de desenvolvimento, desordens mecânicas, processos degenerativos e desordens inflamatórias (ALENCAR JR, 2005).

As desordens de desenvolvimento também classificadas como desordens congênitas, incluem alterações ósseas como aplasia, hipoplasia, hiperplasias e neoplasias, responsáveis por alterações estéticas e funcionais que podem ou não ser acompanhadas de dor orofacial (ALENCAR JR, 2005).

As desordens mecânicas são caracterizadas por um desarranjo do complexo côndilo-disco, sendo as mais comuns na região da ATM, podendo ou não estar associadas à dor e/ou limitação funcional. Acontecem quando há um relacionamento anatômico anormal entre disco, côndilo e eminência articular como, por exemplo, nos casos de deslocamento do disco articular e hiper ou hipomobilidade articular. O deslocamento do disco articular é considerado como um dos fatores responsáveis por desordens mecânicas da ATM, sendo o deslocamento anterior de disco o mais

frequentemente encontrado. A etiologia dos deslocamentos de disco da ATM está principalmente associada ao alongamento dos ligamentos colaterais e da lâmina retrodiscal inferior, afilamento da borda posterior do disco, micro e macrotrauma, hiper mobilidade mandibular, fatores bioquímicos e hormonais (ALENCAR JR, 2005; ISBERG, 2005; MARIZ et al., 2005). Adaptando-se bem às faces articulares, o disco articular regulariza a discrepância anatômica existente entre elas, absorve cargas e promove uma movimentação suave da ATM. Porém, com uma alteração no posicionamento do mesmo, a ATM pode ter seu correto funcionamento comprometido, podendo ser acometida por dor, sobrecarga e disfunção (EMSHOFF et al., 2001). Clinicamente o deslocamento anterior de disco com redução pode ser caracterizado, principalmente, pela ocorrência de estalidos e por artralgia em consequência dos movimentos do côndilo ocorrerem, em parte, contra o tecido retrodiscal, altamente inervado. No deslocamento do disco articular sem redução, pode ocorrer além da artralgia, limitação da abertura bucal e travamento mandibular, uma vez que o disco da articulação afetada impede a adequada translação condilar (HIRATA et al., 2007; WESSELY; YOUNG, 2008).

Destacam-se ainda as aderências e adesões que podem ocorrer entre o côndilo e o disco articular e entre o disco e a fossa mandibular, principalmente, em virtude de sobrecarga articular. A aderência pode ser definida como uma colagem temporária entre o côndilo e o disco (compartimento inferior) ou entre disco e fossa (compartimento superior). Se esta aderência for mantida, pode evoluir para uma condição de ocorrência prolongada chamada adesão. Esses processos que podem ter como consequência, dor e limitação severa da abertura bucal (ALENCAR JR, 2005).

A hiper mobilidade articular ou subluxação é outro tipo de desordem mecânica, que é caracterizada por um movimento súbito do côndilo para frente, durante o último estágio da abertura de boca. Clinicamente há um “salto” mandibular considerável próximo da abertura máxima. A mesma pode estar associada a eminências articulares que apresentam uma parede posterior mais curta e íngreme e uma parede anterior mais longa e plana, assim como pode ser causada por alongamento dos ligamentos articulares ou estar correlacionada com hiper mobilidade articular generalizada (ISBERG, 2005; OKESON, 2013).

Com relação aos processos degenerativos, de acordo com Honda et al., (2008), a osteoartrose é uma das doenças que frequentemente acomete articulações e sua etiologia tem sido atribuída à ruptura da cartilagem articular induzida principalmente, pela

incidência constante de cargas e pelo uso excessivo das articulações. As alterações ósseas degenerativas que acometem a ATM podem estar associadas a exigências funcionais que excedem a capacidade adaptativa de cada indivíduo. As cargas mecânicas que incidem constantemente na articulação temporomandibular podem desencadear uma série de eventos como produção ou liberação de radicais livres, citocinas, catabólitos, e enzimas de degradação da matriz. Tais eventos podem conduzir a doenças, que ocorrem de acordo com características individuais. Em situações normais, fisiológicas, essas substâncias podem estar envolvidas na remodelação dos tecidos articulares, em resposta a forças funcionais. Entretanto, em situações patológicas ou se as exigências funcionais excederem à capacidade adaptativa de cada indivíduo ou se o mesmo for susceptível a esta resposta de adaptação, pode ocorrer degeneração das superfícies articulares da ATM, como por exemplo, nos casos de osteoartrose, onde verifica-se, por meio de imagens da ATM a ocorrência de osteófitos, aplainamento, erosão e esclerose condilar. Clinicamente, a osteoartrose pode apresentar como características, dor e incapacidade funcional em casos avançados (MILAM, 2005).

Já as desordens articulares inflamatórias são caracterizadas por dor profunda e contínua, acentuada pela função, sendo as mais comuns sinovite e capsulites. Surgem normalmente após a ocorrência de um traumatismo na região da mandíbula ou abertura de boca exagerada. As retrodiscites estão principalmente associadas à compressão da região retrodiscal em casos de deslocamento do disco articular (ALENCAR JR, 2005).

As desordens temporomandibulares musculares são condições clínicas relacionadas à dor na região dos músculos da mastigação que podem ser agudas ou crônicas. As DTM musculares são frequentemente encontradas na prática clínica, mesmo em associação com outros diagnósticos como cefaléias e artralguas. Isso pode ser devido ao fato de que uma dor contínua e profunda, mesmo não sendo de natureza muscular, pode estimular o Sistema Nervoso Central (SNC) e causar efeitos centrais secundários (ALENCAR JR, 2005).

As desordens musculares mais frequentemente encontradas são as co-contrações protetoras, dor muscular local e dor miofascial. A co-contração protetora não é considerada uma doença e sim uma resposta de proteção do organismo. Caracteriza-se pela contração simultânea de músculos antagonistas e agonistas na qual músculos elevadores e abaixadores da mandíbula se contraem ao mesmo tempo, dificultando movimentos mandibulares. Este evento ocorre como resposta de dor profunda, que pode

ser oriunda de outras estruturas musculares, ou ainda da própria ATM. Quando não permanece por muito tempo, não causa danos severos, podendo o paciente apresentar dor leve durante a função, uma limitação da abertura bucal, porém se solicitado ao paciente este consegue abrir totalmente, mas nunca dor à palpação muscular. Quando postergada, podem ocorrer alterações locais nos músculos que dão origem a dor muscular local (ALENCAR JR, 2005).

A dor muscular local pode ser advinda também da ocorrência de micro ou macrotraumatismos e estresse emocional. Caracteriza-se clinicamente pela presença de dor espontânea, dor à função, limitação real da abertura bucal e dor à palpação muscular. Como é uma dor profunda, se constante pode estimular o SNC e causar contração que se postergada, pode causar ainda mais dor muscular local, caracterizando um ciclo que pode ser responsável pela cronificação da desordem. A dor à palpação é sentida apenas no local, se referida, caracteriza um quadro de dor miofascial (ALENCAR JR, 2005).

Na dor miofascial os tendões afetados por essa desordem dolorosa contêm algumas fibras musculares apresentando bandas rígidas perceptíveis à palpação, as quais, por sua vez, contêm no seu interior os *trigger points* (pontos de gatilho). Os *trigger points* são regiões nodulares de contração muscular localizada capazes de produzir dor local e referida (sentida à distância do local de origem da dor), limitações dos movimentos e/ou efeitos excitatórios centrais secundários autonômicos (Alvarez; Rockwell, 2002; Han; Harrison, 1997;).

2. 4 Epidemiologia das Desordens temporomandibulares

Estudos demonstram que sinais e sintomas associados às desordens temporomandibulares podem ser prevalentes isoladamente ou associados, em até 75% na população adulta. No entanto, a simples presença de sinais e sintomas, não permite conclusões sobre o grau de incapacidade do indivíduo e não deve ser traduzida em necessidade de tratamento. Aproximadamente 5% da população têm sintomas severos o suficiente para justificar tratamento com a incidência de DTM variando de 1,6% a 4,0% ao ano (CARLSSON, 1999; DE KANTER et al., 1993; DRANGSHOLT; DWORKIN, 1995; LE RESCHE, 1999; OKESON, 2003, SLADE et al., 2013).

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) estudos epidemiológicos de populações de adultos sugerem que 40% a 75% dos indivíduos têm

pelo menos um sinal de DTM e quase 33% têm pelo menos um sintoma deste distúrbio (DE LEEW, 2008).

Sinais e sintomas de DTM podem ser encontrados em todos os grupos etários. Sua prevalência nas crianças é baixa e aumenta com a idade, principalmente no grupo de mulheres jovens, com idade entre 20 e 40 anos. As condições dolorosas relacionadas às DTM tendem a decrescer a partir dos 45 anos de idade (CARLSSON; MAGNUSSON, 1999). De acordo com Maydana et al., (2010), a dor espontânea na ATM diminui em prevalência com o avanço da idade, especialmente em homens acima de 60 anos de idade. Já as desordens degenerativas características da osteoartrose tendem a aumentar com o passar dos anos. Nas crianças os sinais clínicos são considerados moderados, sendo um segmento pequeno dessa faixa etária acometido por desordens mais severas (CARLSSON; MAGNUSSON; GUIMARÃES, 2006).

Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que a prevalência da DTM é maior nas mulheres, tanto em queixa, quanto na busca por tratamento. Estes dados podem ser justificados pelo fato dos tecidos da ATM apresentarem receptores estrogênicos podendo ser alvos potenciais dos hormônios sexuais, sendo influenciados direta ou indiretamente pelos diferentes níveis plasmáticos destes hormônios. Destaca-se ainda a maior preocupação das mulheres com seus sintomas, a maior susceptibilidade das mesmas ao estresse psicossomático e a influência dos contraceptivos orais (CHENG et al., 2003; GAROFALO et al., 1998; GERDLE et al., 2004; LE RESCH, 1997; SEGER, 2002; PHILLIPS et al., 2001).

Figueiredo et al., (2009) ao estudar a prevalência de sinais e sintomas em pacientes portadores de DTM, encontraram como as principais queixas reportadas pelos pacientes, dor articular (45%) e dor muscular (12,5%). Os sinais e sintomas mais frequentes foram o ruído articular (95%), artralgia (82,5%) e cefaléia (77,5%). Os autores destacaram que pacientes portadores de DTM são acometidos por elevada prevalência de sinais e sintomas, como a ocorrência de dor, limitação de abertura bucal e dificuldade mastigatória capazes de afetar diretamente a qualidade de vida dos mesmos.

Avaliando os sintomas de DTM em uma amostra de 1230 participantes, Gonçalves et al., (2010), encontraram em 39,2% dos participantes relato de pelo menos um sintoma. As taxas de prevalência de acordo com a idade variaram de 35,4% no grupo de 15 a 20 anos, 42,2% no grupo de 21 a 40 anos, sendo todos os sintomas mais prevalentes em mulheres. Os sons articulares foram os sintomas mais relatados, sendo relatados por 23,7% dos pacientes. A artralgia temporomandibular foi o segundo

principal sintoma pelo qual os pacientes se queixaram, sendo visto em 16,3% da amostra. Dor na musculatura mastigatória foi reportada por 15,4% dos participantes.

O estudo de Mobilio et al., (2011) em uma população de pacientes portadores de diagnósticos associados às DTM mostrou que dos 2005 indivíduos avaliados, 8,1% relataram dificuldades nos movimentos mandibulares e 33,3% ruídos articulares. Hoffmann et al., (2011) encontraram uma média de idade de 41 anos, nos 1511 pacientes portadores de DTM avaliados em seu estudo, sendo que do total 90% eram do gênero feminino.

2.5 Fatores de risco associados às desordens temporomandibulares

Considerando a natureza multifatorial das DTM, o papel dos fatores de risco deve ser considerado dentro de um contexto mais amplo, onde vários fatores podem estar envolvidos no risco do desenvolvimento de condições clínicas características das DTM (DE BOEVER; CARLSSON, 2000). Destaca-se principalmente: idade, gênero, hábitos parafuncionais, bruxismo, fatores psicológicos, níveis de somatização, sensibilização central, trauma, hipermobilidade articular sistêmica, fatores oclusais (AKHTER et al., 2011; HUANG et al., 2002; POVEDA RODA et al., 2007; YAP et al., 2002).

2.5.1 Idade

Estudos mostram que a maior prevalência de sintomas como dor miofascial, artralgia e restrição de movimento ocorre em adultos jovens com idade entre 20 e 40 anos, especialmente no gênero feminino, sendo esta faixa etária considerada um fator de risco predisponente para o desenvolvimento das DTM (LE RESCHE, 1997; MAGNUSSON; EGERMARK; CARLSSON, 2000; POVEDA RODA et al., 2007, SIQUEIRA E TEIXEIRA, 2012).

2.5.2 Sexo

Os fatores hormonais diretamente relacionados ao sexo feminino podem influenciar no desenvolvimento das DTM. Estudos demonstram que a dor miofascial

pode ser modulada pelo hormônio reprodutor e que as mulheres podem apresentar maior susceptibilidade à dor durante o ciclo menstrual e a ovulação (CARLSSON; MAGNUSSON; GUIMARÃES, 2006). Estrogênios atuam cada vez mais em relação ao estímulo da dor, modulando a atividade dos neurônios do sistema límbico. Embora nem todos os autores concordem, estudos em humanos demonstraram que o aparecimento da dor por DTM aumenta cerca de 30% em pacientes recebendo terapia de reposição hormonal (TRH) na pós-menopausa e aproximadamente em 20% entre as mulheres que usam contraceptivos orais (POVEDA RODA et al., 2007).

Por apresentarem receptores estrogênicos, os tecidos da ATM podem ser influenciados pelos níveis plasmáticos destes hormônios. O estrogênio aumenta o crescimento e metabolismo celular de maneira dose dependente até níveis similares aos fisiológicos. Porém, aumentos na concentração a partir destes níveis podem levar a uma inibição significativa do metabolismo da cartilagem condilar, sugerindo que altas concentrações plasmáticas de estrogênio podem estar envolvidas na fisiopatologia das DTM articulares (CHENG et al., 2003). Além disso, tem sido sugerido que a presença de receptores de estrogênio na ATM das mulheres modula funções metabólicas em relação à frouxidão dos ligamentos e isso pode ser relevante como fator de risco para hiper mobilidade dos ligamentos da ATM (POVEDA RODA, 2007).

2.5.3 Hábitos Parafuncionais

Os hábitos parafuncionais são considerados fatores de risco iniciadores ou perpetuadores das DTM e são conceituados como aqueles não relacionados à execução das funções normais do sistema estomatognático, como a deglutição, mastigação e fonação (POVEDA RODA et al., 2007).

Segundo MacFarlane et al., (2003) fatores mecânicos locais, como os hábitos parafuncionais, apresentam papel importante na etiologia da dor orofacial, podendo sua influência variar segundo a tolerância do paciente à dor e suas diferentes respostas bioquímicas e fisiológicas a estes fatores. De acordo com Michelloti et al., (2010), a literatura tem demonstrado que as atividades parafuncionais tendem a sobrecarregar a dentição e o sistema mastigatório, podendo desempenhar um papel considerável na etiologia das DTM.

As parafunções orais inibem o fluxo sanguíneo normal dos tecidos musculares, ocasionando acúmulo de produtos metabólicos nas células destes tecidos,

desencadeando sintomas de fadiga, dor e espasmo (OKESON, 2013). De modo geral, hábitos parafuncionais provocam o comprometimento de fatores fisiológicos ou anatômicos do sistema estomatognático e podem trazer consequências aos ossos, dentes, musculatura e articulação (PAIVA et al., 1997).

De acordo com Schaefer (2002) os hábitos parafuncionais podem desencadear microtraumas musculares. Durante esta atividade, determinadas fibras musculares são constantemente contraídas, sobrecarregando-as. Essas fibras podem entrar em fadiga, criando condições propícias ao aparecimento de *Trigger points*, que poderão gerar dor muscular local ou referida.

Hábitos parafuncionais comumente relatados são: mascar chiclete, morder ou roer unhas e principalmente o ato de ranger ou apertar os dentes, denominado bruxismo (MOLINA et al., 2001, Okeson 2013).

2.5.4 Bruxismo

O bruxismo é definido como o contato estático ou dinâmico dos dentes em momentos outros que não aqueles que ocorrem durante as funções normais da mastigação ou deglutição. É um fenômeno que pode ocorrer durante o sono, sendo caracterizado pelo apertar ou ranger dos dentes. Durante a vigília ocorre, principalmente, através do apertamento dentário. Geralmente está associado a fatores de risco como estresse e ansiedade, hábito de fumar, uso de bebidas alcoólicas e de determinados medicamentos (RODRIGUES et al., 2006).

De acordo com Michelloti et al, (2010) o apertamento dentário diurno e durante o sono representa um importante fator de risco para a dor miofascial e para o deslocamento do disco articular. Segundo Molina et al., (2001) o apertamento dentário está associado à dor miofascial mastigatória e à artralgia temporomandibular, podendo também ser responsável por dor ou tensão na região cervical.

Análises biomecânicas dos componentes da ATM revelaram que estes, normalmente, são capazes de resistir e se adaptar a cargas e pressões funcionais que surgem com movimentos mandibulares de translação. Entretanto, estes tecidos não são capazes de suportar pressões compressivas por um longo período de tempo, como aquelas que podem em alguns indivíduos, em algum grau, estar associadas ao apertamento dentário crônico (NITZAN, 1994; STEGENGA, 1991).

De acordo com Halliwell e Gutteridge (1995) pressões intra-articulares maiores que 40mmHg ultrapassam a pressão dos capilares periféricos e podem ter como consequência hipóxia intra-articular temporária, seguida pela re-oxigenação, uma vez que o apertamento é interrompido, com uma resultante liberação de radicais livres. Ao avaliar os níveis de pressão intra-articular presentes nas ATM de pacientes que foram submetidos ao procedimento de artrocentese, Nitzan (1994) encontrou que o apertamento voluntário dos dentes produziu altos níveis de pressão intra-articular, maiores que 200mmHg. Os radicais livres podem causar um dano direto aos componentes do tecido celular e extracelular, como o aumento na fricção pela diminuição da lubrificação articular adequada, o que poderia, possivelmente, levar ao início do processo de deslocamento anterior do disco articular (MILAM; ZARDENETA; SCHMITZ, 1998; NITZAN, 2001; ZARDENETA et al., 1996).

2.5.5 Estresse, ansiedade e fatores psicológicos

De acordo com Cestari e Camparis (2002) os fatores psicológicos envolvidos nas desordens temporomandibulares podem ser divididos em: fatores comportamentais como o bruxismo e as parafunções orais; fatores emocionais como ansiedade, depressão e estresse e fatores cognitivos como expectativas e significados. De acordo com as autoras, a maioria dos indivíduos portadores de DTM possui um tipo de personalidade característica, na qual se pode verificar exagerada tensão, perfeccionismo e competência nas atividades que desenvolvem, hábitos estes que resultam em uma alta ansiedade e tensão emocional, que podem ser expressas, entre outras formas, através de parafunções ou hábitos orais.

Uma relação íntima entre tensão psíquica e bruxismo tem sido lógica para a maioria dos investigadores do bruxismo e diversos estudos neurofisiológicos têm se preocupado com a ocorrência e etiologia do bruxismo. Tem sido demonstrado que a tensão aumenta a atividade nos músculos mastigatórios tanto em seres humanos como em animais (CESTARI; CAMPARIS, 2002).

Segundo a teoria psicofisiológica da dor miofascial, o stress é definido como um importante fator causal, induzindo a hiperatividade muscular. Fadiga resultante de hiperatividade, por sua vez poderia causar espasmos musculares (POVEDA RODA et al., 2007).

Pôde-se verificar em diversas pesquisas que a tensão muscular aumentada do masseter está diretamente relacionada ao estresse diário. Níveis de estresse aumentados (medidos pelo índice de adrenalina urinária) estão relacionados à atividade muscular do masseter durante a noite (CESTARI; CAMPARIS, 2002). Segundo Alencar Jr (2005), o estresse emocional está relacionado à estimulação do SNC que responde à hiperatividade da musculatura mastigatória, levando à fadiga muscular, compressão da ATM e dor.

Segger (2002) também destacou a participação das alterações emocionais como causadoras da perpetuação algica, as quais tendem a levar ao apertamento dentário frequente, à contração dos músculos mastigatórios, com consequentes danos aos componentes do sistema estomatognático, criando um ciclo vicioso de dor- estresse- dor.

Segundo Zakrzewska e Harrison (2002) estresse, somatização e depressão são considerados potenciais fatores de risco para o desenvolvimento das DTM.

Estudando a associação entre DTM e depressão, Toledo, Capote e Campos, (2008), encontraram associação significativa entre os graus de depressão e a presença de DTM, destacando que a que a depressão pode ser considerada um dos fatores etiológicos das DTM.

Diferentes estudos confirmaram que pacientes com dor miofascial e com dor miofascial associada à artralgia, artrite ou artrose sofrem um maior aumento dos níveis de depressão e somatização do que aqueles diagnosticados apenas com deslocamento de disco (FERRANDO et al., 2004).

2.5.6 Níveis de somatização

A literatura destaca que vários fatores de risco para as DTM devem ser considerados dentro de um universo mais amplo, ultrapassando a abordagem física isolada (GAROFALO et al., 1998; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001). Nesse contexto, pesquisas mostram que alguns fatores emocionais contribuem para a etiologia das desordens, como por exemplo, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, somatização, irritabilidade, flutuações de humor e perda de auto-estima (EPKER; GATCHEL; ELLIS, 1999; SEGER, 2002; SIQUEIRA; TEIXEIRA; 2001).

A somatização é o processo pelo qual uma condição mental é experimentada como um sintoma físico (OKESON, 1996; TEIXEIRA; 2006). É caracterizada por quadros

clínicos nos quais o indivíduo expressa seus problemas psicológicos por meio de sintomas físicos não específicos, como dor de cabeça, dor nas costas, dor de estômago, sudorese e tremores, geralmente associados à somatização de emoções. Estes podem representar risco ao desenvolvimento de dor por DTM e acrescentar dificuldade ao tratamento do quadro álgico (LOBATO, 2002; SEGER, 2002; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001; TEIXEIRA 2006).

2.5.7 Sensibilização central

Além de depressão e ansiedade, uma dor contínua e de longa duração e/ou intensidade, pode causar mudanças irreversíveis no SNC e periférico, dando origem a alterações neuropáticas. A dor era somente considerada um sintoma de alguma doença. Entretanto, atualmente, sabe-se que o estímulo constante de dor profunda como, por exemplo, as dores musculares, articulares, neuropáticas e cefaleias, no SNC, é um fator que pode ser responsável por um processo caracterizado como sensibilização central e pode gerar alterações como contração protetora e dor miofascial associada a pontos de gatilho, quadros característicos da desordem temporomandibular. A sensibilização central implica alterações dos impulsos periféricos. A estimulação persistente de nociceptores provoca dor espontânea, redução do limiar de sensibilidade e hiperalgesia, o que pode contribuir para que o paciente nestas condições fique mais suscetível a desenvolver sinais e sintomas associados às desordens temporomandibulares (Alencar, 2005; Okeson, 2013; ROCHA et al., 2007).

2.5.8 Trauma

Os traumas que podem acometer a ATM e a musculatura mastigatória são classificados como fatores de risco iniciadores ou perpetuadores e podem ser divididos em microtraumatismo e macrotraumatismo. Os macrotraumas são aqueles que ocorrem por um curto período, mas com muita intensidade. Acidentes automobilísticos são exemplos de traumas na face ou na cabeça assim como pancadas, quedas ou até mesmo traumas advindos de práticas esportivas. Podem ser citados ainda os traumas nos quais podem ocorrer uma extensão ou flexão da cabeça, que resulta, em alguns casos, em estiramento dos ligamentos articulares, favorecendo o deslocamento do disco

articular para anterior ou uma hiper mobilidade articular. Os microtraumatismos são aqueles que ocorrem por um longo período e com pouca intensidade, como por exemplo os hábitos para funcionais como mascar chicletes, bruxismo diurno, bruxismo do sono, hábitos posturais do sono e da vigília inadequados (ALENCAR JR, 2005).

2.5.9 Hiper mobilidade articular sistêmica

A hiper mobilidade articular sistêmica é uma condição na qual o indivíduo apresenta excessiva extensão do movimento articular em diversas articulações do corpo, com a capacidade de movimentá-las mais do que os padrões de normalidade (ISBERG, 2005). Kavuncu et al., (2006) avaliaram o risco de DTM em pacientes com hiper mobilidade sistêmica e hiper mobilidade da ATM. A hiper mobilidade local foi diagnosticada através da presença de subluxação condilar, enquanto hiper mobilidade sistêmica foi avaliada por meio do teste de Beighton. Os autores constataram que as hiper mobilidades locais e generalizadas são mais frequentemente detectadas em pacientes com DTM do que nos controles e que o risco de disfunção da ATM é maior se o paciente apresenta ambas as alterações simultaneamente. Os investigadores concluíram que ambas as situações podem desempenhar um papel na etiologia da DTM.

2.5.10 Fatores oclusais

De acordo com Okeson (2013) este fator contribuinte para as DTM tem sido fortemente debatido por muitos anos. No início do desenvolvimento desta área, acreditava-se que os fatores oclusais eram os que mais contribuía para as DTM. Mas, atualmente a literatura mostra que estes desempenham pouco nenhum papel na etiologia das DTM quando comparados a muitos dos fatores anteriormente citados, sendo este assunto crítico e controverso na Odontologia. Em síntese, de acordo com o autor, a condição oclusal pode afetar as DTM por meio de dois mecanismos. Um mecanismo está relacionado com a introdução de mudanças agudas na condição oclusal. A segunda maneira é a presença de instabilidade ortopédica. A instabilidade ortopédica deve ser considerável e deve haver concomitância de sobrecarga significativa.

2.6 Implicações clínicas das Desordens temporomandibulares

As DTM são consideradas um sub-grupo distinto de desordens músculo-esqueléticas e reumatológicas e representam uma causa importante de dor não dental, sendo a principal causa de dor crônica na região orofacial (ALENCAR JR, 2005; OKESON, 2008).

Pacientes portadores de diagnósticos associados às DTM, frequentemente apresentam sinais como: ruídos articulares (estalido e/ou crepitação); dor à palpação nos músculos da mastigação, função irregular e limitada da mandíbula, limitação de abertura bucal. Os sintomas mais comumente relatados incluem dores na face, artralgia, tamponamento e/ou zumbido do ouvido, dor e/ou fadiga nos músculos da mastigação e dor de cabeça (MENDOZA; CELESTINO; MARCO, 2008; OKESON, 2013).

Figueiredo et al., (2009) avaliando pacientes portadores de DTM encontraram elevada prevalência de sinais e sintomas capazes de afetar diretamente a qualidade de vida dos mesmos, como a ocorrência de dor, limitação de abertura bucal e dificuldade mastigatória.

De acordo com Dworkin (2006) a dor é a principal característica na maioria dos casos de DTM e também a principal razão que faz com que os pacientes busquem por tratamento.

Pacientes portadores de condições dolorosas associadas às DTM, frequentemente, apresentam algum grau de impacto da dor em suas vidas, especialmente nas atividades do trabalho, da escola, no sono e no apetite/alimentação (OLIVEIRA et al., 2003).

De acordo com Bove, Guimarães e Smith (2005) 87% dos pacientes com DTM relatam ser ansiosos. Segundo Oliveira et al.,(2003) 77,27% dos indivíduos com diagnóstico de DTM relatam sentir dificuldade para tolerar a dor e segundo Barros et al., (2009) 98,7% destes relatam que apresentam algum impacto negativo na qualidade de vida.

Oliveira et al., (2003), estudaram o impacto da dor na vida de pacientes com DTM e os achados referentes a percepção dos pacientes sobre o impacto da dor em aspectos sociais de suas vidas, mostraram que 59,09% relatam algum grau de prejuízo no trabalho e nas atividades escolares, 50% nas atividades de lazer e no relacionamento familiar, e 54,55% nas atividades domiciliares. Os autores encontraram

ainda, que mais da metade dos pacientes portadores de DTM que foram avaliados, apontou ter a qualidade do sono prejudicada.

Avaliando o impacto da dor orofacial na qualidade de vida de pacientes portadores de diagnósticos referentes às DTM, Barros et al., (2009) encontraram uma correlação significativa entre a gravidade da DTM e impacto na qualidade de vida. A presença de distúrbios musculares e osteoartrite foi relacionada a um maior impacto na qualidade de vida, fato não observado para os diagnósticos de deslocamento do disco. Ainda segundo os autores, os resultados mostraram que pacientes com níveis severos de DTM tendem a apresentar uma qualidade de vida inferior quando comparados com pacientes que apresentam sintomas mais leves.

Nilsson, List e Willman, (2009) em um estudo de caso-controle de base populacional de 587 adolescentes de 12 a 19 anos, encontraram um impacto significativo da dor por DTM no grupo avaliado. O estado psicossocial, escores do estado de depressão e pontuações sobre sintomas e queixas somáticas foram maiores em adolescentes com dor por DTM do que no grupo controle.

Segundo a Internacional Association for the Study of Pain (IASP), não apenas os componentes físicos e químicos envolvidos no evento doloroso devem ser considerados, mas também os aspectos subjetivos e psicológicos, que são fundamentais para a compreensão da queixa dolorosa, especialmente em pacientes com dor crônica.

De acordo com Carlson et al., (2001) e Greene, (2001) existe um consenso sobre o fato de que as dores crônicas produzem não apenas efeitos biológicos, mas também efeitos sociais e psicológicos, que devem receber devida avaliação e atenção e serem controlados e ou revertidos por medidas terapêuticas.

Para Tesch et al., (2004), pacientes com queixa de dor, especialmente dor crônica, devem ser tratados a partir de uma perspectiva biopsicossocial, uma vez que, além da avaliação da patologia responsável pelo processo de nocicepção ou de intensidade da dor, é fundamental investigar os aspectos subjetivos associados à queixa. Aspectos psicológicos ou biopsicossociais são fatores contribuintes à manutenção de um quadro de DTM, principalmente nas dores crônicas (FERREIRA et al., 2009).

Benoliel et al., (2011), ao avaliar as dores por DTM e cefaléias em um grupo de estudantes, encontraram associação significativa entre DTM e depressão,

destacando, então a importância de uma avaliação precisa dos aspectos emocionais em pacientes portadores de DTM.

Manfredini et al., (2010) estudaram a associação entre dor crônica e níveis de depressão e somatização em pacientes com DTM e encontraram uma prevalência de níveis severos de depressão e somatização em 49% e 69% dos pacientes respectivamente.

2.7 Automedicação

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-se automedicação como a utilização de medicamentos sem prescrição. Considerando que nenhum medicamento é inócuo ao organismo, a automedicação é considerada uma prática potencialmente nociva à saúde, que pode conduzir a efeitos indesejáveis ou enfermidades iatrogênicas, representando um problema a ser estudado (FERRAZ et al., 2008; VITOR et al., 2008).

De acordo com Chehuen Neto et al., (2006) a automedicação é uma conduta que parte fundamentalmente, de um doente, ou até mesmo de seu responsável, em consumir determinados produtos com a finalidade de tratamento de doenças ou alívio de sintomas. Esta prática pode incluir o uso de remédios caseiros ou medicamentos industrializados, sendo diversas as formas de realizá-la, como aquisição sem receita médica, reutilização de receitas antigas, compartilhamento com outros membros da família ou do convívio social, uso de sobras de prescrições e o não cumprimento da prescrição profissional, através do prolongamento ou interrupção precoce do uso da dosagem e do período de uso indicado na receita (ARRAIS et al., 1997; LOYOLA FILHO et al., 2005; MARTINS et al., 2011; VILARINO et al., 1998).

A automedicação é um fenômeno frequente nos auto-cuidados em saúde, cuja ocorrência e distribuição estão, naturalmente, relacionados com a organização do sistema de saúde de cada país (MENDES et al., 2004). Para Souza, Silva e Neto (2008), o uso indiscriminado de medicamentos acarreta riscos diretos e indiretos à população, o que contribui para que a automedicação seja um importante problema de saúde pública. Para os autores com o uso racional de medicamentos, o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades, nas doses indicadas por um adequado período de tempo.

Em uma revisão sistemática sobre a prevalência de automedicação na população adulta do Brasil, Domingues et al (2015) relataram que dos estudos que alcançaram alta qualidade metodológica, um com período recordatório (de uso de medicamentos) de 7 dias mostrou prevalência de automedicação de 22% e em três estudos com período recordatório de 15 dias a prevalência de automedicação foi de 35,0% na população adulta brasileira. Os autores destacaram que apesar das diferenças encontradas nas metodologias dos estudos incluídos, os resultados indicaram que uma significativa proporção da população adulta brasileira se automedica.

De acordo com Loyola Filho et al., (2002), estudos epidemiológicos de base populacional, permitem conhecer a prevalência de automedicação e os fatores possivelmente associados à prática. Os autores destacaram estudos, que encontraram associação da automedicação com gênero feminino, com a renda familiar, com o grau de escolaridade e com uma menor cobertura do plano de saúde para gastos com medicamentos.

Para Nascimento (2003) o baixo poder aquisitivo da população e precariedade dos serviços de saúde, contrastam com a facilidade de se obter medicamentos em diversas farmácias, sem a realização prévia de uma consulta e, certamente, sem a receita médica. Segundo o autor, não é raro encontrar o estímulo do balconista interessado em receber a comissão pela venda. O autor destacou ainda, que mesmo nas camadas mais privilegiadas, que apresentam condições de ter um melhor acesso aos serviços médicos, a automedicação é praticada através da busca de uma solução imediata para as queixas que os pacientes apresentam, com objetivo de não interromper as atividades cotidianas ou possibilitar um rápido retorno a elas.

Ao avaliar a automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo, Schmid, Bernal e Silva (2010) destacaram que o acesso gratuito a medicamentos mostrou-se fator de proteção para a automedicação. Os autores destacaram que esse comportamento era esperado uma vez que o acesso aos programas de distribuição gratuita de medicamentos requer prescrição médica. A distribuição de medicamentos e o atendimento adequado à saúde podem reduzir os riscos de efeitos adversos e de potenciais prejuízos que o uso irracional de medicamentos pode gerar à saúde. Entretanto, a distribuição gratuita de medicamentos não garante seu uso adequado. De acordo com os pesquisadores, o Inquérito da Organização Pan-Americana de Saúde em unidades de saúde no Brasil, em 2003, mostrou que 41% das unidades apresentaram desempenho fraco com relação ao conhecimento do paciente sobre o uso dos

medicamentos dispensados. Schmid, Bernal e Silva (2010) destacaram que a ênfase é dada apenas na disponibilização dos medicamentos, e não no uso adequado desses produtos, o que seria de fato necessário.

De acordo com Loyola Filho et al., (2005) diversos fatores no âmbito econômico, político e cultural têm contribuído para a expansão da automedicação no mundo, tornando essa prática um problema de saúde individual e de saúde pública. Ao fazer o uso de medicamentos sem acompanhamento de um profissional, há um considerável aumento do risco do paciente não ser tratado, ocorrendo mascaramento de sintomas importantes, efeitos adversos, e de gastos desnecessários relevantes para a população de menor poder aquisitivo (VITOR et al., 2008). A propaganda de medicamentos nos meios de comunicação de massa constitui um estímulo frequente para a automedicação, pois explora o desconhecimento dos consumidores sobre os medicamentos e seus efeitos adversos (NASCIMENTO, 2003).

Para Arrais et al., (1997) é importante ressaltar que o medicamento já foi incorporado à dinâmica da sociedade de consumo, fazendo com que sua comercialização esteja sujeita às mesmas tensões e competição de qualquer setor do mercado, não sendo dada a devida importância à sua finalidade principal de prevenção e tratamento das doenças. De acordo com o autor, as farmácias passam então a competir entre si, através de serviços que facilitam a chegada do medicamento até o consumidor, como, por exemplo, a entrega de medicamentos em domicílios, na qual, geralmente, o entregador não é um profissional de saúde e não solicita ou não são orientados a receber a receita médica ou odontológica.

Segundo Ferraz et al., (2008) a facilidade de obtenção de medicamentos nas farmácias deve ser observada pelos órgãos competentes. Os autores enfatizaram ainda que é preocupante a confiança da população na automedicação, assim como é relevante o número de pessoas que afirmam dificuldade de acesso ao médico.

Shankar, Partha e Shenoy (2002) pontuaram que a automedicação é uma prática comum em países em desenvolvimento. No Brasil automedicação é uma realidade constatada em estudos. Em faixas etárias mais avançadas, muitos pacientes consideram que uma consulta só é válida se receberem uma receita médica. Destaca-se que esse processo está associado à medicalização da saúde, na qual a mesma vem sendo predominantemente associada ao uso de medicamentos para a manutenção da saúde, ignorando-se, por exemplo, que recomendações por parte dos profissionais

quanto às mudanças no estilo de vida e mudança de hábitos são, em alguns casos, suficientes para a melhoria da saúde (BARROS e SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

No Brasil, onde a maioria da população possui pouca instrução e informação com relação a medicamentos e seu uso correto, a prática da automedicação torna-se ainda mais arriscada. De acordo com Servidoni et al., (2006) no Brasil ainda não existem controles rígidos estipulados por agências reguladoras. Além disso, existe pouco envolvimento de profissionais da área da saúde com a orientação dos usuários.

Segundo Souza et al., (2008) entre as causas do uso indiscriminado de medicamentos pela população estão a diversidade de produtos farmacêuticos no mercado e sua maciça publicidade, dificuldade de acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde e a considerável possibilidade de obter informações sobre medicamentos, através dos meios de comunicação, principalmente a internet.

De acordo com Dal Pizzol et al., (2006) os medicamentos podem ser utilizados como droga de abuso, proporcionando efeitos como aqueles causados por substâncias psicoativas, utilizadas de forma lícita ou ilícita, que causam dependência, síndrome de abstinência e até mesmo distúrbios comportamentais.

A automedicação pode ter sérias consequências para o indivíduo que dela se vale, tais como mascaramento de doenças evolutivas, enfermidades iatrogênicas e diversos efeitos indesejáveis (SERVIDONI et al., 2006). Vitor et al., (2008) destacaram a necessidade de controlar o uso indevido e/ou abusivo de medicamentos como analgésicos, uma vez que seu uso indevido pode mascarar a doença de base que passará despercebida e poderá progredir, ou ainda acarretar consequências como reações de hipersensibilidade, sangramento digestivo e alteração da função renal.

Monsivais e Mcneil (2007) destacaram que com relação ao uso de analgésicos, os mesmo devem ser usados conforme a prescrição e orientação profissional. Para as autoras, crenças e atitudes sobre medicação para dor são influenciados pelo sistema de saúde, pela sociedade e cultura do próprio paciente, devendo ser exploradas e discutidas para que possíveis equívocos sejam corrigidos.

Para Ferraz et al., (2008) mesmo que se obtenha o efeito desejado na automedicação, eventualmente, poderá haver um aumento dos riscos de efeitos colaterais e adversos dos medicamentos, uma vez que não há orientação médica sobre possíveis interações medicamentosas e as contra-indicações individuais de cada paciente.

De acordo com Aquino, Barros e Silva, (2010) o ideal, portanto, é utilizar o medicamento apenas quando imprescindível e recomendado por um profissional especializado. Os autores destacaram que para evitar a automedicação faz-se necessária a incorporação de práticas educativas com relação ao uso correto dos medicamentos, informação sobre os riscos, benefícios, superdosagem, intoxicações, reações adversas e até mesmo sobre os gastos para o sistema de saúde decorrentes de internações associadas ao uso indevido de medicamentos.

Segundo Vilarino et al., (1998), apesar de existirem medicamentos que podem ser adquiridos sem prescrição médica, as pessoas não devem fazer uso indevido dos mesmos, como, por exemplo, ingeri-los na dose e na hora que lhes for conveniente. De acordo com os autores estudos mostraram que os maiores adeptos da automedicação são aqueles que têm maior grau de informação, destacando que um maior conhecimento pode contribuir para o aumento confiança naqueles que se automedicam.

Avaliando a automedicação praticada em Pokhara (Nepal), Shankar, Partha e Shenoy (2002) encontraram como principais motivos para realização da prática que 25% dos doentes consideravam leves as suas queixas, 19% relataram que tinham experiência prévia com o tratamento devido a doenças semelhantes, e que se fossem ao médico, os mesmos fariam prescrições semelhantes e a indisponibilidade do médico foi citada como fator estimulador para a automedicação pelos outros participantes do estudo.

Ao estudar o perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos, através da aplicação de 150 questionários, Servidoni et al., (2006) encontraram prevalência de 83% de pacientes que relataram já ter usado ou comprado medicamento sem receita médica.

Em um estudo com objetivo foi rever sistematicamente as tendências e fatores que influenciam a automedicação entre os adolescentes, Shehnaz, Agarwal e Khan (2014) encontraram que as dores de cabeça estiveram entre as causas mais associadas ao consumo de medicamentos sem orientação profissional.

Ferraz et al., (2008) avaliaram o comportamento de uma amostra da população urbana de Juiz de Fora- MG com relação à automedicação, e verificaram que 66,2% dos 165 entrevistados se automedicaram no ano anterior ao da realização do estudo, sendo o sintoma mais relatado a dor. Deste total 65,2% dos pacientes, afirmaram ter considerado desnecessária uma consulta médica. Os autores destacaram

que é preocupante a confiança da população com relação à automedicação principalmente quando associada ao relevante número de pessoas que afirmaram ter dificuldade de acesso a uma consulta médica.

Chehuen Neto et al., (2006) apontaram como principais motivos para a automedicação: o número excessivo de farmácias nos grandes centros, a angústia e sofrimento desencadeados pelos sintomas, a facilidade de acesso à informação na internet em sites de busca, a falta de fiscalização em relação à venda de remédios tarjados e a falta de programas educativos a respeito dos efeitos muitas vezes irreparáveis da automedicação.

Sawalha (2008) destacou como um dos fatores associados à utilização de medicamentos sem receita médica, o tempo economizado no processo de automedicação, que pode levar as pessoas a obter medicamentos sem necessariamente passarem por consultas médicas ou odontológicas.

2. 8 Automedicação e desordens temporomandibulares

Bove, Guimarães e Smith (2006) avaliaram as características dos pacientes em um ambulatório de DTM e Dor Orofacial, onde a maioria dos pacientes relatou ter tido experiência com outras doenças e com a automedicação. Os pesquisadores do estudo destacaram os relatos desesperadores dos usuários que já procuraram os serviços públicos em busca para a solução de queixas associadas à DTM. Segundo os autores, muitos deles conviviam com dores há muitos anos e quando procuravam assistência médica ou odontológica, o que conseguiam era mais uma receita de analgésico e encaminhamentos para outras especialidades. Observou-se que 35% dos pacientes que procuraram o serviço foram encaminhados de clínicas particulares, destacando que este fato pode ser explicado pela existência de poucos serviços contando com especialistas na área de DTM/Dor Orofacial.

No estudo de De Leeuw e Klasser, (2005) os autores destacaram que os indivíduos adultos que procuram tratamento para DTM, apresentam uma frequência mais significativa de um complicado e extenso histórico médico, quando comparados a indivíduo adultos que procuram tratamento odontológico de rotina. Os autores enfatizaram que devido a essa característica, indivíduos que buscam tratamento para

dor por DTM, usam mais produtos farmacêuticos, quando comparados a um grupo que não procura tratamento.

De acordo com Alencar Jr (2005), pacientes com cefaleias cujos pontos álgicos musculares não foram diagnosticados nem tratados, podem muitas vezes desenvolver cefaleia do tipo rebote pelo abuso de medicamentos e cronificação do caso.

Segundo Klasser et al., (2007) prescrições de medicamentos, uso de remédios sem receita e recentemente a medicina natural, estão sendo frequentemente utilizados em terapias para resolver morbidades e melhorar a qualidade de vida de muitos indivíduos. Para os autores, pacientes com dor crônica frequentemente consomem medicamentos.

Ao avaliar o uso de medicamentos em uma amostra de pacientes com diagnósticos associados às DTM, Cahlin, Samuelsson e Dahlström (2006) encontraram maior uso de medicamentos (51%) neste grupo do que no grupo controle (36%).

De acordo com Siqueira e Teixeira (2001) e Rocha e Silva (2003) os pacientes com dor por DTM, especialmente a crônica, apresentam históricos de maior busca por atendimento à saúde, uso contínuo de fármacos, diversos tratamentos realizados e níveis maiores de ansiedade e depressão, o que pode contribuir para o início e perpetuação da dor. Pacientes com quadro crônico de dor por DTM relatam na maioria dos casos terem realizados tratamentos pouco satisfatórios. Segundo Ferreira et al., (2009) a demora no diagnóstico e o tratamento incorreto, contribuem para o início e a perpetuação da dor.

Normalmente a dor é dividida clinicamente em aguda ou crônica, de forma que dor aguda é caracterizada como aquela que apresenta curta duração, geralmente associada a uma causa bem definida, com finalidade biológica de proteger e avisar o organismo do perigo e de ataque repentino. Esta idealmente termina ao fim do tratamento e, se não tratada e diagnosticada em tempo hábil, pode evoluir para a crônica. Já a dor crônica está presente há, pelo menos, seis meses e apresenta tratamento mais difícil e dispendioso, necessitando muitas vezes, da intervenção de profissionais de diversas áreas da saúde. É complexa e não linear com aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais que reforçam e perpetuam o comportamento, manifestando-se com grande diversidade de apresentações clínicas (EPKER et al., 1999, GAROFALO et al., 1998; GATCHEL et al., 1996; GATCHEL et al., 2006; LOBATO, 1992; SEGER, 2002).

Uma DTM de sintomatologia aguda pode evoluir para uma de sintomatologia crônica se não for precocemente tratada ou se o tratamento realizado não obtiver sucesso, sendo a automedicação uma prática que pode favorecer esta evolução. Assim, a persistência da dor por DTM, permite transformá-la numa condição de dor crônica, que pode apresentar a maioria das características de cronicidade de outras desordens (DWORKIN; MASSOTH, 1994; GAROFALO et al., 1998; GATCHEL et al., 1996; GATCHEL et al., 2006; OKESON, 2013; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Considera-se que uma dor de intensidade moderada a severa, presente por mais de 6 meses, passa a apresentar características crônicas, o que indica maior envolvimento do SNC, com possível aparecimento de efeitos excitatórios centrais e conseqüentemente mais dificuldade no tratamento. As condições agudas de início recente, frequentemente se resolvem de maneira mais eficaz se o tratamento correto for logo instituído (ALENCAR JR., 2005; MANFREDINI, 2010). A dor crônica dos pacientes com DTM é similar a outras desordens de dor quanto ao impacto nos pacientes, sendo estado emocional mais comumente associado com a dor crônica a depressão, embora a ansiedade também possa ser associada à dor por DTM (GLAROS, 2000; MANFREDINI, 2010).

De acordo com Sobreira e Zampier (1999) o estado em que a dor se encontra, agudo ou crônico, influencia diretamente na escolha do medicamento a ser utilizado, determinando quais classes de drogas são eficazes, o período de utilização e os efeitos colaterais. A dor aguda e crônica representam marcadamente diferentes condições psicofisiológicas e exigem igualmente estratégias de condutas terapêuticas diferentes. De acordo com os autores, antes de selecionar o fármaco para o tratamento da DTM é fundamental avaliar as características da dor como: origem (muscular ou articular), tempo de duração (aguda ou crônica), e intensidade (leve, moderada e severa). Os autores destacaram ainda que o papel da farmacologia nas DTM é, na maioria dos casos, coadjuvante, sendo sua indicação mais eficiente como parte de um plano de tratamento mais amplo, que envolva outras opções terapêuticas, como placas estabilizadoras, acompanhamento psicológico, fisioterapia e auto-cuidados.

Por causa da complexidade associada a quadros de dor crônica, incluindo o uso de grande quantidade e de variados medicamentos, os profissionais devem ser muito cautelosos no tratamento de indivíduos portadores de DTM. Profissionais que rotineiramente tratam condições agudas provenientes de sintomas de origem dental, devem ser cuidadosos quando se trata de indivíduos que apresentam quadros

complexos de DTM, sendo necessário o encaminhamento para profissionais de saúde que tenham maior conhecimento das queixas apresentadas por esta população (Klasser et al., 2007).

Ao realizar uma revisão sistemática sobre os diversos tipos de tratamento para DTM, List e Axelsson (2010) destacaram que, como não há atualmente nenhum critério padrão para o tratamento farmacológico de dores orofaciais crônicas, os efeitos positivos das drogas, os possíveis efeitos adversos e o risco de dependência devem ser ponderados.

Segundo Dionne e Gordon (1994) prescrições que indicam o uso de analgésicos conforme a necessidade não devem ser feitas, pois podem levar os pacientes à tolerância e dependência devido à falta de controle das dosagens, o que pode ser visto comumente em casos de automedicação. De acordo com Okeson (2013) como muitos sintomas presentes nas DTM são periódicos ou cíclicos, existe a tendência de se prescrever drogas na base do “se necessário”, sendo que este tipo de controle estimula o paciente ao abuso de drogas, podendo levar à dependência física ou psicológica. As drogas mais comumente utilizadas em abuso pelos pacientes são os analgésicos e os tranquilizantes. As mesmas fornecem um breve período de euforia ou sensação de bem estar e podem às vezes se tornar uma recompensa inconsciente pela dor sofrida. O uso contínuo de medicamentos tende a levar a ciclos de dor mais frequentes e menos eficácia das drogas. Além disso, segundo o autor nenhuma droga isoladamente pode ser eficiente para todo o espectro das DTM e o uso incorreto e abusivo de medicamentos é uma preocupação no tratamento farmacológico das DTM (OKESON, 2013).

Hersh, Balasubramaniam e Pinto, em 2008, estudaram sobre o tratamento farmacológico das desordens temporomandibulares. Segundo os autores, a finalidade da prescrição de medicamentos em casos de dor crônica de DTM não é para curar a desordem, mas destina-se a ajudar pacientes a controlar seu desconforto ou disfunção durante um curto período de tempo. Os autores destacaram que a terapêutica farmacológica só deve ser utilizada em casos estritamente necessários.

Estudos têm mostrado que a dor por DTM em adolescentes tem um impacto potencial sobre a vida diária. Analgésicos são tomados uma vez por semana ou mais em 22% a 25% dos adolescentes e um em cada quatro estão ausentes da escola uma vez por mês devido à dor por DTM (EGGER et al., 1999; HIRSCH et al., 2006; JEDEL; CARLSSON; VICTORIN, 2007).

Em 2007, Klasser e De Leeuw, realizaram um estudo aplicado em 87 indivíduos com objetivo de comparar em termos quantitativos e qualitativos o uso da medicação, entre indivíduos adultos do gênero feminino atendidos em um centro de dor orofacial e indivíduos que buscaram atendimento odontológico de rotina. Nos resultados os indivíduos que apresentaram dor orofacial relataram uso de algum tipo de medicação quando comparados com pessoas que procuraram atendimento odontológico de rotina. Os autores afirmaram que os profissionais de saúde devem possuir amplo conhecimento em diversas disciplinas, incluindo medicina oral, dor orofacial e farmacologia, para que sejam capazes de ajudar esses pacientes, frente a seus relatos de dor.

2.9 Construção e validação de questionários

2.9.1 Questionários (Instrumentos de pesquisa)

Tradicionalmente utilizados em estudos de levantamento consistem em um valioso instrumento de coleta de dados para pesquisa e avaliações. Os questionários podem ser usados em uma ampla gama de configurações para coletar informações sobre as opiniões e comportamentos. Sua elaboração requer conhecimento técnico que inclui desde suas especificações até as diferentes maneiras de aplicação. Destaca-se com relação aos questionários para pesquisa a importância das características da população do estudo, forma de escrita e as diferentes maneiras de aplicação. As questões dos questionários precisam ser redigidas claramente, sem ambiguidades, buscando-se sempre a precisão de termos e forma. É preciso que a linguagem usada seja assimilada pelos respondentes, devendo ser simples e facilitando o entendimento de quem lê. Cada palavra em uma questão pode influenciar a validade e a reprodutibilidade das respostas. O objetivo é formular questões simples e específicas o quanto possível (ELLIOT, 2012; LEÃO; OLIVEIRA, 2005)

As perguntas tecnicamente elaboradas favorecem a obtenção de respostas mais precisas. Para isso o propósito do questionário precisa estar alinhado aos problemas e aos objetivos da pesquisa ou avaliação, às suas hipóteses ou questões avaliativas, à população-alvo, aos métodos selecionados para análise de dados (MARTIN-ARRIBAS 2004).

2. 9. 2 Geração de Itens

A geração de itens é uma etapa longa e importante do desenvolvimento de um questionário, que pode ser realizada através de uma ampla revisão de literatura e pela realização de métodos qualitativos de coleta de dados como grupos focais e entrevistas semiestruturadas. Estes são uma maneira útil de identificar problemas e pontos de vista de diversos assuntos. Por isso essas técnicas estão sendo cada vez mais usadas para identificar questões de importantes em etapas qualitativa de estudos sobre elaboração de questionários (LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

2. 9. 3 Definição do tipo de questionário a ser desenvolvido

Os questionários compostos por perguntas abertas são úteis para identificar uma gama de possíveis opiniões, o que não é possível com a utilização de perguntas fechadas. As questões abertas também possibilitam a oportunidade dos participantes manifestarem os seus próprios pontos de vista sobre um tópico. A principal desvantagem de perguntas abertas é que aplicação do instrumento leva mais tempo para ser concluído. Destaca-se ainda que neste tipo de avaliação é mais difícil para codificar as respostas análise. As perguntas fechadas apresentam maior praticidade de respostas, são mais fáceis de analisar, além disso, demandam menor tempo de aplicação do instrumento (ADAMS, 2004; Willians, 2003;).

2. 9. 4 Construção de escalas

Em geral quatro escalas básicas são utilizadas: nominal, ordinal, intervalar e de razão. Usualmente as duas primeiras são empregadas para medir variáveis qualitativas e as outras para variáveis numéricas. Uma boa opção para mensuração de variáveis qualitativas consiste no uso de escalas tipo ordinal. Dentre as medidas que empregam este tipo de escala, a escala tipo Likert é amplamente utilizada e caracteriza-se pelo uso de frases que refletem uma atitude sobre o tema de interesse. Essa medida contém até cinco opções de respostas e a categoria situada no meio corresponde ao ponto neutro da escala. Tal medida reconhece a oposição entre contrários, a direção do crescimento (gradiente) e o conceito de estado

intermediário como “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo”, “concordo totalmente” (LEÃO; OLIVEIRA, 2005)

A escala tipo Likert apresenta vantagens como: fácil elaboração e aplicação, é mais objetiva, é mais homogênea e aumenta a probabilidade de mensuração de atitudes unitárias. Além disso, a vantagem de um instrumento ser composto por questões fechadas consiste na facilidade de resposta e no processamento mais rápido, devido ao enquadramento das escolhas feitas pelos respondentes. Como desvantagens da escala tipo Likert, salienta-se que a mesma acaba por quantificar e padronizar respostas, o que impossibilita a detecção de nuances e sutilezas de atitudes, que por sua vez são percebidas nas entrevistas e questionários abertos. (ELLIOT, 2012; LEÃO; OLIVEIRA, 2005, SCOARIS, 2009).

Já com relação à ordenação das perguntas Ghiglione e Matalon (2001) e Willians (2003) sugerem que as questões devem ser agrupadas segundo os temas ou assuntos que se referem; devem garantir coerência entre a sequenciação dos temas e dos conteúdos abordados pelo instrumento; encadear as questões uma às outras, de maneira que não ocorram repetições ou perguntas improcedentes. No entanto, é necessária atenção para não criar sequências repetitivas de respostas, sendo recomendado alternar as perguntas de acordo com a disposição das opções de escala de Likert.

2. 9. 5 Métodos de aplicação de questionários

Os questionários comumente podem ser aplicados pelo entrevistador (administração indireta) ou serem empregados de forma auto-aplicável. Pela administração indireta, o pesquisador ou avaliador preenche o instrumento a partir das respostas que o participante do estudo fornece. Já na forma autoaplicável, o próprio respondente preenche o questionário e o devolve ao pesquisador ou avaliador.

Os questionários autoaplicáveis apresentam um caráter privativo que incrementa a validade das respostas. No entanto os participantes podem deixar de responder questões comprometendo os dados gerados no estudo. Já o método indireto (aplicação do instrumento realizada pelo pesquisador) pode assegurar as respostas de todos os itens, porém o tempo gasto para realização da pesquisa é maior. Além disso, a presença de um avaliador pode inibir o participante de dar

respostas adequadas e verdadeiras, comprometendo a validade do instrumento (WILLIANS, 2003).

2.9.6 Validação de questionários

Um questionário constitui um instrumento de mensuração e, como tal, precisa ser válido e confiável e ter capacidade de reprodutibilidade. A validação interna atribui qualidade ao instrumento de medição e este processo consiste na realização da análise fatorial, avaliação da confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento (LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

A análise fatorial é útil quando aplicada a escalas que consistem de uma grande quantidade de itens que medem comportamentos e atitudes, estilo e personalidade. A função da análise fatorial é reduzir uma grande quantidade de variáveis a um menor número de fatores. Estes resumem e explicam o conjunto de variáveis observadas no instrumento. Após esta análise perguntas que apresentam cargas baixas e que podem comprometer a validade do instrumento devem ser excluídas (HAIR, 2005). A precisão e confiabilidade/consistência interna de um instrumento são dadas pelo valor do alfa de Cronbach que varia de 0 a 1, indicando ausência de consistência interna dos itens e consistência de 100%. Assim, o coeficiente de confiabilidade será melhor quanto mais se aproximar de 1. Este é calculado pela análise do comportamento de cada item calculando-se os coeficientes de correlação item-total e item-total corrigido. Obtém-se o coeficiente de correlação do item individual com a pontuação total da escala (ADAMS 2004; LEÃO, OLIVEIRA, 2005; SCOARIS et al, 2009).

Para verificar a reprodutibilidade deve-se constatar se o instrumento é capaz de produzir consistentemente resultados semelhantes ao ser aplicado a um mesmo indivíduo em diferentes instantes de tempo, ou por diferentes entrevistadores, sem que tenha havido mudança real para o entrevistado. Uma das maneiras de se avaliar a reprodutibilidade é o método do teste-reteste, através do coeficiente de Kappa. (LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

2. 9. 7 Utilização de questionários em pesquisa

O pesquisador que utilizar questionários para pesquisa deve ter certeza de que os mesmos avaliam realmente aquilo que se propõe a acessar (validade) e que fornece medidas constantes (confiáveis), ao longo do tempo e sob diferentes circunstâncias. O processo de elaboração de um questionário válido e confiável é bastante complexo e, em função disso, é recomendável que antes de elaborar um novo instrumento, todo pesquisador proceda a uma busca exhaustiva da literatura científica com objetivo de tentar identificar medidas pré-existentes que correspondam as suas necessidades (LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir e validar um questionário para avaliar a prática de automedicação realizada por pacientes com diagnóstico de desordem temporomandibular.

3.2 Objetivos específicos

- Classificar com base no escore bruto dos pontos feitos no questionário a prática de automedicação de acordo com a sua intensidade, discriminando-a em 3 estratos: leve, moderado, severo.

- Avaliar a associação da intensidade da prática de automedicação com as variáveis avaliadas no presente estudo: diagnóstico de DTM, sexo, idade, tempo de dor, escolaridade e renda.

4 MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob parecer 202/771 (2013) (ANEXO A) e realizado no Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares- SERVIÇO ATM- da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. O mesmo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira uma fase qualitativa para a construção de um instrumento para avaliar a prática de automedicação em pacientes portadores de DTM e a outra quantitativa (transversal), para validação do mesmo.

4. 1 Revisão de literatura

A primeira etapa para construção do instrumento foi a fase qualitativa. Primeiramente foi realizada uma ampla revisão da literatura sobre os temas envolvidos no estudo. Os trabalhos citados foram selecionados através de pesquisa bibliográfica de textos indexados nas seguintes bases de dados:

- Pubmed
- SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*)
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS)
- Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO)
- Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane (COCHRANE)

Também foi realizada pesquisa bibliográfica em fontes não indexadas, como livros, dissertações e teses.

Os unitermos utilizados nesta pesquisa, isoladamente e/ou combinados entre si, estão listados abaixo:

- Articulação temporomandibular- Temporomandibular Joint
- Automedicação- Self-medication
- Desordens temporomandibulares- Temporomandibular Disorders

- Desordens da articulação temporomandibular- temporomandibular joint disorders
- Desordens articulares- Joint Disorders
- Diagnóstico- Diagnosis
- Disfunção temporomandibular- Temporomandibular Dysfunction
- Pacientes- Patients
- Questionários- Questionnaire
- Sinais- Signs
- Sintomas- Symptoms
- Validação- Validation

4. 2- Entrevistas semiestruturadas

Após a revisão de literatura, o pesquisador principal do estudo elaborou um roteiro simplificado de perguntas, em um modelo de entrevistas semiestruturadas (MANZINI, 2012) que foram realizadas pelo mesmo, com objetivo de avaliarem a opinião, o relato e as experiências de pacientes com DTM sobre a prática da automedicação. Os termos utilizados foram os mais claros e objetivos possíveis para que pudessem ser compreendidos por pacientes com os mais variados graus de instrução (Elliot, 2012). Foram entrevistados 10 pacientes com diagnóstico de DTM estes assinaram o termo de consentimento concordando com a participação no estudo (APÊNDICE A).

Para seleção dos pacientes com diagnósticos referentes às desordens temporomandibulares foi utilizado o RDC/TMD (DWORKIN,1992) (ANEXO B), questionário desenvolvido para classificar e diagnosticar indivíduos em estudos de epidemiologia e tratamento das DTM. Este é dividido em dois eixos. O Eixo 1 é um conjunto mensurável e passível de reprodução de critérios clínicos para as formas mais comuns de DTM e consiste na avaliação física do paciente. É subdividido em três grupos: desordens musculares, deslocamento do disco com ou sem redução e um terceiro grupo compreendendo artralgia, artrite e artrose das ATM.

Grupo I. Desordens Musculares

- a. Dor miofascial.
- b. Dor miofascial com abertura limitada

Grupo II. Deslocamentos do disco

- a. Deslocamento do disco com redução.
- b. Deslocamento do disco sem redução, com abertura limitada
- c. Deslocamento do disco sem redução, sem abertura limitada

Grupo III. Artralgia, Artrite, Artrose

- a. Artralgia.
- b. Osteoartrite da ATM.
- c. Osteoartrose da ATM.

O Eixo 2 é um conjunto de critérios que classifica o comportamento psicológico e psicossocial do paciente, sendo classificado de acordo com os seguintes aspectos:

- **Graduação da gravidade da dor crônica**
- **Graduação dos níveis de sintomas depressivos**
- **Graduação dos sintomas físicos não específicos incluindo ou não dor**

As seguintes perguntas fizeram parte do roteiro de entrevista semiestruturada:

- 1) Você já tomou remédio por conta própria para a dor e/ou desconforto que sente na face (rosto)?
- 2) Qual dor você sente na face (rosto) que faz com que tome remédio por conta própria?
- 3) Qual (is) remédio (s) você tomou por conta própria para a dor que sente na face (rosto)?
- 4) Com que frequência você toma remédio por conta própria para a dor que sente na face (rosto)?
- 5) A sua dor na face (rosto) melhora quando você utiliza remédio por conta própria?
- 6) Qual sua opinião com relação à prática de automedicação?

Dessa forma, a partir das respostas obtidas, os dados foram analisados, para posteriormente auxiliarem na elaboração de itens para o questionário.

4. 3- Grupo Focal

O grupo focal é uma técnica de metodologia qualitativa que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos por meio da interação entre participantes e pesquisador. Como técnica de pesquisa qualitativa o grupo focal obtém dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo. É realizado com objetivo de focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções ou desenvolver hipóteses para estudos complementares. No presente estudo, este grupo foi formado por 5 especialistas em DTM/Dor Orofacial e além desses, um participante denominado moderador, teve o papel de conduzir a dinâmica. O moderador é quem faz diversas perguntas abertas sobre o tema para guiar a discussão e tem a função de proporcionar uma atmosfera favorável a mesma. É responsável por controlar o tempo e estimular que todos falem, evitando a monopolização da discussão por um dos participantes e encorajando os mais reticentes. Para a obtenção de dados fidedignos, o pesquisador não deve interferir no discurso, portanto ele apenas assistiu à dinâmica (IEVORLINO; PELICIONI, 2001). Os participantes assinaram um termo de consentimento concordando com a participação no estudo (APÊNDICE B).

No grupo focal, foram abordados tópicos associados à automedicação a partir das seguintes dimensões:

Quadro 1: Tópicos discutidos no grupo focal

DTM/Dor orofacial	Medicamentos/ Tipo de medicamentos	Opinião/atitude com relação à automedicação	Atendimento/tratamento das DTM
Situações clínicas das DTM que podem desencadear automedicação	Medicamentos utilizados por pacientes com DTM	Percepção/opinião do paciente com DTM com relação à automedicação	Conhecimento da especialidade DTM/Dor Orofacial pelos profissionais de saúde
Histórico relatado pelos pacientes com DTM que se automedicam	Melhora dos sintomas com uso dos medicamentos	Conhecimento sobre as DTM (características, diagnósticos)	Conhecimento da especialidade DTM/Dor orofacial pelos pacientes
Diferença das DTM muscular/articular com relação à automedicação	Efeitos/Forma de uso dos medicamentos (dosagem, frequência)	Confiança na automedicação/ confiança no conhecimento da situação/ medicamento	Tratamento feito por outros profissionais
Relação da automedicação com casos agudos ou crônicos das DTM	Efeitos colaterais	Influência da mídia na automedicação	Relação da automedicação com o acesso ao profissional (público e particular)

A dinâmica foi registrada através da gravação de áudio e vídeo, uma vez que estes recursos podem permitir a ampliação do poder de registro ao captar um conjunto amplo de elementos de comunicação como pausas de reflexão, dúvidas, entonação de voz, expressão de crítica, entusiasmo e surpresa que auxiliarão na compreensão da discussão (SCHRAIBER, 1995).

Posteriormente as falas foram transcritas pelos pesquisadores do estudo de forma integral e literal, com o objetivo de manter a maior fidelidade possível das expressões, termos e conteúdo expressados pelos participantes. Foi feita então a análise do conteúdo das gravações, através de áudio e vídeo para que se pudesse avaliar a opinião dos participantes do estudo, sobre a automedicação praticada por pacientes com diagnóstico de desordem temporomandibular.

4.4- Geração de itens para o instrumento

Após a realização da revisão de literatura, entrevistas semiestruturadas com pacientes diagnosticados com DTM e do grupo focal com especialistas em DTM, o material gerado por todas as etapas foi criteriosamente lido e avaliado para que se iniciasse a construção de itens para compor o instrumento. Foi elaborada então a primeira versão do questionário.

4.4.1- 1ª versão do instrumento

Para realização do objetivo proposto, buscou-se primeiramente que o instrumento apresentasse algumas características fundamentais como: ser simples, compreensível, reproduzível, ter baixo custo e ser coerente tanto para os participantes quanto para os pesquisadores (LEÃO; OLIVEIRA; 2005).

As perguntas do questionário foram desenvolvidas com base em escala de Likert, com cinco opções de resposta e a categoria situada na posição do meio correspondente ao ponto neutro da escala. Esta escala é caracterizada pelo uso de frases que refletem uma atitude sobre o tema de interesse, apresentando simplicidade de construção e uma amplitude de possibilidade de respostas que proporciona informações mais precisas da opinião do respondente em relação a cada informação (Scoaris, 2009).

A 1ª versão do instrumento (APÊNDICE E) apresentava 62 questões, ordenadas de acordo com as seguintes dimensões: DTM/Dor orofacial, tipo de medicamentos, opinião/attitudes com relação à automedicação, atendimento/tratamento das DTM.

4.5 Validação do instrumento

4.5.1- Validação de face

Após a elaboração da 1ª versão do instrumento, foi iniciada a fase quantitativa do estudo, na qual foi realizada a primeira validação do instrumento, caracterizada como validação de conteúdo ou de face. Esta tem por objetivo identificar se os itens

selecionados para medir um determinado fenômeno estão realmente medindo, além de discutir se o significado e a relevância de cada item foram suficientemente evidenciados (CAMPOS; CARRASCOSA; MAROCO, 2012; GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006; LEÃO; OLIVEIRA, 2005). A primeira versão do questionário foi então apresentada a um comitê de experts, formado por três especialistas em DTM/Dor Orofacial, selecionados a partir da experiência de, no mínimo, 5 anos na área das Desordens temporomandibulares. Este comitê realizou a análise de cada item selecionado para compor o instrumento, com intuito de se obter concordância e consenso, possíveis sugestões de alterações nas propriedades do questionário, com o consequente aperfeiçoamento do estudo. Este processo avaliou então, a aplicabilidade e se o instrumento realmente está envolvendo todos os aspectos a serem estudados. Essa validação não é determinada estatisticamente e não é expressa por nenhum coeficiente de correlação (LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

Após a avaliação do comitê de especialistas, alguns itens foram excluídos e outros criados, assim como a ordem dos mesmos foi alterada, para facilitar a leitura do pesquisador, porém sem permitir repostas semelhantes devido à sequência de perguntas muito parecidas. A versão para pré-teste resultou em um instrumento com 48 itens.

4.5.2- Pré-teste

Após a elaboração da 2ª versão do instrumento (APÊNDICE F), o mesmo foi pré-testado em um grupo de 10 pacientes de ambos os sexos, com idade acima dos 18 anos, com diagnóstico de DTM de acordo com RDC/TMD (1992) (ANEXO B), para que se verificasse o grau de compreensão dos pacientes com relação às perguntas. Os pacientes assinaram o termo de consentimento antes dos dados serem coletados (APÊNDICE C). O pré-teste, então, foi conduzido com objetivo de esclarecer, refinar e medir a duração da aplicação do instrumento. As questões que apresentassem um índice de incompreensão maior ou igual a 20% deveriam ser reavaliadas, para resultar em uma versão final do instrumento (LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

A versão para pré-teste apresentava 48 perguntas, e apesar de nenhuma das questões apresentar um grau de incompreensão maior que 20%, 7 questões foram excluídas, por serem consideradas repetitivas e com pouca diferença do poder

explicativo, quando comparadas a outras perguntas, após avaliação inicial dos dados. Pequenas dúvidas de interpretação nessa fase foram solucionadas e as perguntas foram adaptadas e/ou reescritas para que não gerassem mais questionamentos. A versão para aplicação e posterior validação apresentava 41 perguntas (APÊNDICE G).

4.5.3- Aplicação do instrumento na população do estudo

Para aplicação e posterior validação do instrumento para avaliar a prática de automedicação em pacientes com DTM, foi feito um cálculo amostral prévio com base nas seguintes questões: frequência de indivíduos com necessidade de tratamento para DTM na população (6-8%) (Al-Jundi et al, 2008; Mc Milan et al, 2006), frequência de pacientes novos (72) atendidos por semestre no local (SERVIÇO ATM- da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora) onde foi feita a pesquisa e prevalência de automedicação em pacientes com DTM (75%), verificada em um estudo prévio (Dias et al, 2012). O cálculo foi feito com intervalo de confiança de 95%, considerando erro amostral de 5%, sendo estimada uma população de 110 pessoas para desenvolvimento do método proposto.

Além de ter no mínimo um diagnóstico de DTM de acordo com RDC/TMD (ANEXO B), como critério de inclusão, para participar do estudo, os pacientes deveriam ter tido pelo menos uma experiência de automedicação em virtude de dores/desconforto ou incapacidade funcional associada ao seu diagnóstico. Todos os pacientes consentiram a participação no estudo (APÊNDICE D). Foram adotados como critério de exclusão pacientes que não se dispuseram a responder o questionário.

O exame clínico baseado nos critérios do Eixo I RDC/TMD (DWORKIN,1992) (Anexo B) foi realizado por apenas um examinador, devidamente treinado e calibrado.

Após o exame clínico e preenchimento dos critérios de inclusão o instrumento era aplicado na população alvo. Tendo assegurado que o participante tinha compreendido as instruções, o pesquisador informava que se afastaria durante o preenchimento e que retornaria ao término do mesmo. No final, o pesquisador folheava o questionário visando identificar a existência de itens em branco e nesse caso, entregava o questionário para que o próprio paciente o assinalasse no campo específico.

4.5.4 Compilação dos dados para validação do questionário

Os 110 pacientes responderam então ao questionário com 41 perguntas e as respostas foram tabuladas da seguinte forma: a pontuação máxima era sempre dada para resposta mais favorável a automedicação, sendo 5 pontos para esta e 1 ponto para o outro extremo da escala, de respostas menos favorável a automedicação. As pontuações 2 e 4 eram para as repostas intermediárias e 3 para o ponto neutro.

A validação do instrumento foi feita através da análise fatorial e avaliação da reprodutibilidade e confiabilidade, de acordo com a tabulação das respostas de todos os pacientes.

4.5.5 Análise fatorial

A etapa inicial da análise fatorial exploratória é verificar a correlação entre as variáveis (itens do questionário) por meio do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), e esfericidade pelo teste de Bartlett's, os quais possibilitam verificar a adequação dos dados à aplicação da análise fatorial.

O coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indica a proporção de variância que tem em comum os itens analisados e é tanto mais desejável quanto mais se aproximar da unidade, o que indicaria uma perfeita adequação dos dados ao modelo de análise fatorial. Nos casos em que o valor da medida de adequação esteja reduzido (valores abaixo de 0,6 são considerados medíocres) contra-indica-se a análise fatorial com os dados pretendidos. Já o teste de esfericidade de Bartlett mede o nível de significância da análise (DANCEY, 2005).

O propósito da análise fatorial é reduzir uma grande quantidade de variáveis (itens) em um número menor de fatores, reagrupando-as de acordo com o conteúdo e carga (HAIR et al, 2005; Scoaris, 2009). Dessa forma pode-se condensar e resumir as informações contidas em diversas variáveis originais em um número menor de fatores. Estes resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas, atingindo-se dois objetivos: a identificação da estrutura por meio de resumo de dados e a redução de dados (HAIR, et al, 2005; HAIR et al, 2009).

A redução a um número menor de variáveis maximiza o poder de explicação do conjunto de todas as variáveis e possibilita identificar subgrupos de questões que avaliam uma mesma habilidade ou capacidade cognitiva. As técnicas de análise fatorial

exploratória e confirmatória proporcionam evidências de validade para questionários comumente usados para diversos fins, sejam eles de respostas dicotômicas ou ainda escalas tipo Likert (PASQUALI, 2009)

As variáveis mais significantes do instrumento podem ser identificadas por meio da análise dos componentes principais, que considera a variância total dos dados e procura uma combinação linear entre as variáveis, a fim de que o máximo de variância seja explicado por essa combinação (DIAS FILHO, CORRAR e PAULO, 2007, SINGH, MALIK e SINHA, 2005). A literatura aponta alguns métodos que podem auxiliar na realização da análise dos componentes principais, como a regra do autovalor ou *eigenvalue* (critério de Kaiser). Esta sugere que devem ser extraídos apenas os fatores com valor autovalor ou *eigenvalue* acima de um. Os *eigenvalues* representam a variabilidade de cada componente e o percentual de variância explicada através de cada um. Em outras palavras, representam o quanto da variância é explicada pelo fator. Se o fator apresenta baixo *eigenvalue*, ele está contribuindo pouco para explicar a variância nas variáveis originais e pode ser considerado redundante em relação a fatores mais importantes (GARSON, 2009).

Com base no gráfico *scree plot* (para avaliação dos *eigenvalues*) considerando os *eigenvalues* acima de 1, decidiu-se pela extração de dois fatores pelo método dos fatores principais (*principal axis factoring*), rotação ortogonal *varimax*. Apenas itens com carga fatorial superior a 0,33 (positiva ou negativa) foram incluídos nos fatores (PASQUALI, 2009).

4.5.6 Confiabilidade/Reprodutibilidade do instrumento

Para análise da confiabilidade e fidedignidade do instrumento, foram feitas duas análises estatísticas. A primeira foi análise da reprodutibilidade feita através da aplicação do questionário em 10% da amostra (11 pacientes), duas vezes, com intervalo de 15 dias entre cada aplicação.

Para verificar a reprodutibilidade deve-se constatar se o instrumento é capaz de produzir consistentemente resultados semelhantes ao ser aplicado a um mesmo indivíduo em diferentes instantes de tempo, ou por diferentes entrevistadores, sem que tenha havido mudança real para o entrevistado. Como o instrumento desenvolvido é um questionário, uma das maneiras de avaliar sua reprodutibilidade é o método do teste-reteste, avaliado através do coeficiente de Kappa.

O instrumento foi respondido duas vezes, com intervalo de duas semanas entre cada aplicação, por um grupo de 11 pacientes (10% da amostra). Durante o período entre a primeira e a segunda avaliação, os pacientes não puderam receber nenhuma intervenção terapêutica. Os dois momentos foram comparados, sendo estimada a concordância entre eles através do coeficiente Kappa ponderado. Este fornece a concordância entre as observações efetuadas nas duas ocasiões, depurada da concordância que seria atribuída ao acaso. Quando a concordância é perfeita, o valor de Kappa é igual a 1 e quando a concordância não é melhor que aquela obtida ao acaso, o valor de Kappa é igual a 0 (GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006; LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

A segunda análise se constitui da avaliação do coeficiente de alfa de Cronbach. O coeficiente alfa foi descrito em 1951 por Lee J. Cronbach (CRONBACH, 1951) e é um índice utilizado para avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados (CORTINA, 1993; STREINER, 2003). A precisão e confiabilidade interna de um instrumento é dada pelo valor do alfa de Cronbach e, de acordo com Pasquali (2003) o coeficiente alfa varia de 0 a 1, indicando ausência de consistência interna dos itens e consistência de 100%". Assim, o coeficiente de confiabilidade/fidedignidade será melhor quanto mais se aproximar de 1. Caso a correlação interna entre os itens seja alta significa que o instrumento mede o que se propôs a medir, mostrando que apresenta confiabilidade e fidedignidade.

O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70 e abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Usualmente são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003).

A aplicação do instrumento na amostra permitiu que as duas análises, a análise fatorial e a de confiabilidade/fidedignidade fossem executadas, realocando os itens de forma diferente da original ou descartando os que se mostrassem estatisticamente não representativos e modificando, conseqüentemente, o número de itens do instrumento. Dessa forma concluiu-se as etapas referentes ao processo de validação do questionário, gerando sua versão final (APÊNDICE H).

4.6 Construção de escores para o questionário

Com objetivo final de classificar a prática de automedicação realizada pelos pacientes de acordo com o grau/intensidade, foi proposta uma classificação baseada em clusters construídos a partir de k médias (KAUFMAN, 1989) que permitiram discriminar 3 grupos distintos quanto a exposição da automedicação: leve, moderado, severo, com base no escore bruto dos pontos feitos no questionário.

Inicialmente os escores foram gerados pela análise dos componentes principais, porém pelo o fato desse método se basear na carga das perguntas, resultados que dificultam a praticidade da análise dos dados.

Após essa etapa foi feita ainda uma análise através do teste ANOVA, para verificar se a pontuação gerada pelo escore bruto de automedicação seria capaz de discriminar os diagnósticos de DTM, avaliados no estudo, de acordo com o RDC (ANEXO B).

4.7 Análise por modelos de classes latentes

As respostas a um questionário podem ser consideradas variáveis observadas (ou manifestas). Contudo há medidas não diretamente observadas (variáveis latentes) divididas em n categorias, que são derivadas de variáveis observáveis (variáveis concomitantes ou covariáveis) (sexo, idade, escolaridade, renda) (Pasquali, 2009).

No presente estudo, em caráter exploratório, foi feita análise de classes latentes fundamentada nas variáveis de maior carga do Fator 1 (domínio sobre sintomas) a partir das covariáveis sexo, idade, escolaridade e renda.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão referentes a tese encontram-se nos seguintes artigos científicos:

Artigo Científico 1: Percepção e opinião de especialistas em DTM/Dor Orofacial sobre a prática de automedicação realizada por pacientes com desordens temporomandibulares.

Artigo Científico 2: Construção e validação de questionário para avaliação da prática de automedicação realizada por pacientes com desordens temporomandibulares.

Artigo científico 3: Avaliação do uso de medicamentos sem prescrição por pacientes com desordens temporomandibulares: um estudo utilizando o Questionário sobre a prática de automedicação associada às desordens temporomandibulares (QAM/DTM).¹

***O Artigo Científico 4 refere-se a publicação de um estudo piloto associado ao tema da tese, encontrando-se no ANEXO D.**

¹Os artigos científicos citados nesta página (Artigo Científico 1, Artigo Científico 2, Artigo Científico 3) ainda não se encontram publicados em periódicos e serão formatados de acordo com as normas das revistas científicas as quais serão submetidos para possível publicação.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A automedicação é um assunto de extrema importância na área da saúde e nas DTM apresenta impactos consideráveis como: mascaramento dos sintomas, agravamentos dos quadros agudos, cronificação da doença, diminuição do limiar de dor do paciente, dependência pela medicação e efeitos colaterais. Apesar de, clinicamente, a automedicação ser frequentemente vista na área das desordens temporomandibulares, a literatura apresenta poucas informações sobre a prática. As características associadas ao consumo excessivo de medicamentos por pacientes com DTM, são descritas de forma breve em estudos não específicos do tema. Estas questões justificaram o objetivo do presente estudo, a fim de que, uma lacuna na literatura pudesse ser preenchida, através da construção e validação do QAM/DTM.

Realizou-se a construção do questionário com auxílio da revisão de literatura, entrevistas semiestruturadas com pacientes com DTM e grupo focal com especialistas em DTM/Dor orofacial. Dessa forma foi feita uma ampla avaliação sobre o tema estudado, contemplando importantes aspectos científicos e clínicos no instrumento.

Após análise fatorial pelo método dos componentes principais foi feito o refinamento do instrumento através da eliminação de perguntas com cargas baixas ($<0,30$) que poderiam comprometer a validade do constructo. A versão final do questionário resultou em uma estrutura bifatorial (sintomas de DTM associados à automedicação e opinião dos pacientes sobre a automedicação) composta por 34 perguntas. A análise da consistência interna e estabilidade temporal resultaram em valores altos dos coeficientes confiabilidade (Alfa de Cronbach) e reprodutibilidade (Kappa), 0,844 e 0,810 respectivamente. A partir da validação do questionário com objetivo de quantificar a intensidade da prática de automedicação, foi proposta com base na pontuação bruta das respostas, uma classificação que permitiu discriminar 3 grupos distintos quanto a exposição da automedicação: leve (34-81 pontos), moderado (82-103 pontos), severo (104-170 pontos).

O propósito principal deste trabalho foi atingido, uma vez que os resultados mostraram que o questionário apresenta propriedades satisfatórias para avaliar ao que se propõe como: validade e confiabilidade e capacidade de reprodutibilidade.

Considera-se como maior dificuldade do estudo a escassez de trabalhos que avaliassem a automedicação praticada por pacientes com desordens

temporomandibulares. Apesar disso, ao mesmo tempo, a grande vantagem e implicação clínica é o caráter inédito da pesquisa, propondo uma maior discussão do tema estudado, através da utilização do questionário em estudos futuros.

Espera-se através do QAM/DTM esclarecer importantes questões associadas à prática de automedicação em DTM, contribuindo assim para aprimorar o conhecimento e conscientização dos profissionais e pesquisadores. Dessa forma, busca-se uma melhora na abordagem e orientação aos pacientes com DTM que consomem medicamentos frequentemente e de forma excessiva.

10 REFERÊNCIAS

- ADAMS, L. L; GATCHEL, R. J; ROBISON, R. C; POLATIN, P; GAJRAJ, N. DESCHNER; et al. Development of a self-report screening instrument for assessing potential opioid medication misuse in chronic patients pain. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 27, n.5, p. 440–459, 2003.
- AKHTER, R. et al. Development of temporomandibular disorder symptoms: a 3-year cohort study of university students. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 38, n. 6, p. 395- 403, jun. 2011.
- ALENCAR, F. P. G. **Oclusão, Dores Orofaciais e Cefaléias**, São Paulo: Santos, 2005.
- AL-JUNDI, M.A; JOHN, M.T; SETZ, J.M; SZENTPÉTERY, A; KUSS, O. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. **Journal Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 22, n. 2, p. 97-107, 2008.
- ALVAREZ, D. J.; ROCKWELL, P. G. Trigger points: diagnosis and management. **American Family Physician**, Kansas, v. 15, n. 6, p. 653-660, fev. 2002.
- AQUINO, D. S.; BARROS, J. A. C.; SILVA, M. D. P. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, ago. 2010.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-76, fev. 1997.
- BARROS, V. M. et al. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorder. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 23, n. 1, p. 28-37, 2009.
- BARROS E SÁ, M.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n.1, p. 75-85, 2007.
- BENOLIEL, R. et al. Painful temporomandibular disorders and headaches in 359 dental and medical students. **Quintessence International**, Paris, v. 42, n. 1, p. 73-78, jan. 2011.
- BOVE, S. R. K.; GUIMARÃES, A. S.; SMITH, R. L. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 686-691, set./ dez. 2005.

CAMPOS, J. A. D. B.; CARRASCOSA, A. C.; MAROCO, J. Validity and reliability of the Portuguese version of Mandibular Function Impairment Questionnaire. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, p. 1-7, jan. 2012

CAHLIN B, J.; SAMUELSSON, N.; DAHLSTRÖM, L. Utilization of pharmaceuticals among patients with temporomandibular disorders: A controlled study. **Acta Odontologica Scandinavica**, Oslo, v. 64, n. 3, p.187-192, jun. 2006.

CARLSSON, G. E. et al. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. **Journal Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 13, n. 4, p. 232-237, 1999.

CARLSON, C. R. et al. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 15, n.1, p. 47-55, 2001.

CARLSSON, G. E.; MAGNUSSON, T.; GUIMARÃES, A. S. **Tratamento das Disfunções Temporomandibulares na Clínica Odontológica**. São Paulo: Quintessence, 2006.

CESTARI, K.; CAMPARIS, C. M. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, Curitiba, v.2, n.5, p. 54-60, jan./mar. 2002.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Automedicação entre Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.32, n.3, p.59-64, jul./sep. 2006.

CHENG, P. et al. Effects of estradiol on proliferation and metabolism of rabbit mandibular condylar cartilage cells in vitro. **Chinese Medical Journal**, Peking, v. 116, n. 9, p. 1413-1417, set. 2003.

CONTI, P. C. R. et al. Orofacial pain: basic mechanisms and implication for successful management. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 1, n. 1, p. 1-7, mar. 2003.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, New York, v. 78, p. 98-104, 1993.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**, 1951.

DAL PIZZOL, T. S. et al. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 109-115, jan. 2006.

DANCEY C.P, REIDY J. **Statistics without maths for Psychology: using SPSS for Windows**. 3rd ed. London: Prentice Hall, 2005.

DE BOEVER, J. A; CARLSSON, G. E. Etiologia e diagnóstico diferencial. In: Zarb, G. A, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND, editores. **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. São Paulo: Santos, p. 171-187, 2000.

DE KANTER, R. J. et al. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 72, n.11, p. 1509- 1518, nov.1993.

DE LEEUW, R.; KLASSER, G. D.; ALBUQUERQUE, R. J. C. Are female subjects with orofacial pain medically compromised? **Journal of American Dental Association**, Chicago, v. 136, n. 4, p. 459-468, abr. 2005.

DE LEEUW, R. **Orofacial pain: Guidelines for Assessment, Diagnoses and Management**. Hanover Park, IL: Quintessence, 2008.

DIONNE, R. A.; GORDON, S. M. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs for Acute Pain Control. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 38, n. 4, p. 645-667, out. 1994.

DIAS, I. M; GUEDES, L. A; CORDEIRO P. C. F. et al. Self-medication in patients with temporomandibular disorders. **Brazilian Dental Science**, São José dos Campos, v.17, n.4, p. 82-89, 2014.

DIAS FILHO, J.M, CORRAR, L. J, PAULO, E. **Análise multivariada**. São Paulo: Atlas, 2007.

DOMINGUES, P.H.F, GALVÃO, T.F, ANDRADE, K. R. C. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a sistematic review. **Revista Saúde Pública**, v. 49, p. 36, p. 1-8, 2015.

DRANGSHOLT, M. T.; LE RESCHE, L. Temporomandibular disorder pain. In: Crombie IK, editor. **Epidemiology of pain**. Seattle: IASP Press, p. 203-233, 1999.

DWORKIN, S. F.; LE RESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **Journal Craniomandibular Disorders**, Lombar, v. 6, n. 4, p. 301-355, 1992.

DWORKIN, S. F.; MASSOTH, D. L. Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? **Journal Prosthetic Dentistry**, ST Louis, v. 72, n. 1, p. 29-38, jul.1994.

DWORKIN, S. F. Personal and societal impact of orofacial pain. In: Friction JR, Dubner RB, editors. **Orofacial pain and temporomandibular disorders**. New York: Raven Press, p. 15-32, 1995.

DWORKIN, S. F. Psychological and psychosocial assessment. In: **Temporomandibular disorders: an evidence-based approach to diagnosis and treatment**. Edited by: Laskin DM, Greene CS, Hylander WL. Chicago: Quintessence, p. 203-228, 2006

EGGER, H. L. et al. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v. 38, n.7, p. 38:852-860, jul. 1999.

ELLIOT, L. G. **Instrumentos de Avaliação e Pesquisa: caminhos para construção e validação**. Rio de Janeiro: Wak; 2012.

EMSHOFF, R. et al. Temporomandibular joint internal derangement type III: relationship to magnetic resonance imaging findings of internal derangement and osteoarthritis. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v. 30, n. 5, p. 390-396, out. 2001.

EPKER, J.; GATCHEL, R. J.; ELLIS, III E. A model for predicting chronic TMD: a practical application in clinical settings. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 130, n. 10, p.1470-1475, out.1999.

FERRANDO, M. et al. Psychological variables and temporomandibular disorders: distress, coping, and personality. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 98, n. 2, p.153-160, ago. 2004.

FERRAZ, S. T. et al. Comportamento de uma amostra da população urbana de Juiz de Fora - MG perante a automedicação. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 3, p. 185-190, jul./ set. 2008

FERREIRA, K. D. M. et al. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares –revisão de literatura. **RFO**, v. 14, n. 3, p. 262-267, set./ dez. 2009

FIGUEIREDO, V. M. G. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 31, n. 2, p. 159-163, jul./dez. 2009.

GAROFALO, J. et al. Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research diagnostic criteria. **Journal American Dental Association**, Chicago, v. 129, n. 4, p. 438-45, abr. 1998.

GARSON, G. D. **Statnotes: Topics in Multivariate Analysis**. [Online] Disponível em: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm>> Acesso em: [Fev/2015].

GATCHEL, R. J. et al. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. **Journal American Dental Association**, Chicago, v. 127, n. 9, p. 1365-1374, set. 1996.

GATCHEL, R. J, et al. Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder – related pain: a one-year outcome study. **Journal American Dental Association**, Chicago, v. 137, n. 3, p. 339-347, mar. 2006.

GERDLE, B. et al. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 31, n. 7, p. 1399–1406, jul. 2004.

GHIGLIONE R, MATALON B. **O inquérito: teoria e prática**. Oeiras: Celta, 2001.

GLAROS, A. G. Emotional factors in temporomandibular joint disorders. **Journal Indiana Dental Association**, Indianapolis, v. 79, n. 4, p. 20- 23, 2000.

GÓES, P. S. A.; FERNANDES, L. M. A.; LUCENA, L. B. S. Validação de Instrumentos de Coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA. **Fundamentos de Odontologia – Epidemiologia da saúde bucal**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, p. 390-397, 2006.

GONÇALVES, D. A. G. et al. Symptoms of Temporomandibular Disorders in the Population: an Epidemiological Study. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 24, n. 3, p. 270-278, 2010.

GREENE, C. S. The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 15, n. 2, p. 93-105, 2001.

HALLIWELL, B.; GUTTERIDGE, J. M. The definition and measurement of antioxidants in biological systems. **Free Radical Biology Medicine**, New York, v. 18, n. 1, p. 125-126, jan. 1995.

HAN, S. C.; HARRISON, P. Myofascial pain syndrome and trigger-point management. **Regional Anesthesia**, New York, v. 22, n. 1, p. 89-101, jan./fev.1997.

HAIR JR J. F. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR JR J. F.; BLACK W. C.; BABIN B.J.; ANDERSON, ROLPE.; TATHAM R. L. **Análise multivariada de dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HERSH, V. E.; BALASUBRANANIAM, R.; PINTO, A. Pharmacologic management of temporomandibular disorders. **Oral Maxillofacial Surgery Clinic of North America**, Philadelphia, v. 20, n. 2, p. 197-210, mai.2008.

HIRATA, F. H. et al. Evaluation of TMJ articular eminence morphology and disc patterns in patients with disc displacement in MRI. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 265-71, jul./set. 2007.

HIRSCH, C. et al. Pain-related impairment and health care utilization in children and adolescents: a comparison of orofacial pain with abdominal pain, back pain, and headache. **Quintessence Internacional**, Paris, v. 37, n. 5, p. 381-390, maio. 2006.

HOFFMANN, R. G. et al. Temporomandibular Disorders and Associated Clinical Comorbidities. **Clinical Journal of Pain**, Philadelphia, v. 27, n. 3, p. 268-174, mar./abr. 2011.

HONDA, K; NATSUMI, Y; URADE, M. Correlation between MRI evidence of degenerative condylar surface changes, induction of articular disc displacement and pathological joint sounds in the temporomandibular joint. **Gerodontology**, Mount Desert ME, v. 25, n. 4, p. 251-257, dez. 2008.

HUANG, G. J. et al. Risk Factors for Diagnostic Subgroups of Painful Temporomandibular Disorders (TMD). **Journal of Dental Research**, Washington, v. 81, n. 4, p. 283-288, abr. 2002.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A Utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

ISBERG, A. **Disfunção da Articulação temporomandibular, Um Guia para o Clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

JEDEL, E.; CARLSSON, J.; STENER-VICTORIN, E. Health-related quality of life in child patients with temporomandibular disorder pain. **European Journal of Pain**, Londres, v. 11, n. 5, p. 557–563, jul. 2007.

KAVUNCU, V. et al. The role of systemic hypermobility and condylar hypermobility in temporomandibular joint dysfunction syndrome. **Rheumatology International**, Berlin, v. 26, n. 3, p. 257-60, jan. 2006.

KLASSER, G. D.; de Leew, R. Medication use in a female orofacial pain population. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 103. n. 4, p. 487-496, abr. 2007.

KAUFMAN, L.; ROUSSEUW P. J. Finding Groups in Data - An Introduction to Cluster Analyses, Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics, John Wiley and Sons, 1989.

LE RESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorder: implications for the investigation of etiologic factors. **Critical Reviews in Oral Biology and Medicine**, Boca Raton, v. 8, n. 3, p. 291-305, 1997.

LEÃO, A. T.; OLIVEIRA, B. H. Questionários na pesquisa odontológica. In Luiz RR Costa, AJL, Nadanovsky P. **Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica**. São Paulo: Atheneu, 273-290, 2005.

LIST, T.; AXELSSON, S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 37, n. 6, p. 430-445, mai. 2010.

LOBATO, O. **O problema da dor**. In: Melo Filho, J. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 165-178, 1992.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 2, p. 545-553, mar./abr.2005.

MACFARLANE, T. V. et al. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. **Journal of Dentistry**, Guildford, v. 31, n. 8, p. 535-542, nov. 2003.

MADEIRA, M. C. **Anatomia da face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica**. São Paulo: Sarvier, p. 103-123, 2003.

MAGNUSSON, T.; EGERMARK I.; CARLSSON, G. E. A. Longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. **Journal Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 14, n. 4, p. 310-319, 2000.

MANFREDINI, D. et al. Chronic Pain Severity an Depression/Somatization Levels in TMD Patients. **The International Journal of Prosthodontics**, Lombard, v. 23, n. 6, p. 529-534, nov./dez. 2010.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 149- 171, 2012.

MARIZ, A. C. et al. Assessment of disk displacements of the temporomandibular joint. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.19, n.1, p. 63-68, jan./mar. 2005.

MARTINS, M. C. C. et al. Uso de medicamentos sem prescrição médica em Teresina, PI. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 10. n.1, p. 31-37, fev. 2011.

MARTIN-ARRIBAS, M.C. Diseño y validación de cuestionarios. **Matronas Profesi3n**, Barcelona, v. 5, n. 17, p. 23-29, 2004.

MAYDANA, V. A. et al. Possíveis fatores etiol3gicos para desordens temporomandibulares de origem articular com implica33es para diagn3stico e tratamento. **Dental Press Journal Orthodontic**, Maring3 v. 15, n. 3, p. 78-86, maio./jun. 2010.

MC MILLAN, A. S; WONG, M. C; ZHENG, J; LA, C.L. Prevalence of orofacial pain and treatment seeking in Hong Kong Chinese. **Journal Orofacial Pain**, Carol Stream v. 20, n. 3, p. 218-25, 2006.

MENDES, Z. et al. Preval3ncia de automedica33o na popula33o urbana portuguesa. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, S3o Paulo, v. 40, n. 1, p. 21-25, jan./mar. 2004.

MENDOZA, L. H.; CELESTINO, E. C.; MARCO, O. V. Resonancia magn3tica de la articulaci3n temporomandibular. **Radiolog3a**, Madrid, v. 50, n. 5, p. 377-85, sep./out. 2008.

MICHELLOTTI, A. et al. Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 37, n. 3, p.157-162, mar. 2010.

MILAM, S. B.; ZARDENETA, G.; SCHMITZ, J. P. Oxidative stress and degenerative temporomandibular joint disease: a proposed hypothesis. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 56, n. 2, p. 214-223, fev. 1998.

MILAM, S. B. Pathogenesis of degenerative temporomandibular joint arthritides. **Odontology**, Tokyo, v. 93, n. 1, p. 7-15, set. 2005.

MOBILIO, N. et al. Prevalence of self-reported symptoms related to temporomandibular disorders in an Italian population. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 38, n. 12, p. 884-890, dez. 2011.

MOLINA, O. M. et al. Oral jaw behaviors in TMD and bruxism: a comparison study by severity of bruxism. **Journal Craniomandibular Practice**, Chattanooga, v. 19, n. 2, p. 114-122, abr. 2001.

MONSIVAIS, D.; MCNEIL, J. Multicultural Influences on Pain Medication Attitudes and Beliefs in Patients with Nonmalignant Chronic Pain Syndromes. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 8, n. 2, p. 64-71, jun. 2007.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos ou apoio à saúde?** Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

NILSSON, I. M.; DRANGSHOLT, M.; LIST, T. Impact of temporomandibular disorder pain in adolescents: differences by age and gender. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 23, n. 2, 2009.

NITZAN, D. W. Intra-articular pressure in the functioning human temporomandibular joint and its alteration by uniform elevation of the occlusal plane. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 52, n. 7, p. 671-679, jul. 1994

NITZAN, D. W. The process of lubrication impairment and its involvement in temporomandibular joint disc displacement: a theoretical concept. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 59, n. 1, p. 36-45, jan. 2001.

OLIVEIRA, A. S. et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 11, n. 2, p. 138-143, jun. 2003.

Organização Mundial de Saúde (OMS) Dpt. Of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication. Disponível em http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml. Acesso em Abril de 2015.

OKESON, J. P. **Orofacial pain-guidelines for assessment, diagnosis and management**. Chicago: Quintessence, p. 223-268, 1996.

OKESON, J. P. Causes of functional disturbances in the masticatory system. In: Okeson JP, editor. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**. St Louis: Mosby, p. 149-189, 2003.

OKESON, P. **Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão**. 7ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2013.

PAIVA, H. J. et al. Generalidades em oclusão: I Habititos parafuncionais – II Gomas de mascar: prevenção e oclusão - III Biomecânica do estalido da ATM. In: PAIVA, H. J. (Ed.). **Oclusão: noções e conceitos básicos**. São Paulo: Santos, p. 239-276, 1997.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo da construção. In: PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LABPAM/IBAPP, cap 3, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Ed Vozes; 2003.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Porto Alegre: Artmed; 2005.

PASQUALI, L. **Psicometria**. Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, v. 43, n. 1 p. 992-999.

PEREIRA JÚNIOR, F. J. et al. Visão Geral das Desordens Temporomandibulares. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 52, n. 2, p. 117-121, abr./jun. 2004.

PHILLIPS, J. M. et al. Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorders. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 132, n.1, p. 49-57, jan. 2001.

POVEDA RODA, R. et al. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: Classification, epidemiology and risk factors. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 12. n. 4, p. 292-298, ago. 2007.

ROCHA, A. R. F.; SILVA, C. B. A dor e seus dizeres: um outro ponto de interrogação. **Revista do Serviço ATM**, Juiz de Fora, v. 3, n.1, p. 69-73, 2003.

ROCHA, A. P. C. et al. Dor: Aspectos Atuais da Sensibilização Periférica e Central. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p. 94- 105, jan./fev. 2007.

RODRIGUES, C. K. et al. Bruxismo: uma revisão da literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, v. 12, n. 3, p. 13-21, set. 2006.

SAWALHA, F. A. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, New York, v. 4, n. 2, p. 164-172, jun. 2008.

SCHAEFER, K. M. Sleep disturbances linked to fibromyalgia. **Holistic Nursing Practice**, Maryland, v. 17, n. 3, p. 120-127, mai./jun.2003.

SCHMID, B.; BERNAL, R.; SILVA, N. N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1039-1045, 2010.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexos metodológicos do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, jan./fev.1995.

SCOARIS, R. C. O. PEREIRA, A.M.T. B, SANTIN FILHO, O. Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de atitudes frente ao uso de história da ciência no ensino de ciências. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, p. 8, n. 3, p. 901-922, 2009.

SEGER, L. Psicologia & Odontologia – uma abordagem integradora. In: **Psicologia Aplicada à Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM)**. São Paulo: Santos, p. 202- 240, 2002.

SERVIDONI, A. B. et al. Perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 72, n. 1, p. 83-88, jan./fev. 2006.

SHANKAR, P. R.; PHARTA, P.; SHENOY, N. Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokharavalley, Western Nepal: a questionnaire-based study. **BMC Family Practice**, Londres, v. 17, n. 3, p. 1-7, set. 2002.

SHEHNAZ, S.I.; AGARWAL A.K.; KHAN, N. A systematic review of self-medication practices among adolescents. **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 55, n. 4, p. 467-83, 2014.

SINGH, K.P; MALIK, A; SINHA S. Water quality assessment and apportionment of pollution sources of Gomti river (India) using multivariate statistical techniques: a case study. **Analytica Chimica Acta**, Amsterdam, v.538, n. 2, p. 355–374, 2005.

SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. **Dor Orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. Curitiba: Maio, 2001.

SIQUEIRA J.T.T, Teixeira, M. J. **Dores Orofaciais diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2012.

SLADE, G. D. et al. Summary of Findings from the OPPERA Prospective Cohort Study of Incidence of First-Onset Temporomandibular Disorders: Implications and Future Directions. **Journal of Pain**, Philadelphia, v. 14. n.12, p.1-15, 2013.

SOBREIRA, C. R.; ZAMPIER, M. R. Revisão de literatura terapia farmacológica nas desordens temporomandibulares. **Revista da Universidade Federal de Alfenas**, Alfenas, v. 5, n. 1, p. 239-245, 1999.

STEGENGA, B. Tissue responses to degenerative changes in the temporomandibular joint: a review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 49, n.10, p. 1079-1088, out.1999.

STEGENGA, B. Nomenclature and classification of temporomandibular joint disorders. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 37, n. 10, p. 760-765, out. 2010.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 80, n. 3, p. 217-222, 2003.

SOUZA, H. W. O.; SILVA, J. L.; NETO, M. S. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiânia, v. 5, n.1, p. 67-72, 2008.

TEIXEIRA, M. J. **Dor: manual para o clínico**. São Paulo: Atheneu, 2006.

TESCH, R. S. et al. Depression levels in chronic orofacial pain patients: a pilot study. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 31, n. 10, p. 926-932, out. 2004.

TOLEDO, B. A. S.; CAPOTE, T. S. O.; CAMPOS, J. A. D. B. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 11, n.4, p. 75-79, out./ dez.2008.

TRAVELL, J. S.; SIMONS, L. S. **Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual.** Baltimore: Williams & Wilkins, 1038 p. 1999.

VILARINO, J. F. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 43-49, fev. 1998.

VITOR, R. S. et al. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 737- 743, abr. 2008.

ZAKRZEWSKA, J. M.; HARRISON, S. D. **Assessment and management of orofacial pain: Pain research and clinical management.** London: Elsevier, 2002.

ZARDENETA, G. et al. Protein interactions with particulate Teflon: implications for the foreign body response. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 54, n. 7, p. 873-878, out. 1996.

WESSELY, M. A.; YOUNG, M. F. Magnetic resonance imaging of the temporomandibular joint. **Clinical Chiropractic**, Londres, v. 11, n. 1, p. 37-44, mar. 2008.

WILLIAMS, A. How to...write and analyse a questionnaire. **Journal of Orthodontics**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 245–252, 2003.

YAP, A. U. et al. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. **Journal of Prosthetic Dentistry**, St Louis, v. 88, n. 5, p. 479-484, dez. 2002.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Entrevistas

As informações contidas neste termo de consentimento foram fornecidas pelo realizador do projeto com o objetivo do voluntário da pesquisa autorizar a sua participação na mesma, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito avaliado e outra vai para os arquivos do pesquisador.

1. Título preliminar do trabalho: “Construção e validação de instrumento para avaliar a automedicação em pacientes com Desordem Temporomandibular”.

2. Objetivo principal: Avaliar a opinião, o relato e as experiências de pacientes com DTM sobre a prática da automedicação.

3. Justificativa/Benefícios: Levantamento dos principais tópicos da automedicação associada as DTM, para geração de itens para construção do questionário proposto pelo estudo.

4. Procedimentos: Será realizado pelo pesquisador responsável, exame clínico para diagnosticar pacientes com distúrbios temporomandibulares e entrevista com roteiro semiestruturado sobre prática de automedicação associada ao distúrbio avaliado. A pesquisa será realizada no Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Distúrbios Temporomandibulares- SERVIÇO ATM - da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

5. Riscos esperados: Apenas exame clínico será realizado e entrevistas serão realizadas, mas como em toda pesquisa o voluntário estará sujeito a um risco mínimo.

6. Indenização/Ressarcimento: Os voluntários desta pesquisa não serão pagos para participarem da mesma, contudo, terão todos os gastos tidos para a realização desta, ressarcidos, e no caso de quaisquer prejuízos que possam vir a ter, serão devidamente indenizados.

7. Informações adicionais: O voluntário tem a garantia de que receberão respostas às suas perguntas e esclarecimentos das dúvidas sobre o estudo (riscos, benefícios, andamento e resultados) sempre que preciso. Os voluntários não serão identificados na publicação do trabalho em revista especializada e têm liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo.

8. Consentimento pós-informação:

Eu, sr(a) _____, portador da cédula de identidade nº _____, certifico que, tendo lido as informações prévias e tendo sido suficientemente esclarecido pelos responsáveis sobre todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do estudo, autorizando a minha participação no mesmo, como voluntário.

Juiz de Fora, ___ de _____ de 20__.

Isabel Cristina Gonçalves Leite
Coordenador responsável

Isabela Maddalena Dias
Pesquisador responsável

Participante da pesquisa

EM CASO DE DÚVIDA AOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:

Comitê de Ética - Pró - Reitoria de Pesquisa/UFJF

Campus Universitário, s/n - Juiz de Fora – MG

Cep: 36.036-900 Fone: (32) 3229-3788

1ª via – Voluntário / 2ª via – arquivo

Qualquer dúvida ou solicitação favor entrar em contato com o coordenador do projeto: Isabel Cristina Gonçalves Leite (na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) ou com o pesquisador responsável Isabela Maddalena Dias (pelo telefone 3212-3304/ 8808-1157 ou e-mail isabelamdias@gmail.com)

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Grupo Focal

As informações contidas neste foram fornecidas pelo realizador do projeto com o objetivo de firmar acordo por escrito mediante o qual o voluntário da pesquisa autoriza a sua participação, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito avaliado e outra para os arquivos do pesquisador.

1. Título preliminar do trabalho: “Construção e validação de um instrumento para avaliar a automedicação em pacientes com Desordem Temporomandibular”.

2. Objetivo principal: Construir e validar um instrumento para avaliar a prática da automedicação em pacientes portadores de Desordem temporomandibular.

3. Justificativa/Benefícios: Atualmente não há na literatura, um instrumento específico para avaliar a prática de automedicação em pacientes com DTM. Esta condição poderá ser estudada através da construção e validação de um instrumento específico, que irá contribuir para que se conheça e identifique a automedicação em pacientes portadores de DTM com maior precisão e confiabilidade, destacando a necessidade da prevenção e orientação com relação às consequências do uso de medicamentos sem acompanhamento do profissional.

4. Procedimentos: Será realizado pelo pesquisador responsável, um grupo focal, dinâmica cujo objetivo é colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos por meio da interação entre participantes e pesquisador. É realizado com objetivo de focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções ou desenvolver hipóteses para estudos complementares. As informações, imagens e gravações, geradas pelo grupo focal, serão utilizadas apenas para construção dos itens do questionário, sendo de uso exclusivo do coordenador do projeto e do pesquisador responsável, não sendo fornecidas e disponibilizadas para outros fins.

5. Riscos esperados: Apenas uma discussão em grupo sobre automedicação em pacientes portadores de DTM, com especialistas em DTM/DOF e alunos do curso de especialização em DTM/DOF será realizada, mas como em toda pesquisa o voluntário estará sujeito a um risco mínimo. Com relação ao grupo focal, essa dinâmica pode ocasionar desencadear reações emocionais próprias às situações em que se promove intensa interação em pequenos grupos.

6. Indenização/Ressarcimento: Os voluntários desta pesquisa não serão remunerados por esta participação, contudo, terão todos os gastos tidos para a realização desta, ressarcidos, e no caso de quaisquer prejuízos que possam vir a ter, serão devidamente indenizados.

7. Informações adicionais: O voluntário tem a garantia de que receberão respostas às suas perguntas e esclarecimentos das dúvidas sobre o estudo (riscos, benefícios, andamento e resultados) sempre que preciso. Os voluntários não serão identificados na publicação do trabalho em revista especializada e têm liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo.

8. Consentimento pós-informação:

Eu, sr(a) _____, portador da cédula de identidade nº _____, certifico que, tendo lido as informações prévias e tendo sido suficientemente esclarecido pelos responsáveis sobre todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do estudo, autorizando a minha participação no mesmo, como voluntário.

Juiz de Fora, ___ de _____ de 20__.

Isabel Cristina Gonçalves Leite
Coordenador responsável

Isabela Maddalena Dias
Pesquisador responsável

Participante da pesquisa

EM CASO DE DÚVIDA AOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:

Comitê de Ética - Pró - Reitoria de Pesquisa/UFJF
Campus Universitário, s/n - Juiz de Fora – MG
Cep: 36.036-900 Fone: (32) 3229-3788
1ª via – Voluntário / 2ª via – arquivo

Qualquer dúvida ou solicitação favor entrar em contato com o coordenador do projeto: Isabel Cristina Gonçalves Leite pelo email: isabel.leite@ufjf.edu.br (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) ou com o pesquisador responsável Isabela Maddalena Dias (pelo telefone 3212-3304/ 8808-1157 ou e-mail isabelamdias@gmail.com).

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Pré-Teste

As informações contidas neste termo de consentimento foram fornecidas pelo realizador do projeto com o objetivo do voluntário da pesquisa autorizar a sua participação na mesma, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito avaliado e outra vai para os arquivos do pesquisador.

- 1. Título preliminar do trabalho:** “Construção e validação de instrumento para avaliar a automedicação em pacientes com Desordem Temporomandibular”.
- 2. Objetivo principal:** Aplicar a 1ª versão do questionário sobre automedicação nos pacientes com diagnóstico de de desordens temporomandibulares.
- 3. Justificativa/Benefícios:** Verificar o grau de compreensão e entendimento dos pacientes com relação às perguntas do questionário. As questões que apresentarem um índice de incompreensão maior ou igual a 20% deverão ser reavaliadas
- 4. Procedimentos:** Será realizado pelo pesquisador responsável, exame clínico para diagnosticar pacientes com desordens temporomandibulares e será aplicada a 1ª versão do questionário sobre automedicação nestes pacientes. A pesquisa será realizada no Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares- SERVIÇO ATM - da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.
- 5. Riscos esperados:** Apenas exame clínico será realizado e questionários serão aplicados, mas como em toda pesquisa o voluntário estará sujeito a um risco mínimo.
- 6. Indenização/Ressarcimento:** Os voluntários desta pesquisa não serão pagos para participarem da mesma, contudo, terão todos os gastos tidos para a realização desta, ressarcidos, e no caso de quaisquer prejuízos que possam vir a ter, serão devidamente indenizados.
- 7. Informações adicionais:** O voluntário tem a garantia de que receberão respostas às suas perguntas e esclarecimentos das dúvidas sobre o estudo (riscos, benefícios, andamento e resultados) sempre que preciso. Os voluntários não serão identificados na publicação do trabalho em revista especializada e têm liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo.
- 8. Consentimento pós-informação:**

Eu, sr(a) _____, portador da cédula de identidade nº _____, certifico que, tendo lido as informações prévias e tendo sido suficientemente esclarecido pelos responsáveis sobre todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do estudo, autorizando a minha participação no mesmo, como voluntário.

Juiz de Fora, ___ de _____ de 20__.

Isabel Cristina Gonçalves Leite
Coordenador responsável

Isabela Maddalena Dias
Pesquisador responsável

Participante da pesquisa

EM CASO DE DÚVIDA AOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:

Comitê de Ética - Pró - Reitoria de Pesquisa/UFJF
Campus Universitário, s/n - Juiz de Fora – MG
Cep: 36.036-900 Fone: (32) 3229-3788
1ª via – Voluntário / 2ª via – arquivo

Qualquer dúvida ou solicitação favor entrar em contato com o coordenador do projeto: Isabel Cristina Gonçalves Leite (na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) ou com o pesquisador responsável Isabela Maddalena Dias (pelo telefone 3212-3304/ 8808-1157 ou e-mail isabelamdias@gmail.com)

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Questionário para validação

As informações contidas neste termo de consentimento foram fornecidas pelo realizador do projeto com o objetivo do voluntário da pesquisa autorizar a sua participação na mesma, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito avaliado e outra para os arquivos do pesquisador.

- 1. Título preliminar do trabalho:** “Construção e validação de instrumento para avaliar a automedicação em pacientes com Desordem Temporomandibular”.
- 2. Objetivo principal:** Construir e validar um questionário para avaliar a prática da automedicação em pacientes com Desordens temporomandibulares.
- 3. Justificativa/Benefícios:** Atualmente não há na literatura, um questionário específico para avaliar a prática de automedicação em pacientes com desordem temporomandibular. Esta condição poderá ser estudada através da construção e validação de um questionário específico, que irá contribuir para que se conheça e identifique a automedicação realizada por pacientes com desordens temporomandibulares, com maior precisão e confiabilidade, destacando a necessidade da prevenção e orientação com relação às consequências do uso de medicamentos sem acompanhamento do profissional.
- 4. Procedimentos:** Será realizado pelo pesquisador responsável, exame clínico para diagnosticar pacientes com desordens temporomandibulares e será aplicado o questionário para estudar automedicação nestes pacientes. A pesquisa será realizada no Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares- SERVIÇO ATM - da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.
- 5. Riscos esperados:** Apenas exame clínico será realizado, e questionários serão aplicados, mas como em toda pesquisa o voluntário estará sujeito a um risco mínimo.
- 6. Indenização/Ressarcimento:** Os voluntários desta pesquisa não serão pagos para participarem da mesma, contudo, terão todos os gastos tidos para a realização desta, ressarcidos, e no caso de quaisquer prejuízos que possam vir a ter, serão devidamente indenizados.
- 7. Informações adicionais:** O voluntário tem a garantia de que receberá respostas às suas perguntas e esclarecimentos das dúvidas sobre o estudo (riscos, benefícios, andamento e resultados) sempre que preciso. Os voluntários não serão identificados na publicação do trabalho em revista especializada e têm liberdade de retirar o sua autorização a qualquer momento, deixando de participar do estudo.
- 8. Consentimento pós-informação:**
Eu, sr(a) _____, portador da cédula de identidade nº _____, certifico que, tendo lido as informações prévias e tendo sido suficientemente esclarecido pelos responsáveis sobre todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do estudo, autorizando a minha participação no mesmo, como voluntário.

Juiz de Fora, ___ de _____ de 20__.

Isabel Cristina Gonçalves Leite
Coordenador responsável

Isabela Maddalena Dias
Pesquisador responsável

Participante da pesquisa

EM CASO DE DÚVIDA AOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:

Comitê de Ética - Pró - Reitoria de Pesquisa/UFJF

Campus Universitário, s/n - Juiz de Fora – MG

Cep: 36.036-900 Fone: (32) 3229-3788

1ª via – Voluntário / 2ª via – arquivo

Qualquer dúvida ou solicitação favor entrar em contato com o coordenador do projeto: Isabel Cristina Gonçalves Leite (na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora) ou com o pesquisador responsável Isabela Maddalena Dias (pelo telefone 3212-3304/ 8808-1157 ou e-mail isabelamdias@gmail.com)

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE FACE

Questionário sobre a avaliação da prática de automedicação realizada por pacientes portadores de Desordens temporomandibulares

- 1) Quando eu tenho dor no rosto tomo remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 2) Eu sei o motivo do meu rosto doer
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 3) Quando tomei remédio por conta própria a dor no meu rosto melhorou
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 4) Quando tomo remédio para dor no rosto e não melhoro, mudo para outro tipo de remédio
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 5) Tomei remédio que o dentista me indicou para dor no rosto e melhorei
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 6) Tomei remédio que o otorrinolaringologista me indicou para dor no rosto e melhorei
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 7) Tomei remédio que o neurologista me indicou para dor no rosto e melhorei
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 8) Tomei remédio que o dentista me indicou para dor no rosto e não melhorei por isso tomei remédio por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 9) Tomei remédio que o otorrinolaringologista me indicou e para dor no rosto não melhorei e por isso tomei remédio por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 10) Já fiz tratamento com cirurgia dentista como canal, extração de dentes para aliviar minha dor no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 11) Tomei remédio que o neurologista me indicou para dor no rosto e não melhorei por isso tomei remédio por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

- 12) Dores de cabeça fazem com que eu tome remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 13) Dores no rosto fazem com que eu tome remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 14) Dores na articulação da face fazem com que eu tome remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 15) Dores na região do ouvido fazem com que eu tome remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 16) Ruídos na minha articulação fazem com que eu tome remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 17) Dificuldade para abrir a boca faz com que eu tome remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 18) Dores durante a mastigação fazem com que eu tome remédio por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 19) Sinto uma dor muito forte no rosto e não consigo esperar uma consulta para tomar remédios
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 20) Acredito que minhas dores no rosto só melhoram com uso de medicamentos
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 21) Não encontrei alívio para minhas dores no rosto, e tomar remédio por conta própria foi a melhor solução
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 22) Já falei atividades/trabalho por causa das dores que sinto no rosto
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 23) Quando busquei tratamento para as dores que sinto no rosto, não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 24) Tomar remédio por conta própria é suficiente para aliviar minhas dores no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 25) Tomo remédio indicado por parentes/amigos se as dores que eles sentem no rosto se parecem com a minha

- ()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 26) É importante estar acompanhado por um profissional para tomar remédios quando sinto dores no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 27) Propagandas de televisão sobre medicamentos são uma forma de estimular as pessoas tomarem remédio por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 28) A internet é uma forma de estimular as pessoas a tomarem remédio por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 29) O fato de alguns remédios não precisarem de receita médica para serem comprados, é uma forma de estimular o uso de medicamentos por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 30) Vendedores que trabalham em farmácias ao fornecerem informações dos remédios contribuem para o uso de medicação por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 31) Minha condição econômica faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 32) Minha rotina muito atarefada faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 33) Há pouca informação por parte dos profissionais com relação à prática da automedicação
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 34) Tomar remédio por conta própria é o meio mais rápido e fácil das minhas dores no rosto melhorarem
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 35) Tomar remédio por conta própria é uma prática que pode contribuir para que minhas dores no rosto agravem
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 36) A prática da automedicação pode contribuir para que minhas dores no rosto não sejam devidamente tratados
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 37) Acredito que os remédios que tomo por conta própria para dores no rosto podem causar dependência
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 38) Acredito que apresento dependência dos remédios que utilizo por conta própria para dores no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

- 39) Conheço os efeitos do remédio que tomo por conta própria para dores no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 40) Confio no meu conhecimento do remédio que tomo por conta própria quando estou com dores no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 41) Minha dor no rosto é leve, portanto, não preciso da ajuda de um profissional para tomar remédios
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 42) Conheço os efeitos negativos de tomar remédio por conta própria para minhas dores no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 43) Fui informado sobre os efeitos negativos de tomar remédio por conta própria para as dores que sinto no rosto
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 44) Utilizo a bula para me informar dos efeitos do remédio que tomo conta própria para as minhas dores no rosto
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 45) Se tomar remédio por conta própria sei o intervalo entre cada “comprimido” e a dosagem correta
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 46) Já fui informado que nem todos os incômodos/dores no rosto são tratados com medicamento
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 47) Fui informado que nem todos os incômodos/sintomas no rosto necessitam de tratamento
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 48) Ao consultar a internet me sinto seguro para tomar remédio por conta própria
()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente
- 49) Quando sinto dores no rosto tomo analgésicos (Exemplos) por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 50) Quando sinto dores no rosto tomo qualquer remédio para dor, pois não conheço a origem da minha dor
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 51) Quando sinto dores no rosto, tomo relaxante muscular por conta própria
()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente
- 52) Quando sinto dores no rosto tomo antiinflamatório por conta própria

()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente

53) Já tomei mais de um tipo de remédio por conta própria por causa das minhas dores no rosto

()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente

54) Tomei remédio para dores no rosto por conta própria, mas não lembro qual foi

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

55) O remédio que tomei por conta própria dor no rosto para me causou efeitos colaterias

()Nem um pouco ()Um pouco ()Moderadamente ()Muito ()Extremamente

56) Encontrei especialistas na área de ATM assim que busquei tratamento para minhas dores no rosto

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

57) Já procurei outro serviço público para resolver o problema das minhas dores no rosto

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

58) Ao procurar outro serviço público o profissional que me atendeu resolveu o problema da minha dor no rosto

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

59) A falta de especialistas na área de ATM, no setor público contribui para a prática de automedicação

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

60) A falta de especialistas na área de ATM no setor particular contribui para a prática de automedicação

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

61) A demora/dificuldade em conseguir uma consulta com um profissional contribui para que eu tome remédio por conta própria para minhas dores no rosto

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

62) Mesmo quando estava em tratamento com profissional, já tomei remédio por conta própria para minhas dores no rosto

()Concordo totalmente ()Concordo ()Nem concordo,nem discordo ()Discordo ()Discordo totalmente

APÊNDICE F QUESTIONÁRIO PARA PRÉ-TESTE

Questionário sobre a avaliação da prática de automedicação realizada por pacientes com diagnóstico de Desordem temporomandibular

**Favor ler cada pergunta abaixo e marcar somente uma resposta (em caso de
dúvida chamar o pesquisador responsável)**

1. Já tomei remédio por conta própria para aliviar a dor que sinto na face
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

2. Eu conheço o motivo da dor que sinto na face
() Nem um pouco () Um pouco () Moderadamente () Muito () Extremamente

3. Dores de cabeça fazem com que eu tome remédio por conta própria
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

4. Dores nos meus maxilares (articulação da face- ATM) fazem com que eu tome remédio por conta própria
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

5. Dores na região do ouvido (na frente do ouvido ou no ouvido) fazem com que eu tome remédio por conta própria
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

6. Ruídos (estalos, “ruídos de areia” nos meus maxilares (articulações da face - ATM) fazem com que eu tome remédio por conta própria
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

7. Dificuldade para abrir a boca faz com que eu tome remédio por conta própria
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

8. Dores ou cansaço durante a mastigação (maxilares, articulações da face (ATM), “bochecha”) fazem com que eu tome remédio por conta própria
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

9. Já faltei atividades/trabalho por causa da dor que sinto na face
() Nunca () Raramente () De vez em quando () Muitas Vezes () Sempre

10. Tomo remédio indicado por parentes/amigos se a dor que eles sentem na face se parecem com a dor que sinto
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
11. Já fiz tratamento endodôntico (tratamento de canal) e extração de dente para tentar aliviar a dor que sinto na face
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
12. Tomei remédio que o cirurgião-dentista me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
13. Tomei remédio que o otorrinolaringologista (médico de ouvido) me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
14. Tomei remédio que o neurologista me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
15. Mesmo quando estava em tratamento com profissional (cirurgião-dentista) já tomei remédio por conta própria para aliviar a dor na face que sinto na face
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
16. Acredito que a dor que sinto na face só irá melhorar com o uso de medicamentos
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
17. Minha dor na face é leve, portanto, não preciso da ajuda de um profissional para tomar remédios
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
18. Sinto uma dor muito intensa na face e não consigo esperar uma consulta, por isso tomo remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
19. Minha condição econômica faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional para tratar minha dor na face
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
20. Minha rotina muito atarefada faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional para tratar minha dor na face
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

21. A demora/dificuldade em conseguir uma consulta com um profissional contribui para que eu tome remédio por conta própria para dor que sinto na face
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
22. Tomar remédio por conta própria é o meio mais rápido e fácil para que a dor que sinto na face melhore
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
23. Quando sinto dor na face tomo qualquer remédio para dor que sinto na face
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
24. Quando sinto dor na face tomo analgésicos (Paracetamol[®], Tylenol[®], Dorflex[®]) por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
25. Quando sinto dor na face tomo relaxante muscular (Miosan[®], Mirtax[®], Mioflex[®], Dorflex[®]) por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
26. Quando sinto dor na face tomo antiinflamatório (Cataflan[®], Voltaren[®], Advil[®]) por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
27. Tomei remédio para dor na face por conta própria, mas não lembro qual foi
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
28. Já tomei mais de um tipo de remédio (Analgésico, Relaxante Muscular, Antiinflamatório) por conta própria para a dor que sinto na face
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
29. Quando tomo remédio por conta própria a minha dor na face melhora totalmente
 Nem um pouco **Um pouco** **Moderadamente** **Muito** **Extremamente**
30. Apresentei efeitos colaterais com o uso do remédio que tomei por conta própria para aliviar a dor que sinto na face
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
31. Conheço os efeitos do remédio que tomo por conta própria para aliviar a dor a que sinto na face
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
32. Confio no meu conhecimento do remédio que tomo por conta própria quando estou com dor na face
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

33. Conheço os efeitos negativos de tomar remédio por conta própria para aliviar a dor que sinto na face
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
34. Quando sinto dor na face e tomo remédio por conta própria, utilizo a bula para me informar dos efeitos da medicação
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**
35. Se eu tomar remédio por conta própria para aliviar a dor que sinto na face sei o intervalo entre cada comprimido e a dose correta
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
36. Já fui informado que nem todos os incômodos/dores na face são tratados com medicamento
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
37. É importante estar acompanhado por um profissional para tomar remédios
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
38. Propagandas de televisão sobre medicamentos são uma forma de estimular as pessoas tomarem remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
39. A internet é uma forma de estimular as pessoas a tomarem remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
40. Ao consultar a internet me sinto seguro para tomar remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
41. O fato de alguns remédios não precisarem de receita médica para serem comprados, é uma forma de estimular o uso de medicamentos por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
42. Vendedores que trabalham em farmácias ao fornecerem informações dos remédios contribuem para o uso de remédios contra própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
43. Há pouca informação por parte dos profissionais com relação ao hábito de tomar remédio por conta própria
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

44. Tomar remédio por conta própria é uma prática que pode contribuir para que a dor que sinto na face não seja devidamente tratada e se agrave

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

45. Acredito que os remédios que tomo por conta própria para dor que sinto na face podem causar dependência

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

46. Acredito que já apresento dependência dos remédios que utilizo por conta própria para dores na face

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

47. Encontrei especialistas para tratar a dor que sinto na face assim que busquei tratamento no setor público

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

48. Encontrei especialistas para tratar a dor que sinto na face assim que busquei tratamento no setor particular

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

APÊNDICE G QUESTIONÁRIO PARA APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO

Questionário sobre a avaliação da prática de automedicação realizada por pacientes com diagnóstico de Desordem temporomandibular

**Favor ler cada pergunta abaixo e marcar somente uma resposta (em caso de
dúvida chamar o pesquisador responsável)**

1. Eu conheço o motivo da dor que sinto na face
 Nem um pouco **Um pouco** **Moderadamente** **Muito** **Extremamente**

2. Dores de cabeça fazem com que eu tome remédio por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

3. Dores nos meus maxilares (articulação da face- ATM) fazem com que eu tome remédio por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

4. Dores na região do ouvido (na frente do ouvido ou no ouvido) fazem com que eu tome remédio por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

5. Ruídos (estalos, “ruídos de areia” nos meus maxilares (articulações da face - ATM) fazem com que eu tome remédio por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

6. Dificuldade para abrir a boca faz com que eu tome remédio por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

7. Dores ou cansaço durante a mastigação (maxilares, articulações da face (ATM), “bochecha”) fazem com que eu tome remédio por conta própria
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

8. Já faltei atividades/trabalho ou deixei de trabalhar em casa (atividades do lar) por causa da dor que sinto na face
 Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

9. Tomo remédio indicado por parentes/amigos se a dor que eles sentem na face se parecem com a dor que sinto
 Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

10. Já fiz tratamento endodôntico (tratamento de canal) e extração de dente para tentar aliviar a dor que sinto na face
- Nunca Raramente De vez em quando Muitas vezes Sempre
11. Tomei remédio que o cirurgião-dentista me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
12. Tomei remédio que o otorrinolaringologista (médico de ouvido) me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
13. Tomei remédio que o neurologista me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
14. Mesmo quando estava em tratamento com profissional (cirurgião-dentista) já tomei remédio por conta própria para aliviar a dor na face que sinto na face
- Nunca Raramente De vez em quando Muitas vezes Sempre
15. Acredito que a dor que sinto na face só irá melhorar com o uso de medicamentos
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
16. Sinto uma dor muito intensa na face e não consigo esperar uma consulta, por isso tomo remédio por conta própria
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
17. Minha condição econômica faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional para tratar minha dor na face
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
18. Minha rotina muito atarefada faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional para tratar minha dor na face
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
19. A demora/dificuldade em conseguir uma consulta com um profissional contribui para que eu tome remédio por conta própria para dor que sinto na face
- Concordo totalmente** **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**
20. Tomar remédio por conta própria é o meio mais rápido e fácil para que a dor que sinto na face melhore

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

21. Quando sinto dor na face, tomo qualquer remédio para dor, pois não conheço o motivo da

Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

22. Quando sinto dor na face tomo analgésicos (Paracetamol[®], Tylenol[®], Dorflex[®]) por conta própria

Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

23. Quando sinto dor na face tomo relaxante muscular (Miosan[®], Mirtax[®], Mioflex[®], Dorflex[®]) por conta própria

Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

24. Quando sinto dor na face tomo antiinflamatório (Cataflan[®], Voltaren[®], Advil[®]) por conta própria

Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

25. Tomei remédio para dor na face por conta própria, mas não lembro qual foi

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

26. Já tomei mais de um tipo de remédio (Analgésico, Relaxante Muscular, Antiinflamatório) por conta própria para a dor que sinto na face

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

27. Quando tomo remédio por conta própria a minha dor na face melhora totalmente

Nem um pouco **Um pouco** **Moderadamente** **Muito** **Extremamente**

28. Apresentei efeitos colaterais com o uso do remédio que tomei por conta própria para aliviar a dor que sinto na face

Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

29. Confio no meu conhecimento do remédio que tomo por conta própria quando estou com dor na face

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

30. Conheço os efeitos negativos de tomar remédio por conta própria para aliviar a dor que sinto na face

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

31. Quando sinto dor na face e tomo remédio por conta própria, utilizo a bula para me informar dos efeitos da medicação

Nunca **Raramente** **De vez em quando** **Muitas Vezes** **Sempre**

32. Já fui informado que nem todos os incômodos/dores na face são tratados com medicamento

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

33. É importante estar acompanhado por um profissional para tomar remédios

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

34. Propagandas de televisão sobre medicamentos são uma forma de estimular as pessoas tomarem remédio por conta própria

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

35. A internet é uma forma de estimular as pessoas a tomarem remédio por conta própria

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

36. Ao consultar a internet me sinto seguro para tomar remédio por conta própria

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

37. O fato de alguns remédios não precisarem de receita médica para serem comprados, é uma forma de estimular o uso de medicamentos por conta própria

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

38. Vendedores que trabalham em farmácias ao fornecerem informações dos remédios contribuem para o uso de remédios contra própria

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

39. Tomar remédio por conta própria é uma prática que pode contribuir para que a dor que sinto na face não seja devidamente tratada e se agrave

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

40. Acredito que já apresento dependência dos remédios que utilizo por conta própria para dores na face

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

41. Encontrei especialistas para tratar a dor que sinto na face assim que busquei tratamento no setor particular

Concordo totalmente **Concordo** **Nem concordo, nem discordo** **Discordo** **Discordo totalmente**

APÊNDICE H VERSÃO FINAL E VALIDADA DO QUESTIONÁRIO

Questionário sobre a prática de automedicação associada às Desordens temporomandibulares (QAM/DTM)

1ª parte- Responda cada pergunta, escrevendo na frente da mesma, o número das 5 opções abaixo, que mais reflete sua atitude				
1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	De vez em quando	Muitas vezes	Sempre
<p>1) Dores de cabeça fazem com que eu tome remédio por conta própria.</p> <p>2) Dores nos meus maxilares (articulação da face- ATM) fazem com que eu tome remédio por conta própria.</p> <p>3) Dores na região do ouvido (na frente do ouvido ou no ouvido) fazem com que eu tome remédio por conta própria.</p> <p>4) Ruídos (estalos, “ruídos de areia” nos meus maxilares (articulações da face - ATM) fazem com que eu tome remédio por conta própria</p> <p>5) Dificuldade para abrir a boca faz com que eu tome remédio por conta própria.</p> <p>6) Dores ou cansaço durante a mastigação (maxilares, articulações da face (ATM), “bochecha”) fazem com que eu tome remédio por conta própria.</p> <p>7) Já faltei atividades/trabalho ou deixei de trabalhar em casa (atividades do lar) por causa da dor que sinto na face.</p> <p>8) Já fiz tratamento endodôntico (tratamento de canal) e extração de dente para tentar aliviar a dor que sinto na face.</p> <p>9) Mesmo quando estava em tratamento com profissional (cirurgião-dentista) já tomei remédio por conta própria para aliviar a dor que sinto na face.</p> <p>10) Quando sinto dor na face, tomo qualquer remédio para dor, pois não conheço o motivo da dor.</p> <p>11) Quando sinto dor na face tomo analgésicos (Paracetamol[®], Tylenol[®], Dorflex[®]) por conta própria.</p> <p>12) Quando sinto dor na face tomo relaxante muscular (Miosan[®], Mirtax[®], Mioflex[®], Muscular[®], Dorflex[®]) por conta própria.</p> <p>13) Quando sinto dor na face tomo antiinflamatório (Cataflan[®], Voltaren[®], Advil[®]) por conta própria</p> <p>14) Apresentei efeitos colaterais com o uso do remédio que tomei por conta própria para aliviar a dor que sinto na face.</p>				
2ª parte- Responda cada pergunta, escrevendo na frente da mesma, o número das 5 opções abaixo, que mais reflete sua atitude				
1	2	3	4	5
Concordo	Concordo totalmente	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<p>1) Tomo remédio indicado por parentes/amigos se a dor que eles sentem na face se parecem com a dor que sinto na face.</p> <p>2) Tomei remédio que o cirurgião-dentista me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria.</p> <p>3) Tomei remédio que o otorrinolaringologista (médico de ouvido) me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria.</p> <p>4) Tomei remédio que o neurologista me indicou para dor na face e não melhorei, por isso tomei remédio por conta própria.</p> <p>5) Acredito que a dor que sinto na face só irá melhorar com o uso de medicamentos.</p> <p>6) Sinto uma dor muito intensa na face e não consigo esperar uma consulta, por isso tomei remédio por conta própria.</p> <p>7) Minha condição econômica faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional para tratar minha dor na face.</p> <p>8) Minha rotina muito atarefada faz com que eu tome remédio por conta própria e não procure um profissional para tratar minha dor na face.</p> <p>9) A demora/dificuldade em conseguir uma consulta com um profissional contribui para que eu tome remédio por conta própria para dor que sinto na face.</p> <p>10) Tomar remédio por conta própria é o meio mais rápido e fácil para que a dor que sinto na face melhore.</p> <p>11) Já tomei mais de um tipo de remédio (Analgésico, Relaxante Muscular, Antiinflamatório) por conta própria para a dor que sinto na face.</p> <p>12) É importante estar acompanhado por um profissional para tomar remédios.</p> <p>13) Propagandas de televisão sobre medicamentos são uma forma de estimular as pessoas tomarem remédio por conta própria.</p> <p>14) A internet é uma forma de estimular as pessoas a tomarem remédio por conta própria.</p> <p>15) Ao consultar a internet me sinto seguro para tomar remédio por conta própria.</p> <p>16) O fato de alguns remédios não precisarem de receita médica para serem comprados, é uma forma de estimular o uso de medicamentos por conta própria.</p> <p>17) Vendedores que trabalham em farmácias ao fornecerem informações dos remédios contribuem para o uso de remédios contra própria.</p> <p>18) Tomar remédio por conta própria é uma prática que pode contribuir para que a dor que sinto na face não seja devidamente tratada. e se agrave.</p> <p>19) Acredito que já apresento dependência dos remédios que utilizo por conta própria para dores na face.</p> <p>20) Encontrei especialistas para tratar a dor que sinto na face assim que busquei tratamento no setor particular.</p>				

APÊNDICE I
VALORES COMPLETOS DA ANÁLISE FATORIAL- *EIGEN VALUES*

	Initial	Extraction
Motivo	1,000	,476
Cabeça	1,000	,747
Maxilares	1,000	,691
Ouvido	1,000	,785
Estalos	1,000	,729
Abertura	1,000	,766
Cansaço	1,000	,613
Ausência	1,000	,536
Parentes	1,000	,675
Endodôntico	1,000	,628
Dentista	1,000	,682
Otorrino	1,000	,712
Neurologista	1,000	,752
Acompanhado	1,000	,690
Melhora	1,000	,560
Esperar	1,000	,703
Econômica	1,000	,737
Rotina	1,000	,625
Demora	1,000	,715
Rápido	1,000	,710
Qualquer	1,000	,743
Analgésicos	1,000	,751
Relaxante	1,000	,684
Antiinflamatório	1,000	,713
Não sabe remédio	1,000	,707
Mais de um tipo	1,000	,788
Melhora totalmente	1,000	,613
Colateral	1,000	,628
Conhecimento	1,000	,688
Negativos	1,000	,710
Bula	1,000	,681
Informado	1,000	,678
Estar acompanhado	1,000	,656
Propaganda	1,000	,704
Internet	1,000	,764
Internet seguro	1,000	,666
Receita	1,000	,723
Vendedores	1,000	,622
Agrave	1,000	,814
Tenho dependência	1,000	,716
Particular	1,000	,572

APÊNDICE J
VALORES COMPLETOS DA ANÁLISE FATORIAL- VARIÂNCIA DE TODAS AS
PERGUNTAS

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,688	18,750	18,750	7,688	18,750	18,750
2	2,859	6,973	25,723	2,859	6,973	25,723
3	2,555	6,233	31,956	2,555	6,233	31,956
4	2,414	5,887	37,843	2,414	5,887	37,843
5	1,894	4,618	42,462	1,894	4,618	42,462
6	1,700	4,145	46,607	1,700	4,145	46,607
7	1,603	3,911	50,518	1,603	3,911	50,518
8	1,442	3,518	54,036	1,442	3,518	54,036
9	1,361	3,319	57,355	1,361	3,319	57,355
10	1,263	3,081	60,435	1,263	3,081	60,435
11	1,212	2,957	63,392	1,212	2,957	63,392
12	1,152	2,809	66,201	1,152	2,809	66,201
13	1,007	2,457	68,658	1,007	2,457	68,658
14	,990	2,414	71,072			
15	,908	2,214	73,286			
16	,884	2,157	75,442			
17	,817	1,993	77,435			
18	,810	1,976	79,411			
19	,797	1,943	81,354			
20	,753	1,835	83,189			
21	,623	1,519	84,708			
22	,573	1,397	86,105			
23	,539	1,314	87,420			
24	,524	1,278	88,698			
25	,471	1,150	89,847			
26	,459	1,120	90,967			
27	,415	1,012	91,980			
28	,363	,884	92,864			
29	,358	,873	93,737			
30	,343	,836	94,573			
31	,307	,748	95,321			
32	,286	,697	96,018			
33	,252	,614	96,631			
34	,241	,587	97,219			
35	,226	,551	97,770			
36	,193	,471	98,241			
37	,183	,447	98,688			
38	,172	,420	99,108			
39	,148	,362	99,470			
40	,120	,293	99,762			
41	,097	,238	100,000			

APÊNDICE L

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE ALFA DE CRONBACH DE TODAS AS
QUESTÕES NA VERSÃO COM 48 QUESTÕES

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Motivo	107,68	308,990	,167	,409	,830
Cabeça	107,02	299,633	,504	,673	,822
Maxilares	107,60	291,325	,555	,627	,819
Ouvindo	108,38	289,504	,521	,705	,820
Estalos	109,00	297,688	,403	,612	,824
Abertura	109,28	303,195	,377	,603	,825
Cansaço	108,89	297,364	,416	,581	,823
Ausência	108,44	300,964	,332	,428	,826
Parentes	108,37	295,062	,510	,562	,821
Endodôntico	109,59	305,051	,369	,455	,826
Dentista	108,51	293,298	,465	,562	,822
Otorrino	108,85	292,646	,560	,677	,820
Neurologista	108,77	300,214	,361	,651	,825
Acompanhado	108,50	292,252	,462	,578	,821
Melhora	108,27	303,466	,297	,541	,827
Esperar	107,63	293,043	,533	,645	,820
Econômica	108,50	292,968	,529	,667	,820
Rotina	108,29	301,291	,325	,576	,826
Demora	107,66	290,556	,579	,662	,819
Rápido	107,68	294,879	,489	,626	,821
Qualquer	108,35	288,999	,541	,699	,819
Analgésicos	107,18	297,178	,551	,684	,821
Relaxante	108,03	288,137	,545	,698	,819
Antiinflamatório	109,15	299,997	,368	,529	,825
Nãosaberemédio	108,77	304,361	,269	,562	,827
Maisdeumtipo	107,66	292,886	,471	,684	,821
Melhoratotalmente	108,36	317,958	-,059	,512	,834
Colateral	106,91	331,937	-,348	,535	,845
Conhecimento	108,23	318,819	-,079	,522	,836
Negativos	108,41	313,712	,038	,490	,834
Bula	107,99	308,560	,126	,493	,832
Informado	108,59	311,932	,085	,521	,832
Estaracompanhado	109,34	311,198	,196	,413	,829
Propaganda	107,29	317,474	-,048	,478	,836
Internet	107,45	316,836	-,033	,678	,836
Internetseguro	108,81	305,477	,273	,542	,827
Receita	107,04	312,127	,087	,513	,832
Vendedores	107,45	311,938	,072	,553	,833
Agrave	108,95	316,209	-,003	,513	,833
Tenhodependência	108,65	302,338	,299	,521	,827
Particular	107,93	308,031	,136	,445	,832

APÊNDICE M

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE ALFA DE CRONBACH DE TODAS AS
QUESTÕES NA VERSÃO COM 41 QUESTÕES

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Cabeça	88,50	263,005	,525	,626	,837
Maxilares	89,08	255,764	,557	,578	,834
Ouvido	89,86	253,935	,524	,654	,835
Estalos	90,48	262,289	,391	,576	,839
Abertura	90,76	266,751	,385	,569	,840
Cansaço	90,37	260,474	,442	,550	,838
Ausência	89,92	264,424	,343	,421	,840
Parentes	89,85	259,850	,495	,481	,836
Endodôntico	91,07	268,802	,367	,422	,840
Dentista	89,99	258,688	,441	,533	,837
Otorrino	90,33	258,974	,508	,584	,836
Neurologista	90,25	263,714	,372	,519	,840
Acompanhado	89,98	256,880	,457	,553	,837
Melhora	89,75	267,838	,280	,483	,842
Esperar	89,11	256,960	,546	,628	,835
Econômica	89,98	257,523	,525	,655	,835
Rotina	89,77	265,425	,318	,452	,841
Demora	89,15	255,116	,579	,632	,834
Rápido	89,16	259,184	,488	,561	,836
Qualquer	89,83	253,520	,543	,624	,834
Analgésicos	88,66	261,143	,557	,653	,836
Relaxante	89,51	251,830	,567	,665	,833
Antiinflamatório	90,63	264,328	,358	,433	,840
Maisdeumtipo	89,15	256,823	,481	,618	,836
Colateral	88,39	294,662	-,364	,443	,861
Estaracompanhado	90,82	274,352	,202	,347	,844
Propaganda	88,77	279,792	-,035	,464	,851
Internet	88,93	279,022	-,016	,645	,850
Internetseguro	90,29	269,639	,257	,466	,843
Receita	88,52	275,206	,091	,476	,847
Vendedores	88,94	274,005	,099	,534	,847
Agrave	90,44	279,202	-,004	,461	,848
Tenhodependência	90,14	267,146	,274	,445	,842
Particular	89,41	270,923	,147	,365	,847

ANEXO A APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de instrumento para avaliar a prática da automedicação em pacientes portadores de Desordem temporomandibular

Pesquisador: Isabela Maddalena Dias

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 00849912.9.0000.5147

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA ((UFJF))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 202.771

Data da Relatoria: 21/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa quali quantitativa, abrangendo a técnica do grupo focal como instrumento de coleta de dados na 1a. fase para construção de protocolo de avaliação da prática de automedicação em portadores de DTM, a ser testado na 2a. fase, mediante procedimentos quantitativos. É um estudo que, em sua concepção e propósitos, apresenta pertinência e valor científico.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

ANEXO B

RDC/TMD-FORMULÁRIO DE EXAME

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

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

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

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

3. Padrão de abertura:

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

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado 11 21

a. Abertura sem auxílio sem dor mm

b. Abertura máxima sem auxílio mm

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

c. Abertura máxima com auxílio mm

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

d. Trespasse incisal vertical mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

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

b. Fechamento

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

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

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

6. Excursões

a. Excursão lateral direita mm

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

b. Excursão lateral esquerda mm

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

c. Protrusão mm

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

d. Desvio de linha média mm

1 Direito

2 Esquerdo

8 NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

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

Ruídos esquerdo

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

INSTRUÇÕES, ÍTEM 8-10

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

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

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

9. Dor articular com palpação

a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3

10. Dor muscular intraoral com palpação

a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3

ANEXO C

Avaliação da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP)/CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

Nome: _____

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
Vídeocassete 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

Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	0
Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto	1
Fundamental 2 completo/Médio incompleto	2
Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

ANEXO D

