



FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO
Campus Saúde
Curso de Odontologia

Jeoval Severino de Freitas Neto

DOR CRÔNICA EM ESTUDANTES DE
ODONTOLOGIA DO RECIFE

RECIFE – PE

2016

Jeoval Severino de Freitas Neto

DOR CRÔNICA EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DO RECIFE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Integrada
de Pernambuco, como requisito à
obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Dra. Michelly Cauas de
Queiroz Gatis

Coorientador: Dr. Carlos Augusto
Pereira do Lago

RECIFE – PE

2016

AGRADECIMENTOS

A origem etimológica da palavra Agradecer vem de “grato”, do Latim GRATUS, que tanto quer dizer “agradecido” como “agradável”. E esse não poderia ser o sentimento diferente do que sinto no momento.

Agradeço a Deus, que me guia, me guarda, me protege e me abençoa de uma maneira maior do que imagino e mereço, me dando suporte quando me vi fraco, me levantando que estive caído e do meu lado a todo momento.

Meus pais, que são a razão da minha existência, que se desfizeram do que tinham, abdicaram de si para me darem a oportunidade de ter essa vitória em minha vida. Eu nunca terei palavras e amo para poder agradecer a vocês todos os dias por serem como são e terem me tornado como sou. Amo vocês!

A minha orientadora, Profa. Dra. Michelly Cauás, por além de tudo ter sido uma amiga e mãe, agradeço a paciência, o amor e proeza com que sempre se mostra em tudo que faz. A Senhora é um exemplo de profissional e pessoa, serei sempre grato aos seus conselhos e apoio, levo os melhores ensinamentos seus comigo, obrigado por tudo.

Aos meus professores e mestres, em que vários momentos se fizeram amigos e contribuíram com cada passo na minha formação acadêmica.

A minha Avó, que com seu jeito único, amoroso, constante e preocupado sempre se foi a maior torcedora e entusiasmada por minha vitória, não estaria aqui sem você, vovó! Te amo

Aos meus tios, tias, padrinhos e madrinhas, e os familiares que me estenderam a mão com todo amor e carinho para me apoiar em tantos momento que pensei que não poderia prosseguir, serei sempre grato a cada um de vocês.

Aos meus irmãos Geovanne, Higo e Hítallo, que tanto brincam, choram e passam por tudo junto comigo, vocês são essenciais em minha vida, obrigado!

Ao meu colega, pesquisador voluntário, José Rodolfo Tavares de Melo pela confiança, apoio e dedicação.

Aos meus amigos de longe, que sempre trouxe junto ao meu coração, apesar da distância física, o apoio mútuo me fez mais forte para poder chegar até aqui!

Aos amigos de perto, da faculdade e da vida, que sempre estiveram comigo ao decorrer de toda essa trajetória me incentivando e estando comigo em bons e maus momentos.

Aos amigos que a graduação me deu, em especial a Gislaine Rodrigues, Rafaela Araújo e Rodolfo Tavares, o amor que nos uniu será o mesmo que preservará nosso companheirismo em nossas diferentes caminhadas.

Assim, agradeço a todos por terem contribuído por cada passo nessa fase única da minha vida, sem vocês não teria chegado até aqui.

RESUMO

Introdução: A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como uma experiência emocional e sensorial desagradável. As dores crônicas são caracterizadas por serem de período maior de seis meses, contínuas ou recorrentes, podendo estar atreladas a algumas comorbidades como a disfunção temporomandibular, dor orofacial, sintomas físicos não específicos, cefaleia e depressão, gerando prejuízo devido as alterações na inter-relação fisiopatológica, psicossocial e cultural, diminuindo a qualidade de vida dos sujeitos. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi pontuar as principais queixas dos discentes de Odontologia quanto a presença de dor crônica e o possível comprometimento na qualidade de vida. **Métodos:** Participaram da pesquisa 259 sujeitos, que foram avaliados pelo o Critério de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares – RDC-Eixo II. Tendo como sujeitos voluntários os graduandos do curso de Odontologia da FACIPE, regularmente matriculados que concordaram em participar do questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Os participantes da amostra tinham uma média de $27,65 \pm 7,24$ anos sendo. A dor crônica apresentou 21,7%, dor orofacial, periauricular e cefálica foi 21,2%. No que se refere a cefaleias e a frequência de depressão de moderada e, ou, severa foi de 49% e 39,5% respectivamente. **Conclusão:** De acordo com a metodologia empregada, pode-se concluir que os indicadores de dor crônica tiveram percentual elevado nos estudantes de Odontologia da FACIPE, e que ela foi pertinente com gênero e idade, depressão e cefaleia, e podem comprometer a qualidade de vida desses estudantes.

Palavras-chave: Dor crônica; Dor Orofacial; Qualidade de Vida; Depressão.

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
INTRODUÇÃO	08
MÉTODOS	09
RESULTADOS	09
DISCUSSÃO	10
CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIA	14
TABELAS	17
ANEXOS	20

DOR CRÔNICA EM ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA DO RECIFE

Jeoval Severino de Freitas Neto¹

José Rodolfo Tavares de Melo¹

Carlos Augusto Pereira do Lago¹

Michelly Cauas de Queiroz Gatis¹

RESUMO:

Palavras-chave: Dor crônica; Dor Orofacial; Qualidade de Vida; Depressão.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi pontuar as principais queixas dos discentes de Odontologia quanto a presença de dor crônica e o possível comprometimento na qualidade de vida.

Métodos: Participaram da pesquisa 259 sujeitos, que foram avaliados pelo o Critério de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares – RDC-Eixo II. Tendo como sujeitos voluntários os graduandos do curso de Odontologia da FACIPE, regularmente matriculados que concordarem em participar do questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A dor crônica apresentou 21,7%, dor orofacial, periauricular e cefálica foi 21,2%. No que se refere a cefaleias e a frequência de depressão de moderada e, ou, severa foi de 49% e 39,5% respectivamente. **Conclusão:** De acordo com a metodologia empregada, pode-se concluir que os indicadores de dor crônica tiveram percentual elevado nos estudantes de Odontologia da FACIPE, e que ela foi pertinente com gênero e idade, depressão e cefaleia, comprometendo a qualidade de vida desses estudantes.

Descritores: Dor crônica; Dor Orofacial; Qualidade de Vida; Depressão.

1. Faculdade Integrada de Pernambuco, Recife – Pernambuco, Brasil.

Fonte de auxílio: Coordenação de Pesquisa e Extensão da Faculdade Integrada de Pernambuco.

Conflito de interesses: Inexistente

Endereço para correspondência:
Rua Prof. Manoel Edmundo, nº 76, Centro. Lagoa dos Gatos, Pernambuco. Brasil.
e-mail: jeovalneto@hotmail.com

ABSTRACT

Purpose: The objective was to score as main complaints of dental students as for chronic pain presence and possible commitment to quality of life. **Methods:** This research was conducted with 259 subjects. They have been assessed by Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. RDC – Axi II. With the volunteer subjects the graduates of the FACIPE Dentistry course, enrolled who agree to participate in the questionnaire and signed the consent form. **Results:** Participants of the sample had a mean of 27.65 ± 7.24 years and 68% were female, 59.8 % were single. Among the subjects of the research 27.2 % did not report the analysis No kind of pain. Chronic pain showed 21.7%, orofacial pain, around ear pain and cephalic was 21.2%. With regard to a moderate headache and Depression and frequency, or severe was 49 % and 39.5 % respectively. **Conclusion:** According to the methodology, it can be concluded that the indicators of chronic pain they had high percentage in dental students of FACIPE, and that it was relevant to gender and age, depression and headache, compromising the quality of life of students

Keywords: Chronic pain; Orofacial pain; Quality of life; Depression

INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada com uma lesão tecidual real ou potencial, assim pode-se notar a amplitude e subjetividade que envolve os diversos aspectos sensoriais inerentes ao ser humano¹.

As dores crônicas são caracterizadas por serem de período maior de seis meses, contínuas ou recorrentes^{1,2}, podendo estar atreladas a algumas comorbidades como a Disfunção Temporomandibular (DTM), a qual apresenta uma etiologia multifatorial e engloba uma série de problemas clínicos envolvendo a musculatura da mastigação, estruturas da própria articulação temporomandibular e áreas correlatas^{1,3}.

Clinicamente os portadores de DTM podem apresentar alteração na região da mandíbula ou da própria articulação como: ruídos articulares, dificuldade de abrir e fechar a boca, dificuldade de mastigação e cefaleia^{4,5,6}. Além, da possível associação com miopatia, artropatia, condições genéticas, hábitos parafuncionais e alterações oclusais^{7,8}.

Outra origem de dor crônica é a cefaleia do tipo tensional, atrelada ou não a disfunção temporomandibular, caracteriza-se por poder durar de minutos a alguns dias, de localização bilateral do tipo pressão ou aperto, alternando de fraca a moderada intensidade e que sofre influência da atividade física de rotina⁹, relacionada ou não à diminuição e limitação da produtividade do trabalho, escola, das atividades sociais e redução da qualidade de vida¹⁰.

Além da possível associação com a DTM e, ou, cefaleia a dor crônica pode estar atrelada a fator depressivo de maneira isolada ou em conjunto¹¹, desta forma influenciando a qualidade de vida do indivíduo¹³. Desta forma a dor crônica tem-se tornado objeto de estudo entre os problemas de saúde pública devido a inter-relação fisiopatológica, psicossocial e cultural².

O objetivo deste trabalho foi pontuar as principais queixas dos discentes de Odontologia quanto a presença de dor crônica e o possível comprometimento na qualidade de vida para assim, atuar de forma precoce na prevenção e favorecer uma trajetória acadêmica com melhor aproveitamento.

MÉTODOS

O estudo observacional transversal analítico foi realizado na Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, Recife, Pernambuco, no Campus Saúde, no período de fevereiro de 2014 à maio de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 25832713-5.0000.5207).

Foi aplicado um questionário baseado RDC [*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) Axis II (Dworkin; LeResche, 1992)*], contendo uma questão extra à cerca da característica da cefaleia. (Anexo 1), aos 259 sujeitos voluntários do corpo discente do curso de Odontologia, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2).

Dentro do critérios dos inclusão estão aos alunos do curso de Odontologia da FACIPE, regularmente matriculados que concordaram em participar do questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quanto ao critério de exclusão consiste nos alunos que não pertencem ao curso de Odontologia da FACIPE. Todos os sujeitos foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e aos procedimentos que seriam realizados.

Para análise dos dados foram obtidos distribuições absolutas e percentuais. Os dados foram analisados utilizando o software SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 21.0. Para a análise estatística, o teste de Qui-quadrado de *Pearson*.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 259 sujeitos, com idade entre 18 a 65 anos, com uma média de 27,65 anos (DP \pm 7,24), sendo 68% do sexo feminino, 59,8% solteiros. No estudo 88% dos entrevistados relataram ter uma saúde geral e bucal boa, ainda, 70 (27,2%) dos sujeitos, não referiram na análise nenhum tipo de dor dentro dos indicadores avaliados.

Os valores de dor crônica obtidos da amostram foram de 21,7%, tendo leve predileção pelo sexo masculino 22% enquanto feminino foi de 21,7%, atingindo de forma crescente os sujeitos de 18 aos 40 anos. (Tabela 1)

A cerca dos quesitos que remetem a dor orofacial, periauricular e cefálica, cerca de 21,2% relataram episódios recentes, 29,7% relataram estalidos na ATM, 22,1% apenas rangido na ATM e 18,5% aperto ou ranger de dentes. (Tabela 1)

Sintomas físicos não específicos (SFNE) como indicadores de dor também foram avaliados em uma frequência 34% dos pacientes, onde o sexo feminino apresentou 38,6%,

o SFNE sem indicadores de dor tiveram prevalência de 28,2%, também com predileção para o sexo feminino (32,4%). Quanto a queixas mais frequentes 38,2% apresentaram dor muscular, 28,1% fraqueza no corpo e 25,1% sensação de peso nos braços e pernas. (Tabela 2)

No que se refere a cefaleias, 49% dizem ter tido dor de cabeça ou enxaqueca durante os últimos seis meses, com uma maior frequência para o gênero feminino (52,3%). Dentro da sintomatologia para a cefaleia tensional as características que apresentaram uma maior frequência foi para a dor de intensidade leve a moderada em 56,8%, duração entre 30 minutos a 7 dias de 49,5%, e ausência de náusea ou vômitos 39,6%. (Tabela 2)

Dentro da amostra estudada, a frequência de depressão foi de 39,5%, de moderada a severa com maior frequência entre 20 e 30 anos (46,4%) mantendo-se uma frequência alta entre o sexo feminino (43,8%). Apresentando como principais fatores contribuintes o excesso de preocupação (64,8%), falta de energia ou lentidão (45,9%), tristeza (39,3%) e solidão. (32,8%). (Tabela 3)

DISCUSSÃO

É preciso inicialmente elucidar que para se obter os dados deste estudo, foi utilizado o questionário do EIXO II do RDC. Ele compreende a uma avaliação de indicadores de caráter biopsicossocial. Esse questionário é aplicável, sobretudo, quando se almeja analisar os fatores psicológicos relacionados a dor. A análise não objetiva fazer o diagnóstico psiquiátrico, visa apenas orientar a necessidade de um atendimento multidisciplinar, apontando variáveis, tais como idade, tempo de dor, intensidade da dor, sintomas físicos não específicos e depressão. Isso justifica a escolha desse tipo de questionário para este estudo¹⁴.

O presente estudo investigou a prevalência dos indicadores de dor crônica e a relação com os fatores biopsicossociais e demográficos, apresentados pelos estudantes do curso de odontologia da FACIPE. Os achados mais significativos foram identificados na correlação da dor orofacial, cefaleia e depressão com o gênero e idade.

A dor crônica é, geralmente, apontada na literatura como sendo prevalente no sexo feminino, além de ter sido reconhecida a influência do estresse e da ansiedade sobre o limiar de dor^{15,16}. Diversas pesquisas são direcionadas a avaliar a associação desses indicadores. Neste estudo dos 259 estudante de Odontologia, apenas 21,7% apresentavam

dor crônica, apresentando porcentagem semelhantes entre os sexos, tendo sua prevalência quanto a idade aumentando conforme a idade dos sujeitos de 18 a 49 anos. Tais índices se despontam de maneira menor do que os encontrados nos estudos de Kreling et al. (2006), no qual em uma amostra de 505 sujeitos, a dor crônica estava presente em 69,2% das 273 mulheres pesquisadas, enquanto que 52,2% (n=232) foi prevalente nos homens. Sá et al. (2009), apesar de manter a prevalência para o sexo feminino atingindo índice de 48,3% dos portadores de dor crônica, apresentou uma maior significância em pessoas na faixa etária de 40 a 49 anos e a partir dos 60 anos. Contudo, deve se levar em conta que tais achados demográficos são dependentes da população de estudo e do traçado metodológico pré-definido.

Sabe-se que a dor orofacial pode se originar de diversas maneiras, podendo ser de caráter odontogênico, cefálico, muscular, psicológico ou mesmo relacionada a Disfunção Temporomandibular (DTM), sendo essa uma causa significativa de dor não dental na região orofacial¹⁹. Segundo Macfarlane et al. (2002), em um estudo com 2.504 indivíduos, com idades entre 18 e 65 anos de idade, 23% apresentavam sinais clínicos característicos de dor orofacial. É importante também destacar estudos como o de Bezerra et al. (2012), que, aplicando o índice anamnésico e o Inventário Ansiedade Traçado Estado-IDATE, concluíram que dos 336 acadêmicos pesquisados, com idade entre 18 e 38 anos, 14,3% apresentavam sinais de grau moderado e severo relacionados a DTM. E como já mencionado, no contexto da dor orofacial, a DTM é um termo que abrange vários problemas clínicos importantes, que envolvem a musculatura mastigatória, as articulações temporomandibulares (ATM) e/ou estruturas associadas.

Os indicadores de Sintomas Físicos Não Específicos (SFNE), com e sem indicadores de dor possibilitam avaliar o índice somatização das dores²¹. No que se refere aos índices de sintomas físicos, um estudo realizado por Piccin et al. (2016), com 32 pacientes que estavam com diagnóstico clínico de Disfunção Temporomandibular (DTM), os quais 29 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino, esses com idade média de 28,7 anos, o SFNE, incluindo e excluindo itens de dor, foram 59,38% e 50%, respectivamente. Tais índices são maiores do que os deste estudo, que foram de 34% e 28,2%, respectivamente. Isso implica dizer que, esses resultados se devem, possivelmente ao fato desses estudantes possuírem uma doença crônica estabelecida, no caso a DTM, todavia esses achados são relevantes, visto que nessa amostra 88% dos entrevistados asseguraram ter uma saúde geral boa.

Entre os principais sintomas da dor orofacial está a cefaleia¹⁷ ponto preocupante entre o público universitário, pois pode interferir significativamente e estar correlacionado ao estresse emocional, dieta errônea, desordem do período de sono, além do uso abusivo de estimulador da vigília como a cafeína e outras substâncias psicoativas²³. Segundo Carneiro et al. (2012), em um estudo realizado com estudantes do interior de São Paulo²⁴, composto por 280 universitários, 61,4% do gênero feminino, 46% relataram a cefaleia, para Shantakumari et al.(2014) entre 471 sujeitos com idade média de 20,4 anos, a cefaleia foi queixa de mais da metade (53,3%), com um risco de 78% de ocorrência no sexo feminino²⁵. No presente estudo no que se refere a cefaleias, 49% dizem ter tido dor de cabeça ou enxaqueca durante os últimos seis meses, com uma maior frequência de 52,3% para o gênero feminino.

Dentre os tipos de cefaleias mais frequentes temos a do tipo tensional^{23,24,26} onde segundo Andrade Sobrinho (1990), a cefaleia tensional se caracteriza por ter um início e duração variável que podem ir de minutos até alguns dias, tipo de dor bilateral e de leve a moderada, associados ao estresse, do tipo apertou ou pressão, tendo o perfil epidemiológico para uma relação de 1:3 entre homens e mulheres. Ghorbani *et al.* (2013), entre 480 estudantes, sendo 53,8% do sexo masculino, com média de idade 23,9 anos, 56,7% relatavam algum episódio de cefaleia no último ano, sendo do tipo tensional em 13,9% dos homens e 11,1% das mulheres. Assim como Ferri-de-Barros *et al.* (2011), em numa amostra de 344 universitários dos cursos de medicina e psicologia, 91% dos relataram algum episódio de cefaleia no último ano, com o índice de cefaleia tensional de 67,5% em homens, com uma média de idade entre os estudantes de psicologia de 24,4 anos e de 21,4 anos para os estudantes de medicina.

Outro ponto importante correlacionado a dor crônica é a depressão. Ela é caracterizada por um transtorno mental comum e, é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Especificamente a depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, cansaço e falta de concentração podendo ter múltiplas queixas físicas sem causa aparente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que globalmente cerca de 350 milhões de pessoas são afetadas pela depressão. Notadamente as mulheres são as mais afetadas.²⁸

É preciso focar que profissionais da área da saúde apresentam altos níveis de ansiedade. Esse transtorno, geralmente se inicia durante os anos de graduação e traz repercussão não somente no desempenho acadêmico, como aumenta o risco de outras

doenças e deformidades²⁹. Desse modo, vários estudos na literatura tem proposto associar esses fatores, correlacionando-os, mormente nesse grupo.

Rezende et al. (2007), buscando avaliar a prevalência de sintomas depressivos em universitários de medicina, utilizou o inventário de Beck (IDB), com um amostra de 400 sujeitos com idade média de 22,2 e 21,8 anos de idade para homens e mulheres respectivamente. Dos indivíduos que compunham a amostra, 56% eram do sexo feminino. Os resultados obtidos discorrem que 50,25% apresentaram sinais de depressão de grau moderado ou severa. Com enfoque para os valores mais elevados, eles foram obtidos pelos elementos do sexo feminino. Tais percentuais são bem mais elevados dos que os encontrados por Moreira e Fogerato (2013), ao avaliar os indicadores estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. Os autores avaliaram 88 indivíduos, tendo idade média no curso de bacharelado 22,5, enquanto na licenciatura 24,8 anos. A amostra foi composta na sua maioria pelo sexo feminino nos dois grupos, 96,2% e 97,2%, respectivamente. Os resultados foram obtidos aplicando-se o IDB. Eles dão conta de que o percentual de depressão de grau moderada/severa na amostra foi 12,5%, índice baixo, comparado ao total da população geral. Nesse estudo ao analisar o indicador depressão, constata-se que o percentual do indicador depressão foi intermediário entre os estudos supracitados. Nessa amostra 39,5% apresentaram depressão de grau moderado/severo. O mesmo indicador foi mais prevalente na faixa etária de 20 a 30 anos de idade (46,4%), com maior prevalência no sexo feminino (43,8%), corroborando com os estudos anteriores.

Conforme discutido, os dados apresentados aqui só confirmam a necessidade de implementação de projetos que viabilizem identificar, minimizar e prevenir os indicadores de dor crônica, visto que esses estão diretamente proporcionais à qualidade de vida, especificamente universitária. Destarte, servir de subsidio para que profissionais da área de saúde possam de posse desses índices, ajudar os pacientes que apresentem problemas decorrentes desses indicadores, realizando um tratamento mais preciso e eficiente direcionado ao alívio dos sintomas que envolvem a dor orofacial. Ademais, mais pesquisas devem ser fomentadas.

CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia empregada, pode-se concluir que os indicadores de dor cônica tiveram percentual elevado nos estudantes de Odontologia da FACIPE, e que ela foi pertinente com gênero e idade, depressão e cefaleia, comprometendo a qualidade de vida desses estudantes.

REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study on Pain (IASP). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. The International Association for the Study of pain, subcommittee on taxonomy. Pain. 1986;3:S1-226
2. Santos FC, Moraes NS, Pastore A, Cendoroglo MS. Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D Rev Dor. São Paulo. 2015 jul-set;16(3):171-5
3. Costa ALF, Dabreu A, Cendes F. Têmporo-mandibular joint internal derangement: association with headache, joint effusion, bruxism, and joint pain. J Contemp Dent Pract. 2008;9(6)1-10.
4. Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomndibular e dor orofacial. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(5):686-91.
5. Oliveira AS, Dias EM, Contato RG, Berzin F. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. Braz Oral Res. 2006;20(1):3-7
6. Weber P, Corrêa ECR, Ferreira FS, Soares JC, Bolzan GP, Silva AMT. Frequência de sinais e sintomas de disfunção cervical em indivíduos com disfunção temporomandibular. J. Soc. Bras. Fonoaudiol. São Paulo, 2012;24(2).
7. Bermejo-Fenoll A, Sáez-Yuguero R. Differential diagnosis of temporomandibular joint disorders. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10(1):468-9
8. Bezerra BPNR, Farias AIAM, Farias ABLF, Fontes ABL, Correia LBCN, Nascimento SR, Soares A, Franco A, Franco MSP. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. Rev Dor. São Paulo, 2012 Jul./set;13(3)235-42.

9. Farias SW. Manual prático para diagnóstico e tratamento das cefaleias. Sociedade Brasileira de Cefaleias. Rio de Janeiro. 2003.
10. Falavigna A, Teles AR, Braga GL, Conzatti LP, Ruschel LG, Silva PG. Association between primary headaches and depression in young adults in southern Brazil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013;59(6):589-593.
11. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol.* 2014;69(2):119-30.
12. Capela C, Marques PA, Assumpção A, Sauer AF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo*, 2009 jul./set;16(3):263-8.
13. Torres FC, Guterres, L, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia, GFD. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioter. Mov., Curitiba*, jan./mar. 2012;25(1):117-125.
14. Battistella CB, Guimarães TB, Quaglio CL, Ferreira-Cabrini Mariana Branão, Gaspar-Martins DA, Novo NF, Juliano Y, Carvalho DS, Guimarães AS, Alonso LG. Fatores biopsicossociais do Eixo II dos Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares em indivíduos com disfunção temporomandibular muscular e migrânea. *Rev Dor. São Paulo*, 2016 jan-mar;17(1):19-23.
15. Bezerra PNB, Ribeiro AIAM, Farias ABL, Farias ABL, Luciana BCF, Nascimento SR, Nascimento AS, Adriano MSPF. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. *Rev Dor. São Paulo*, 2012 jul-set;13(3):235-42
16. Ojini FI, Okubadejo NU, Danesi MA. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students of the University of Lagos, Nigeria. *Cephalalgia.* 2009;29(4):472-7
17. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalence of chronic pain in adult workers. *Rev Bras Enferm* 2006 jul-ago; 59(4): 509-13.
18. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica em Salvador. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):622-30
19. Carrara SV, Conti PC, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod.* 2010 Mai-Jun;15(3):114-20

20. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Rian P, Worthington HV, Macfarlane GJ. Orofacial pain: just another chronic pain? results from a population-based survey. *Pain*. 2002;99:453-8.
21. Manfredini D, Marini M, Pavan C, Pavan L, GuardaNardini L. Psychosocial profiles of painful TMD patients. *J Oral Rehabil*. 2009;36(3):193-8.
22. Piccin cf, Daniela P, Laís C, Jalusa B, Fernanda P, Eliane CRC. Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. *Rev. CEFAC*. 2016 Jan-Fev; 18(1):113-119
23. Ferri-de-Barros JF, Mauricio JA, Luis FB, Luis CCJ. Headache among medical and psychology students. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. São Paulo, 2011 June;69(3)
24. Carneiro KP, Couto M, Sanches NMARP, Souza RA, Bueno TLA, Salvetti MG. Prevalência e caracterização da dor de universitários do interior de São Paulo. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008;26(1):7-9
25. Shantakumari N, Eldeeb R, Sreedharan J, Gopal K. Computer Use and Vision-Related Problems Among University Students In Ajman, United Arab Emirate. *Ann Med Health Sci Res*. 2014 Mar-Apr;4(2):258–263.
26. Andrade Sobrinho, J. (1990). Cefaléias. *Revista Brasileira Neurologia*, 26 (1), 25-28.
27. Abbas G, Seyed-Mojtaba A, Mahboobeh FE, Seyed-Hosseini A, Hamidreza S, Mojtaba A, Ali MK. Prevalence and clinical characteristics of headache among medical students, Isfahan, Iran. *J Res Med Sci*. 2013 Mar; 18(1)24–27.
28. WHO. World Health Organization. [Online] [Citação: 28 de maio de 2016.] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/.
29. Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT, et al. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura. *RFO UPF*. 2009;14(3):262-7.
30. Rezende CHA, Carolina BA, Ediane PC, Liliane BSP. Prevalence of Depressive Symptoms Among Medicine Students of the University Federal of Uberlândia. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. 2008;32 (3)315–323.
31. Moreira DP, Furegato ARF. Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. jan.-fev. 2013 [acesso em 25/05/2016];21(Spec): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_20.pdf

TABELAS

TABELA 1: Análise descritiva (frequência e percentual) da Associação demográfica com os indicadores de dor crônica e dor orofacial

Variáveis	Dor Crônica		Dor orofacial, periauricular ecefálica.		Estalidos		Rangidos noturno		Ranger ou apertamento dentário diurno	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Gênero										
Masculino (82)	22%	18	20,7%	17	20,7%	17	19,8%	16	13,4%	11
Feminino (176)	21,6%	38	21,6%	38	33,5%	59	23,3%	41	21,0%	37
Idade										
18-19 (6)	16,6%	1	16,6%	1	33,3%	2	33,3%	2	0%	0
20-29 (161)	20,5%	33	20,5%	33	32,3%	52	24,4%	39	18,6%	30
30-39 (70)	21,7%	15	20%	14	25,7%	18	15,7%	11	18,6%	13
40-49 (12)	50%	6	50%	6	33,3%	4	33,3%	4	33,3%	4
50-59 (3)	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	33,3%	1
60-65 (1)	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0	0

TABELA 2: Análise descritiva (frequência e percentual) da associação demográfica com os Indicadores de Sintomas Físicos não específicos e Cefaleia

Variáveis	SFNE* com itens de dor		SFNE* sem itens de dor		Mialgia		Fraqueza Muscular		Cansaço Nos MMSS**		Cefaleia	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Gênero												
Masculino (82)	22,7%	20	19,5%	16	31,7%	26	25,6%	21	18,3%	15	42,7%	35
Feminino (176)	38,6%	68	32,4%	57	41,5%	73	29,5%	52	28,4%	50	52,3%	92
Idade												
18-19 (6)	33,3%	2	33,3%	2	16,6%	1	33,3%	2	33,3%	2	33,3%	2
20-29 (161)	59%	95	31,7%	51	39,8%	64	29,2%	47	28,5%	46	49,8%	79
30-39 (70)	20%	14	20%	14	41,4%	29	30%	21	28%	14	52,9%	37
40-49 (12)	33,3%	4	33,3%	4	50%	6	33,3%	3	33,3%	4	66,7%	8
50-59 (3)	0%	0	0%	0	33,3%	1	0%	0	0%	0	0%	0
60-65 (1)	100%	1	100%	1	0%	0	100%	1	100%	1	0%	0

*SFNE – Sintomas físicos não específicos *MMSS – Membros superiores

TABELA 3: Análise descritiva (frequência e percentual) da associação demográfica com depressão e seus indicadores.

Variáveis	Depressão Moderada/ Severa		Preocupar-se muito		Sentir-se fraco		Sentir-se triste		Sentir-se só	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Gênero										
Masculino (82)	31,7%	26	60,9%	50	36,5%	30	30,4%	25	26,8%	20
Feminino (176)	43,8%	77	66,5%	115	50,6%	89	43,8%	77	35,8%	63
Idade										
18-19 (6)	83,7%	5	100%	6	16,6%	1	50%	3	33,3%	2
20-29 (161)	46,6%	75	65,8%	106	48,4%	78	44,1%	71	37,9%	61
30-39 (70)	22,9%	16	60%	42	43,7%	32	29,5%	20	22,8%	16
40-49 (12)	41,7%	5	58,4%	7	50%	6	33,3%	4	33,3%	4
50-59 (3)	0%	0	66,6%	2	0%	0	0%	0	0%	0
60-65 (1)	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1

ANEXOS

ANEXO 01 - QUESTIONÁRIO



RDC - TMD

Research Diagnostic Criteria for
Temporomandibular Disorders

Português – BRASIL

Nome	Prontuário / Matrícula n°	RDC n°
Examinador	Data ____ / ____ / ____	

HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO

Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.

1. Como você classifica sua saúde em geral?

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

2. Como você classifica a saúde da sua boca?

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

3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos olhos, na cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?

- 0 Não
 1 Sim

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

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

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

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

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

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

Ano(s)

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

Mês(es)

5. A dor na face ocorre?

- 1 O tempo todo
- 2 Aparece e desaparece
- 3 Ocorreu somente uma vez

6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?

- 1 Não
- 2 Sim, nos últimos seis meses.
- 3 Sim, há mais de seis meses.

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?

NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL

8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?

NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL

9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?

NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL

10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?

Dias

11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”?

NENHUMA INTERFERÊNCIA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE

12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?

NENHUMA MUDANÇA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MUDANÇA EXTREMA

13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?

NENHUMA MUDANÇA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MUDANÇA EXTREMA

14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?

- 0 Não
- 1 Sim

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

[Se **já teve** travamento da mandíbula, PASSE para a próxima pergunta]

14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

- 0 Não
- 1 Sim

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

0 Não

1 Sim

15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

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

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

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

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

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

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

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça * se positivo ,responder a pergunta 32	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

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

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

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

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

23. Qual a data do seu nascimento?

Dia Mês Ano

24. Qual seu sexo?

- 1 Masculino
 2 Feminino

25. Qual a sua cor ou raça?

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

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

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

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

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

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)? 0 Não 1 Sim[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**][Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]**28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?** 0 Não 1 Sim[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**][Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]**28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?** 1 Sim, procurando emprego 2 Sim, afastado temporariamente do trabalho 3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho 4 Não

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa CEFALÉIA TENSIONAL, DISFUNÇÃO CRÂNIO-MANDIBULAR EM ALUNOS DA GRADUAÇÃO DE ENTIDADE DE ENSINO PARTICULAR E A SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso você não queira participar do estudo, você não será prejudicado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos Faculdade Integrada de Pernambuco. Rua José Osório, 76 - Madalena - Recife / PE (81) 3878-5100 - facipe@facipe.edu.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: CEFALÉIA TENSIONAL, DISFUNÇÃO CRÂNIO-MANDIBULAR EM ALUNOS DA GRADUAÇÃO DE ENTIDADE DE ENSINO PARTICULAR E A SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Pesquisadores Responsáveis: MICHELLY CAUÁS DE QUEIROZ GATIS.

JEOVAL SEVERINO DE FREITAS NETO

RODOLFO TAVARES DE MELO

Endereço/Telefone/e-mail para contato (inclusive ligações a cobrar): Facipe – Unidade Ciências da Saúde. Av Caxangá n.4477 Cidade Universitária, Recife . Fone (81) 96158040. michellycauas@yahoo.com.br. Fone (81) 95099798, jeovalneto@hotmail.com. Fone (81) 9510 2726 , jrtmelo@yahoo.com.br

A presente pesquisa, intitulada tem como objetivo avaliar a prevalência entre Disfunção Crânio-Mandibular (DCM) e cefaleia do tipo tensional, e avaliar a inter-relação entre Disfunção Crânio-Mandibular (DCM) e cefaleia do tipo tensional e influência na qualidade de vida.

Riscos: Os riscos a que o participante da pesquisa poderá ser submetido é o de constrangimento em responder ao questionário.

Benefícios: Esperamos com este estudo evidenciar a correlação entre a cefaleia do tipo tensional e disfunção crânio-mandibular bem como os fatores que possam influenciar o aparecimento de ambas

entidades e influenciar a qualidade de vida do indivíduo. Para assim, poder de forma mais eficaz auxiliar o aluno na sua jornada pela construção do pensamento. Os alunos participantes terão garantia de sigilo, como também, liberdade para deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo

◆ Nome e Assinatura das pesquisadoras:

MICHELLY CAUÁS DE QUEIROZ GATIS

JEOVAL SEVERINO DE FREITAS NETO

JOSÉ RODOLFO TAVARES DE MELO

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO 03 – PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/ PROPEGE/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CEFALÉIA TENSIONAL, DISFUNÇÃO CRÂNIO-MANDIBULAR EM ALUNOS DA GRADUAÇÃO DE ENTIDADE DE ENSINO PARTICULAR: INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA.

Pesquisador: Michelly Cauás de Queiroz Gatis

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25832713.5.0000.5207

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 637.475

Data da Relatoria: 06/05/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo em tela, do tipo observacional analítico, tem como objetivo identificar a ocorrência ou não de DCM e/ou cefaléia do tipo tensional e a relação ou não destas entidades nosológicas com a alteração com a qualidade de vida dos alunos de uma Instituição de Ensino Superior da cidade do Recife. Será aplicado questionário validado aos alunos da área de humanas, curso de direito e da área de saúde, durante um período de seis meses após aprovação do comitê de ética. Após coleta dos dados e tratamento estatístico. O trabalho será realizado na Faculdade Integrada de Pernambuco (FACIPE-UNIT), Recife, Pernambuco, no Campus Jurídico e Saúde, por um período de seis meses após a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa. Serão aplicados os questionários da RDC [Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) Axis II (Dworkin, LeResche, 1992)] e do Whoqol-bref de qualidade de vida, aos alunos que voluntariamente aceitarem participar da pesquisa e, dessa forma, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário será empregado ao corpo discente regularmente matriculado no período diurno e noturno dos cursos de Odontologia e Direito desta Instituição. Os alunos serão distribuídos em grupos de 150 pelo turno, manhã e noite, e para cada curso, correspondendo há 600 alunos no total. Para análise dos dados, serão obtidas as distribuições absolutas, percentuais e as medidas estatísticas (média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo) na

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

Continuação do Parecer: 637.475

técnicas de estatística descritiva. Para análise dos dados, serão utilizados os testes t-Student com variâncias iguais ou desiguais, ANOVA com comparações múltiplas pareadas de Tukey. O nível de significância utilizado será de 5,0%.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Avaliar a inter-relação entre Disfunção Crânio-Mandibular (DCM), cefaleia do tipo tensional e influência na qualidade de vida.

Objetivos específicos:

- Avaliar a prevalência de DCM e cefaleia em graduandos do turno noturno e diurno do curso de Direito e Odontologia;
- Avaliar a relação de DCM e cefaleia com o gênero;
- Avaliar a prevalência de DCM e cefaleia com a atividade profissional dos sujeitos da pesquisa,
- Avaliar a perda da qualidade de vida nas pessoas que apresentam DCM e/ou cefaleia do tipo tensional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

- De acordo com os pesquisadores, existe o risco de constrangimento dos indivíduos em responder às questões e ser avaliado. Dessa forma, os pesquisadores devem indicar as medidas que serão utilizadas para minimizar esse risco no projeto e no TCLE.

Benefícios

- Ao final da pesquisa, Após coleta dos dados e tratamento estatístico, espera-se obter um norte sobre a prevalência destas patologias entre os alunos de uma Instituição de Ensino Superior particular, e poder agir de forma preventiva.

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO/ PROPEGE/



Continuação do Parecer: 637.475

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo em tela é pertinente e apresenta significativo valor científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo em tela é pertinente e apresenta significativo valor científico.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Pleno acompanha o parecer do relator.

RECIFE, 07 de Maio de 2014

Assinador por:
Nelson Rubens Mendes Loretto
(Coordenador)

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

ANEXO 04 – NORMAS DA REVISTA

Instruções aos Autores

Escopo e política - Forma e preparação de manuscritos - Envio de manuscritos

Escopo e política

A REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal (Rev. CEFAC.), ISSN 1516-1846, indexada nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS, Sumários.org, Gale, Eletronic Journals Service - Redalyc, ABEC, é publicada bimestralmente com o objetivo de registrar a produção científica sobre temas relevantes para a Fonoaudiologia e áreas afins. São aceitos para apreciação apenas trabalhos completos originais, preferencialmente em Inglês, também podendo ser em Português ou Espanhol; que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista. Caso aprovados, os artigos (tanto em língua estrangeira quanto na versão em português) deverão vir acompanhados de comprovante de que a tradução (língua estrangeira) e a correção (português) foram feitas por profissional habilitado, não necessitando ser juramentado. Inicialmente, a submissão poderá ser feita na versão em português, mas caso o artigo seja aprovado, o envio da versão em inglês é obrigatória. Podem ser encaminhados: artigos originais de pesquisa, artigos de revisão, comunicação breve e relatos de casos clínicos.

Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Os trabalhos que não respeitarem os requisitos técnicos e não estiverem de acordo com as normas para publicação não serão aceitos para análise e os autores serão devidamente informados, podendo ser novamente encaminhados para apreciação após as devidas reformulações, momento no qual receberão novo número de submissão. Todos os trabalhos, após avaliação técnica inicial e aprovação pelo Corpo Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de, no mínimo, dois pareceristas (peer review) de reconhecida competência no assunto abordado cujo anonimato é garantido durante o processo de julgamento. Os comentários serão compilados e encaminhados aos autores para que sejam realizadas as modificações sugeridas ou justificadas em caso de sua conservação. Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho e a carta resposta comentando ponto a ponto as observações dos avaliadores, deverão ser novamente encaminhadas via submissão *online*. Somente após aprovação final dos revisores e editores, os autores serão informados do aceite e os trabalhos passarão à sequência de entrada para publicação. Os artigos não selecionados receberão notificação da recusa.

É reservado ao departamento editorial da Revista CEFAC, o direito de modificação do texto, caso necessário e sem prejuízo de conteúdo, visando uniformizar termos técnicos e apresentação do manuscrito. Somente a Revista CEFAC poderá autorizar a reprodução em outro periódico dos artigos nela contidos. Nestes casos, os autores deverão pedir autorização por escrito à Revista CEFAC.

Envio do Manuscrito Para Submissão
Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo sistema de editoração *online*, disponível em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rcefacsielo>

TIPOS DE TRABALHOS

Artigos originais de pesquisa: são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)*, *Discussão (Discussion)*, *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências constituídas de **70%** de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico “Métodos”, informando a aprovação do Comitê de Ética e o número do processo, o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse e intervenção. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão (Conclusion)*.

Artigos de revisão de literatura: são revisões da literatura, constituindo revisões críticas e comentadas sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)* que justifique o tema de revisão incluindo o *objetivo*; *Métodos (Methods)* quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); *Revisão da Literatura (Literature Review)* comentada com discussão; *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Comunicação breve: são relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas; manuscritos que

descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais/Conclusões e Referências*. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: Resumo (*Abstract*), Objetivo (*Purpose*), Métodos (*Methods*), Resultados (*Results*) e Conclusão/Considerações Finais (*Conclusion*).

Relatos de casos clínicos: relata casos raros ou não comuns, particularmente interessantes ou que tragam novos conhecimentos e técnicas de tratamento ou reflexões. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, sucinta e apoiada em literatura que justifique a apresentação do caso clínico; *Apresentação do Caso (Case Report)*, descrição da história, dos procedimentos e tratamentos realizados; *Resultados (Results)*, mostrando claramente a evolução obtida; *Discussão (Discussion)* fundamentada; *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion/Final Considerations)* e *Referências (References)*, pertinente ao relato. Máximo de 30 referências constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, preferencialmente dos últimos 5 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

As normas da revista são baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, versão de fevereiro de 2006 disponível em: <http://www.icmje.org/>

A Revista CEFAC apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua seres humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

<i>Australian Clinical Trials Registry</i>	http://actr.org.au
<i>Clinical Trials</i>	http://www.clinicaltrials.gov/
<i>ISRCTN Register</i>	http://isrctn.org
<i>Netherlands Trial Register</i>	http://www.umin.ac.jp/ctr

Os autores são estimulados a consultar as diretrizes relevantes a seu desenho de pesquisa específico. Para obter relatórios de estudos controlados randomizados, os autores podem consultar as recomendações CONSORT <http://www.consort-statement.org/>

REQUISITOS

TÉCNICOS

a) Arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço

simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras com as respectivas legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras). Gráficos, fotografias e ilustrações se caracterizam como figuras. Questionários podem vir como Anexo e devem, necessariamente, estar em formato de quadro.

b) permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor, quando houver; anexando cópia do “Consentimento Livre e Esclarecido”, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

c) aprovação do *Comitê de Ética em Pesquisa* (CEP), quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a informação quanto à assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, por todos os sujeitos envolvidos ou seus responsáveis **(Resolução CNS 466/2012)**.

d) carta assinada por todos os autores no Termo de Responsabilidade em que se afirme o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, garantindo que o artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, reservando o direito de exclusividade à Revista CEFAC e autorizando a adequação do texto ao formato da revista, preservando seu conteúdo. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação, determinando a exclusão editorial do nome da pessoa da relação dos autores. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Os editores podem solicitar justificativas quando o total de autores exceder a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE – MODELO

Nós, (Nome(s) do(s) autor(es) com, RG e CPF), nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado _____ e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou on line na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Data, Assinatura de todos os Autores

PREPARO DO MANUSCRITO

1. Página de Identificação: deve conter: **a)** título do manuscrito em Português (ou Espanhol) e Inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; **b)** título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em Português, Inglês ou em Espanhol; **c)** nome completo de cada autor, nome da entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País. **d)** nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; **e)** indicar a área: Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Audiologia, Saúde Coletiva, Disfagia, Fonoaudiologia Escolar, Fonoaudiologia Geral e Temas de Áreas Correlatas a que se aplica o trabalho; **f)** identificar o tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa, artigo de revisão de literatura, comunicação breve, relatos de casos clínicos; **g)** citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho, se houver; **h)** citar conflito de interesse (caso não haja colocar inexistente).

Em síntese:
Título do manuscrito: em português ou espanhol e em inglês.
Título resumido: até 40 caracteres em português, espanhol ou em inglês.
Autor Principal (1), Primeiro Co-Autor (2)...
(1)nome da entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País.
Nome, endereço e e-mail do autor responsável.
Área:
Tipo de manuscrito:
Fonte de auxílio: citar apenas se houver
Conflito de Interesse:

2. Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e em inglês, com no máximo **250 palavras**. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significantes, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do *resumo/abstract*, especificar os *descritores/keywords* que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. Os descritores deverão ser baseados no *DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)* publicado pela Bireme, que é uma tradução do *MeSH (Medical Subject Headings)* da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br>, seguir para: terminologia em saúde – consulta ao *DeCS*; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos.

No caso de Ensaio Clínicos, abaixo do Resumo, indicar o número de registro na base de Ensaio Clínicos(<http://clinicaltrials.gov>).

3. Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as

mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. A Introdução deve conter dados que direcionem o leitor ao tema, de maneira clara e concisa, sendo que os objetivos devem estar claramente expostos no último parágrafo da Introdução. Por exemplo: O (s) objetivo (s) desta pesquisa foi (foram).... e deve coincidir com o objetivo proposto no resumo/abstract. O Método deve estar detalhadamente descrito. O primeiro parágrafo deve iniciar pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o respectivo número de protocolo. Os critérios de inclusão e de exclusão devem estar especificados na casuística. Os procedimentos devem estar claramente descritos de forma a possibilitar réplica do trabalho ou total compreensão do que e como foi realizado. Protocolos relevantes para a compreensão do método devem ser incorporados à metodologia no final deste item e não como anexo, devendo constar o pressuposto teórico que a pesquisa se baseou (protocolos adaptados de autores, baseados ou utilizados na íntegra, etc.). No último parágrafo deve constar o tipo de análise estatística utilizada, descrevendo-se os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados. Os Resultados podem ser expostos de maneira descritiva, por tabelas ou figuras (gráficos, quadros, fotografias e ilustrações são chamados de figuras) escolhendo-se as que forem mais convenientes. Solicitamos que os dados apresentados não sejam repetidos em gráficos ou em texto.

4. Notas de rodapé: não deve haver notas de rodapé. Se a informação for importante para a compreensão ou para a reprodução do estudo, a mesma deverá ser incluída no corpo do artigo.

5. Agradecimentos: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

6. Referências Bibliográficas: a apresentação deverá estar baseada no formato denominado “*Vancouver Style*”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas. Referencia-se o(s) autor(es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.*

7. Tabelas, Quadros e Gráficos (lembrar que quadros e gráficos devem ser chamados de Figuras conforme item 3): As tabelas, quadros e gráficos deverão ser formatados no Word ou Excel, estando plenamente editáveis e destravados. Não serão aceitas tabelas, quadros ou gráficos colados no texto, ou sem a base de dados original em que foi criado. No caso de gráficos formatados no Excel, solicita-se o envio dos arquivos originais (xls) em que foram criados. Cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

8. Figuras (fotografias, ilustrações): As imagens e ilustrações devem ter seu lugar indicado no texto e ser enviadas também em anexos separados, em formato TIF ou JPG, com resolução mínima de 300 dpi devendo-se considerar a largura máxima da revista de 16,5 cm. Podem ser coloridas, ou preto e branco (tons de cinza). Devem ser salvas e nomeadas segundo o artigo e a ordem: artigoX_fig_1, artigoX_fig_2, sucessivamente, e idênticas ao conteúdo. Cada figura deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução. Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Formatt), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor.

9. Análise Estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

10. Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e

figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e no resumo.

11. Unidades: valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.