

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

**Correlação entre aspectos emocionais e severidade de sintomas em
indivíduos com dor persistente diagnosticados com DTM**

Aluna: Valquiria Dias Magalhães

Orientador: Prof. Dra. Julia Maria dos Santos

Colaborador: Prof. Dr. Paulo César Simamoto Jr.

Uberlândia

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

**Correlação entre aspectos emocionais e severidade de sintomas em
indivíduos com dor persistente diagnosticados com DTM**

Valquiria Dias Magalhães

Trabalho de Conclusão de Curso como pré-requisito
para obtenção do título de graduação em Fisioterapia
da Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Orientador: Prof. Dra. Julia Maria dos Santos

Colaborador: Prof. Dr. Paulo César Simamoto Jr.

Uberlândia

2022

Resumo

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma condição comum de dor orofacial persistente dentre as causas não-odontogênicas e muitas vezes, seu tratamento e controle é muito difícil, com grande sofrimento experimentado pelos pacientes. É de amplo conhecimento que aspectos emocionais/comportamentais estão diretamente relacionados ao fenômeno doloroso e esses afetam diretamente as evoluções positivas ou negativas dentro de um programa de reabilitação. Todavia, não se conhece como isso se processa. Características de enfrentamento positivo ou negativo perante as situações da vida do indivíduo, associadas a presença de dor crônica, podem afetar diretamente o sucesso ou fracasso do tratamento. O estudo tem por objetivo correlacionar o perfil doloroso e estados emocionais/comportamentais de indivíduos que sofrem com dor persistente, diagnosticados com DTM com a severidade de seus sintomas. É um estudo transversal onde foram convidados a participar, voluntários de ambos os sexos, entre 18 e 60 anos, que sofrem com dor persistente e que tenham diagnóstico de DTM. Foram avaliados o perfil doloroso através da escala numérica de dor (END) e aspectos emocionais/comportamentais através dos questionários de sintomas de sensibilização central, catastrofização e cinesiofobia específica para DTM. Apenas quatro participantes foram avaliados. Com isso, perdemos totalmente qualquer poder estatístico e por essa razão, optamos por não apresentar dados de normalidade e também não realizar o teste de correlação. Os dados brutos foram apresentados. Esperamos que correlações moderadas a fortes se mostrem evidentes entre os estados emocionais/comportamentais e a severidade de sintomas em indivíduos diagnosticados com DTM, especialmente na presença de sinais e sintomas sugestivos de sensibilização central, com a continuidade desse trabalho assim que os centros parceiros retomarem seus atendimentos e mais participantes forem incluídos na amostra.

Abstract

Temporomandibular disorder (TMD) is a common condition of persistent orofacial pain among non-odontogenic causes and its treatment and control is often very difficult, with great suffering experienced by patients. It is widely known that emotional/behavioral aspects are directly related to the painful phenomenon and these directly affect the positive or negative evolutions within a rehabilitation program. However, it is not known how this takes place. Characteristics of positive or negative coping with situations in the individual's life, associated with the presence of chronic pain, can directly affect the success or failure of treatment. The study aims to correlate the painful profile and emotional/behavioral states of individuals who suffer from persistent pain, diagnosed with TMD with the severity of their symptoms. It is a cross-sectional study in which volunteers of both sexes, aged between 18 and 60 years, who suffer from persistent pain and have a diagnosis of TMD, were invited to participate. Pain profile was evaluated using the Numerical Pain Scale (END) and emotional/behavioral aspects through questionnaires on symptoms of central sensitization, catastrophizing and TMD-specific kinesiophobia. Only four participants were evaluated. As a result, we totally lost any statistical power and for that reason, we chose not to present normality data and also not perform the correlation test. Raw data were presented. We hope that moderate to strong correlations will be evident between emotional/behavioral states and symptom severity in individuals diagnosed with TMD, especially in the presence of signs and symptoms suggestive of central sensitization, with this work continuing once partner centers resume their activities. attendances and more participants are included in the sample.

Introdução

A dor tem sido considerada um complexo problema de saúde pública, gerando grandes custos e investimentos para seu tratamento e controle. Alguns dados estimam que cerca de 40% da população mundial sofra com dor musculoesquelética (IASP, 2010). No Brasil, estimativas indicam que mais de 60 milhões de brasileiros tenham dor persistente, de acordo com dados da Sociedade Brasileira para o estudo da Dor - SBED, 2014).

A dor orofacial afeta tecidos moles da cavidade oral e da face. Evidências apontam que 22% da população adulta americana sofra cronicamente com esse tipo de dor (Almeida et al., 2016). De acordo com a Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial – SBDOF – dentre as condições clínicas frequentemente associadas à dor orofacial estão às de origem dentária e de tecidos periodontais, as decorrentes de lesões do sistema nervoso somatossensorial, tumorais, traumáticas, autoimunes e as disfunções temporomandibulares (DTM), consideradas condições mais comuns dentre as causas não-odontogênicas.

Alterações temporomandibulares são termos coletivos utilizados para descrever vários distúrbios inter-relacionados que afetam o sistema estomatognático e suas estruturas relacionadas (ASTJS, 2003). Embora o diagnóstico de DTM ainda permaneça controverso, os relatos desses distúrbios são muito comuns. Cerca de 60 a 70% das pessoas apresentam algum sinal de DTM ao longo da vida. A pesquisa atual sobre DTM descreve um grupo de fatores etiológicos que a englobam em uma disfunção biopsicossocial ou biocomportamental (Chaves et al., 2008; Gil-Martínez, 2018). Esses fatores envolvem três aspectos: fatores predisponentes; desencadeantes ou precipitantes e perpetuadores ou de sustentação. Os fatores predisponentes incluem as características estruturais, neurológicas, hormonais e metabólicas dos indivíduos. Os fatores perpetuadores são aqueles que contribuem para a continuidade dos sintomas e podem

incluir doenças sistêmicas e patologias cervicais. Os fatores precipitantes são os mais importantes pois enquadram-se em uma de 4 categorias seguintes: i) trauma extrínseco na região da cabeça, pescoço ou mandíbula; ii) trauma extrínseco repetido ou parafuncionais de baixo grau como roer unhas e mascar chicletes; iii) trauma intrínseco repetido, de baixo grau, como cerrar os dentes ou bruxismo; iv) estresse demasiado e por tempo prolongado.

Dor, por definição clássica e revisada, é concebida como “experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja, 2020). Especialmente na dor persistente, esse conceito agrega a si dimensões sensitivo-discriminativas, afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativas, que se referem à percepção do indivíduo em relação ao fenômeno doloroso.

Muitas das condições clínicas que evoluem cronicamente baseiam-se na hipótese de alterações nos sistemas de modulação central da dor e são classificadas dentro do mecanismo nociplástico. Dentre as características desse mecanismo encontra-se a sensibilização central (SC) (Monaco et al., 2017; Kindler et al., 2011). Ela é definida como uma amplificação da sinalização neural aos estímulos dolorosos, através das vias de transmissão e modulação dentro do sistema nervoso central (SNC), desencadeando hipersensitividade e hiperresponsividade à dor (Woolf, 2011; Nijs et al., 2014). Ao fenômeno de SC acompanha-se quadro de dor desproporcional ao tipo de lesão, assim como incongruência entre exame objetivo e subjetivo do paciente, dor de distribuição difusa ou irregular que pode estar distante da queixa original, hiperalgesia e alodínia e hipersensibilidade excessiva de outros sentidos que não se relacionam diretamente ao sistema musculoesquelético (p. ex. tátil, visual, auditivo) (Nijs et al., 2014). Essas alterações carecem de evidências instrumentais que podem, direta e proporcionalmente,

explicar a severidade da dor e disfunção apresentada por esses pacientes. A DTM é considerada uma síndrome de SC específica (Dubner et al., 2016; Touche et al., 2018).

Dentro da fisioterapia, muito tem sido produzido com relação às intervenções voltadas aos aspectos biopsicossociais que possam agregar ao tratamento baseado em exercícios físicos de indivíduos que sofrem com dor persistente, como por exemplo, estratégias cognitivo-comportamentais, técnicas de meditação e atenção plena (mindfulness), imagética motora graduada e educação em dor. Entretanto, ainda é muito pobre a compreensão sobre o estado emocional desses indivíduos. É de amplo conhecimento científico que aspectos emocionais estão diretamente relacionados com as evoluções positivas ou negativas de um indivíduo dentro de um programa de reabilitação. Todavia, não se conhece como isso se processa. Características de enfrentamento positivo ou negativo perante as situações da vida do indivíduo, associadas a presença de dor crônica, podem afetar diretamente o sucesso ou fracasso do tratamento.

Assim, esses estudos podem ajudar a refinar intervenções cognitivo comportamentais e melhorar os resultados do tratamento fisioterapêutico e a manutenção dos mesmos. Dessa forma, o objetivo do estudo é correlacionar estados emocionais em indivíduos diagnosticados com DTM e a severidade de seus sintomas, para que com isso, se possa aprimorar o tratamento oferecido a essa população.

Os objetivos do estudo consistem em correlacionar o perfil doloroso e estados emocionais/comportamentais de indivíduos que sofrem com dor persistente, diagnosticados com DTM com a severidade de seus sintomas.

Material e métodos

Estudo desenvolvido no Laboratório de Avaliação em Biomecânica e Neurociências (LABiN) do curso de Fisioterapia. O projeto foi submetido ao Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de acordo com a resolução CNS 466/12 e 510/16 (CAAE: 38721720.3.0000.5152).

Foram considerados critérios de inclusão para participação na pesquisa, indivíduos diagnosticados com DTM, entre 18 e 60 anos de idade, de ambos os sexos, que apresentem dor como um dos principais sintomas da disfunção por pelo menos três meses e intensidade de pelo menos 3 na Escala Numérica de Dor (END). Não foram incluídos indivíduos que apresentam histórico de lesão central e quaisquer distúrbios/desordens cognitivas que comprometam o entendimento dos procedimentos.

Após a explicação sobre os objetivos da pesquisa e uma vez preenchidos os critérios para participação na mesma, os voluntários, após aceite para participação na mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida foram submetidos à uma avaliação fisioterapêutica, composta por anamnese e exame físico. Os participantes responderam algumas escalas e questionários: a escala numérica de dor (END), o inventário de sensibilização central (*Central Sensitization Inventory* – CSI), a escala de catastrofização da dor (*Pain Catastrophizing Scale* – PCS) e a escala Tampa de cinesiofobia para DTM.

Na escala numérica de dor (END), o voluntário deve relatar um número entre 0 (zero) e 10 (dez) que melhor represente sua dor nas últimas 24 horas, sendo zero considerado ausência de dor e 10, a pior dor possível já sentida. Esse teste é amplamente utilizado na literatura com boa validade de constructo (Chiarotto et al., 2019).

O CSI foi desenvolvido para avaliar sintomas de sensibilização central e assim melhor compreender o mecanismo de dor predominante no indivíduo. É composto por 25 questões e calculado a partir do escore total, embora a validade estrutural tenha apontado 4 domínios. Pontuações acima de 40 sugerem sintomas de sensibilização central (Nijs et al., 2016; Caumo et al., 2017).

A escala de catastrofização da dor (PCS) é uma medida utilizada para avaliar o pensamento do indivíduo frente a dor. Esta escala apresenta 13 sentenças, as quais o indivíduo deve completar mediante a seleção de uma das respostas em uma escala de Likert de zero a 4 (onde zero = mínimo; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = intensa e 4 = muito intensa). Essa escala é dividida em três domínios (desesperança, amplificação e ruminação) e idealmente, o escore deve ser obtido para cada domínio separadamente. Entretanto, o valor é dado em escore total onde pontuação acima de 23/52 pontos, é considerado alta catastrofização (Sullivan et al., 1995; Linton et al., 2011; Sehn et al., 2012).

A escala Tampa de cinesiofobia aqui apresentada é específica para DTM (TSK/TMD-Br) e mensura crenças sobre medo e evitação. Tem 2 subescalas com 12 questões e é dividida em dois domínios – evitando atividades e foco somático (Aguiar et al., 2017). O indivíduo deve responder as sentenças de acordo com uma escala de Likert que vai de 1 (discorda fortemente) a 4 (concorda fortemente). O escore é fornecido para cada domínio, e quanto mais alta for a pontuação, piores são os sintomas de DTM.

Análise dos dados

A amostra aqui avaliada é muito pequena, apenas 4 participantes foram avaliados. Com isso, perdemos totalmente qualquer poder estatístico e por essa razão, optamos por não apresentar dados de normalidade e também não realizar o teste de correlação. Os dados serão apresentados como dados brutos.

Resultados

A caracterização da amostra quanto aos participantes está demonstrada na tabela 1. São apresentados dados como idade, peso, altura, sexo e a intensidade da dor de acordo com a END média de cada um dos voluntários.

Os dados brutos das escalas avaliadas – CSI; PCS e TSK/TMD-Br estão demonstrados na tabela 2.

Tabela 1: Caracterização da amostra.

Participantes	Idade (anos)	Sexo	Peso (Kg)	Altura (cm)	END
1	23	F	55	177	6
2	18	F	50	163	2
3	24	F	52	162	7
4	23	F	60	153	3

Tabela 2: Dados brutos das escalas avaliadas. CSI = Inventário de Sensibilização Central – pontuações acima de 40 pontos sugerem sintomas de sensibilização central; PCS = Escala de Catastrofização da Dor – pontuações acima de 23 pontos são consideradas como perfil de catastrofização e TSK/TMD-Br = Escala Tampa de Cinesiofobia para Disfunção Temporomandibular – versão português - Brasil. A pontuação total dessa escala é 48 pontos e quanto maior a pontuação, piores são os sintomas de DTM.

Participantes	CSI	PCS	TSK/TMD-Br
1	50	12	26
2	39	8	30
3	60	44	36
4	13	61	25

Discussão

A hipótese do estudo era que houvesse de moderada a forte correlação entre estados emocionais/comportamentais e severidade de sintomas em indivíduos diagnosticados com DTM, especialmente na presença de sinais e sintomas sugestivos de sensibilização central e maiores intensidades de dor. Entretanto, em virtude de vários problemas decorrentes da pandemia, a coleta experimental não pode ser realizada

conforme previsto no projeto inicial. Somente quatro participantes foram avaliados, o que não nos permite inferir sobre resultados estatísticos. A partir disso, optamos por apresentar os dados brutos das escalas avaliadas.

A maioria dos participantes avaliados demonstram sintomas de sensibilização central. O perfil de alta catastrofização foi identificado em apenas 2 dos participantes, o que representa 50% da amostra. Com relação aos sintomas de cinesiofobia específica para DTM, a amostra mostrou-se também muito relativa. O escore total do questionário é de 48 pontos e quanto mais próximo desse valor a pontuação obtida, piores são os sintomas de DTM. Observa-se 2 indivíduos com as pontuações mais elevadas, entretanto, dos quatro participantes avaliados, apenas um deles não relatou travamento da mandíbula, de modo que chegue a impedir os movimentos da boca. Todos os voluntários relataram dor mandibular e ruídos em frente ao ouvido, sejam eles do tipo estalos ou outros ruídos quando movimentam a boca.

A literatura mostra que quanto maior o tempo de exposição de um indivíduo à dor, maior tendência a SC e maiores as alterações neuroplásticas patológicas no SNC. Sabe-se que a dor persistente provoca mudanças no tamanho e na organização do mapa somatossensorial. Há uma redução no tamanho da área de entrada aferente do córtex sensorial (S1) em indivíduos que sofrem com dor persistente e essa é proporcional à intensidade da dor (Malhofner et al., 2003; Marinus et al., 2011; DiPietro et al., 2015). Entretanto, não se sabe até que ponto essas alterações podem ser reversíveis.

É sabido que o processamento neural da dor envolve a integração cortical de várias áreas do encéfalo que em conjunto, produzem dor, não existindo, portanto, uma rede específica de processamento neural da dor. Isso favorece o aparecimento de uma série de comorbidades e alterações emocionais associadas aos quadros de dores crônicas, como alterações neurovegetativas, os transtornos de humor do tipo ansiedade e depressão,

distúrbios do sono, fadiga crônica, cinesiofobia, catastrofização e medo (Vyas et al., 2002; Radley et al., 2004; Eisenbruch & Wolf, 2015; Bergstrom, 2016, Tracy et al., 2016; Nijs et al., 2016; Afolalu et al., 2017).

A literatura atual tem fortemente sugerido que sejam adicionadas intervenções que levem em conta aspectos psicossociais e emocionais do indivíduo ao tratamento, de modo a obter desfechos mais satisfatórios, especialmente em relação à redução da intensidade da dor e melhora funcional. Dor é um fenômeno extremamente subjetivo, individual e complexo e compreender melhor suas correlações com estados emocionais e comportamentais pode contribuir para melhorar a abordagem a esse paciente, aprimorar aspectos da avaliação, refinar intervenções cognitivo comportamentais e melhorar os resultados dos tratamentos e a manutenção dos mesmos.

Acreditamos que as sugestões feitas a partir dos dados preliminares apresentados se confirmarão com a continuidade desse trabalho assim que os centros parceiros retomarem seus atendimentos e mais participantes forem incluídos na amostra.

Conclusão

A partir dos quatro participantes avaliados, não nos é possível inferir estatisticamente ainda sobre os resultados. Entretanto, esperamos que correlações moderadas a fortes se mostrem evidentes entre os estados emocionais/comportamentais e a severidade de sintomas em indivíduos diagnosticados com DTM, especialmente na presença de sinais e sintomas sugestivos de sensibilização central, com a continuidade desse trabalho assim que os centros parceiros retomarem seus atendimentos e mais participantes forem incluídos na amostra.

Referências bibliográficas

- Afolalu EF, Ramlee F, Tang NKY. Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population. A systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Med Ver. Elsevier*, 2017.
- Aguiar AS, Bataglioni C, Visscher CM, Bevilacqua Grossi D, Chaves TC. Cross-cultural adaptation, reliability and construct validity of the Tampa scale for kinesiophobia for temporomandibular disorders (TSK/TMD-Br) into Brazilian Portuguese. *J Oral Rehabil.* Jul;44(7):500-510, 2017.
- Almeida AM, Fonseca J, Félix S. Dor orofacial e DTM: tratamento farmacológico. Sociedade Portuguesa de DTM e dor orofacial. 2016.
- American Society of Temporomandibular Joint Surgeons (ASTJS). Guidelines for diagnosis and management of disorders involving the temporomandibular joint and related musculoskeletal structures. *Cranio.* 2003;21(1):68-76.
- Bergstrom HC. The neurocircuitry of remote cued fear memory. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 409-417, 2016.
- Caumo W et al. The Central Sensitization Inventory validated and adapted for a Brazilian population: psychometric properties and its relationship with brain-derived neurotrophic factor. *J Pain Res.* 10: 2109–2122, 2017.
- Chaves TC, Oliveira AM, Grossi DB. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte I: índices e questionários; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Fisioterapia e Pesquisa*, 1, 5(1); 2008.
- Chiarotto A et al. Measurement Properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of the Brief Pain Inventory in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review. *J Pain.* 2019 Mar;20(3):245-263.
- Di Pietro F, Stanton TR, Moseley GL, Lotze M, McAuley JH. Interhemispheric somatosensory differences in chronic pain reflect abnormality of the healthy side. *Human Brain Mapp.* 36(2); 508-518, 2015. doi: 10.1002/hbm.22643
- Dubner R, Harper DE, Schrepf A, Clauw DJ. Pain Mechanisms and Centralized Pain in Temporomandibular Disorders. *Journal of Dental Research*, 95(10), 1102–1108, 2016.
- Eisenbruch S, Wolf OT. Could stress contribute to pain-related fear in chronic pain? *Frontiers in behavioral neuroscience*, 9, 2015.
- Gil-Martínez A, Alemany AP, Villanueva IL, Touche RL. Management of pain in patients with temporomandibular disorder (TMD): challenges and solutions. *Journal of Pain Research.* 11, 571–587, 2018.

International Association for the Study of Pain (IASP), 2010. <http://www.iasp-pain.org/>

Kindler LL, Bennett RM, Jones KD. Central sensitivity syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. *Pain Management Nursing*. 12 (1), 15–24, 2011.

Linton SJ, Nicholas MK, MacDonald S, et al. The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *Eur J Pain* 2011;15:416–22.

Malhofner C, Handwerker HO, Neundorfer B, Birklein F. Patterns of cortical reorganization in complex regional pain syndrome. *Neurology*, 23:61(12); 1707-1715, 2003.

Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Malhofner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol*. 10(7), 637-648, 2011.

Monaco A, Cattaneo R, Marci MC, Pietropaoli D, Ortu E. Central Sensitization-Based Classification for Temporomandibular Disorders: A Pathogenetic Hypothesis. *Pain Research and Management*. 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/5957076>

Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen P, Gírbés EL, Struyf F, Roussel N, et al. Applying Modern Pain Neuroscience in Clinical Practice: Criteria for the Classification of Central Sensitization Pain. *Pain Physician* 2014; 17:447-457 • ISSN 1533-3159

Nijs J, Goubert D, Ickmans K. Recognition and Treatment of Central Sensitization in Chronic Pain Patients: Not Limited to Specialized Care. *J Orthop Sports Phys Ther*. Dec;46(12):1024-1028, 2016.

Radley JJ, et al. Chronical behavioral stress induces apical dendritic reorganization in pyramidal neurons of the medial pré-frontal córtex. *Neuroscience*, 125 (1), 1-6, 2004.

RAJA, S.N.; et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises, *PAIN*, v.161 ed. 9, 2020

Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, de Souza IC, Torres IL, Fregni F, Caumo W. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Med*. 2012 Nov;13(11):1425-35.

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), 2014. <http://www.sbed.org.br>

Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R., Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess* 7, 524–532.

Touche RL, Alemany AP, Hidalgo-Pérez A, Villanueva IL, Parreño SA, Muñoz-García D. Evidence for Central Sensitization in Patients with Temporomandibular Disorders: A

Tracy LM, Iannou L, Baker KS, Gibson SJ, Georgiou-Karistianis N, Glumarra MJ. Meta-analytic evidence for decreased heart rate variability in chronic pain implicating parasympathetic system dysregulation. *Pain*, 157(1): 7-29, 2016.

Vyas A, et al. Chronic stress induces contrasting patterns of dendritic remodeling in hippocampal and amygdaloid neurons. *Journal of Neuroscience*, 22 (15), 6810-6818, 2002.

Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152:S2-S15.

ANEXOS

ANEXO A- Questionário de Sensibilização Central

Questionário de Sensibilização Central Brazilian Portuguese Central Sensitization Inventory - BP-CSI					
Os sintomas avaliados por este questionário se referem a sua presença diária ou na maioria dos dias dos últimos três meses.					
Circule na coluna da direita a melhor resposta para cada questão.					
PARTE A					
1. Sinto-me cansado (a) ao acordar pela manhã.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
2. Sinto que minha musculatura está enrijecida e dolorida.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
3. Tenho crises de ansiedade.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
4. Costumo apertar (ranger) os dentes.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
5. Tenho diarreia e/ou prisão de ventre.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
6. Preciso de ajuda para fazer as tarefas diárias.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
7. Sou sensível à luminosidade excessiva.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
8. Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
9. Sinto dor em todo o corpo.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
10. Tenho dores de cabeça.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
11. Sinto desconforto e/ou ardência ao urinar.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
12. Durmo mal.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
13. Tenho dificuldade para me concentrar.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
14. Tenho problemas de pele como ressecamento, coceira e vermelhidão.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
15. O estresse piora meus sintomas.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre

16. Me sinto triste ou deprimido(a).	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
17. Tenho pouca energia.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
18. Tenho tensão muscular no pescoço e nos ombros.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
19. Tenho dor no queixo.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
20. Fico enjoado (a) e tonto (a) com cheiros como o de perfumes.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
21. Preciso urinar frequentemente.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
22. Quando vou dormir à noite sinto minhas pernas inquietas e desconfortáveis.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
23. Tenho dificuldade para me lembrar das coisas.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
24. Sofri trauma emocional na infância.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
25. Tenho dor na região pélvica.	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
TOTAL:					

Você recebeu de algum médico algum (s) diagnóstico (s) dos citados abaixo?

Preencha as colunas da direita para cada diagnóstico.

PARTE B	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Ano do Diagnóstico</i>
1. Síndrome das pernas inquietas.			
2. Síndrome da fadiga crônica.			
3. Fibromialgia.			
4. Disfunção da articulação temporomandibular (ATM).			
5. Enxaqueca ou cefaleia tensional.			
6. Síndrome do intestino (cólon) irritável.			
7. Hipersensibilidade química (ex. poeira, cosméticos, poluição).			
8. Lesão cervical (incluindo lesão de chicote).			
9. Ansiedade ou ataques de pânico.			
10. Depressão.			

ANEXO B: Escala de Pensamento Catastrófico a Dor (B-PCS)

Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor (B-PCS)

Instruções:

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o **GRAU destes pensamentos e sentimentos quando está com dor**

1	A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	0 Mínima	1 leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
2	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
3	O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
4	O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
5	O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
6	O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
8	O desejo profundo que a dor desapareça é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
10	O pensamento que ainda poderá doer mais é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
11	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
12	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
13	A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0 Mínima	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso

Anexo C: Escala Tampa de cinesiofobia para DTM

TAMPA SCALE FOR KINESIOPHOBIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS VERSÃO PORTUGUÊS BRASILEIRO - TSK/TMD-BR

Breve roteiro de caracterização de Sinais e Sintomas

Problemas na região mandibular (por favor, considere toda a área marcada em preto na imagem acima) podem causar muitas dificuldades de maneiras diferentes. Por favor, indique na lista abaixo, o que lhe incomoda (marque sim ou não nos quadrados abaixo).



1	Eu tenho medo de me machucar, se eu movimentar minha mandíbula.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
2	Se eu ignorasse meus sintomas na região mandibular, eles poderiam piorar.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
3	Parece que há alguma coisa errada na minha região mandibular que pode ficar séria.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
5	As pessoas não levam minhas queixas na mandíbula a sério.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
6	Por causa dos meus sintomas mandibulares minha saúde está em risco pelo resto da minha vida.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
7	Meus sintomas mandibulares significam que eu machuquei minha mandíbula.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
10	A maneira mais segura de evitar que os meus sintomas piorem é simplesmente ter cuidado e não mexer minha mandíbula mais do que o necessário.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
11	Eu não teria tantos sintomas mandibulares se alguma coisa potencialmente prejudicial não estivesse acontecendo.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
13	Meus sintomas mandibulares me avisam quando devo parar de mexer minha mandíbula para evitar que eu me machuque.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
15	Eu não consigo fazer tudo o que outras pessoas fazem, porque eu machuco minha mandíbula muito facilmente.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
17	Alguém que tenha problemas mandibulares, como o meu, não deveria ter que mexer sua mandíbula.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)
18	Tenho medo de abrir muito minha boca, porque é possível que eu não consiga fechá-la novamente.	Discordo fortemente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo fortemente (4)