



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO



PATRÍCIA FERNANDA FACCIO

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E FATORES ASSOCIADOS
EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Recife

2019

PATRÍCIA FERNANDA FACCIO

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E FATORES ASSOCIADOS
EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Cabral dos Santos Accioly Lins

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano

Recife

2019

Catálogo na fonte:
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

F138d Faccio, Patrícia Fernanda.
Disfunção temporomandibular e fatores associados em idosos com doença de Parkinson/ Patrícia Fernanda Faccio. – 2019.
83 f.; il.

Orientadora: Carla Cabral dos Santos Accioly Lins.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Gerontologia. Recife, 2019.
Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Idoso. 2. Transtornos da Articulação Temporomandibular. 3 Doença de Parkinson. I. Lins, Carla Cabral dos Santos Accioly (orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2019 - 281)

PATRÍCIA FERNANDA FACCIO

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E FATORES ASSOCIADOS
EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 27/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Márcia Carrera Campos Leal (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Ana Paula de Lima Ferreira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho aos meus avós **Dilecta Bortoncello Faccio** (agricultora), **Waldemar Faccio** (agricultor – *in memoriam*) e **Maria do Socorro Pereira Lima** (professora), em nome de toda a população idosa brasileira que move o mundo com amor e que são verdadeiros exemplos para todos nós. Dedico também a todos os idosos que foram meus pacientes na Fisioterapia por terem me instigado na busca por conhecimento. Foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Sonhar e realizar representam um processo de gratidão e satisfação. Um sonho é construído a sós, porém é realizado com a ajuda de muitos. Só é possível concretizá-lo através de passos lentos, da subida de cada degrau com o apoio das pessoas que nos cercam.

Agradeço a **Deus**, o criador e mantenedor das nossas vidas por tudo o que Ele tem me permitido viver, por ter me concedido a oportunidade de cursar o Mestrado em Gerontologia da UFPE que sempre foi um sonho meu, uma experiência incrível.

À minha família, meus pais **Celso Jaco Faccio e Soraya Maria Lima** e meu irmão **Celso Jaco Faccio Júnior** pela formação do meu caráter, por me proporcionarem os primeiros aprendizados, possibilidade de estudo e serem o meu porto seguro em todos os desafios da vida, por torcerem por minha jornada profissional e me incentivarem em cada passo para que eu chegasse até aqui. Sem vocês, eu não teria conseguido.

Ao meu amado esposo **José Luiz Ferreira Filho** que me incentivou desde o primeiro momento quando pensei em tentar o Mestrado em Gerontologia, em 2014, por aceitar minha ausência, pela dedicação, amor e por me fazer acreditar que seria possível. Sem você eu não teria conseguido. Obrigada pelo companheirismo e incentivo diário, seu apoio foi e continua sendo imprescindível na minha jornada pessoal e profissional.

Agradeço também à minha madrastra **Maria Grassi Costa** por ter me apoiado sempre e por ter me ajudado corrigindo meus escritos e à minha sogra **Maria das Neves Silva** por ter me recebido para estadia em sua casa. Foi de grande valia o apoio que recebi de vocês.

Agradeço aos meus amigos da quarta turma do Mestrado em Gerontologia da UFPE: **André Luís Cabral da Silva, Bruna Cyreno de Carvalho Lima, Camila da Costa Lima Souto, Fernanda Tavares Arruda, Gabriela Carneiro Gomes, Laudiane Barros Correia de Souza, Manuela Italiano Peixoto, Maria Angélica Bezerra dos Santos, Pâmella de Moraes Mariano, Sérgio Falcão Durão, Taís Arcanjo Maropo da Silva e Tereza Cristina Martins de Paula**. Com vocês vivi não só a experiência de cursar o Mestrado em Gerontologia, como também conheci pessoas maravilhosas e que se dedicam à pessoa idosa e ao processo de

envelhecimento. Vocês são os melhores. Muito obrigada por toda a troca de experiências.

Aos meus padrinhos e amigos de Maceió por toda a torcida e por compreenderem todos os momentos de ausência dedicados à elaboração deste projeto. Gratidão pela amizade e apoio a mim dedicados. Este trabalho também é a extensão de cada um de vocês.

À minha orientadora **Prof.^a Dr.^a Carla Cabral dos Santos Accioly Lins** por todos os ensinamentos, pela paciência e dedicação na concretização dos artigos e projeto de pesquisa, obrigada por ter me ajudado a cada passo, por compreender minhas fraquezas e me incentivar a cada novo desafio.

À minha coorientadora **Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano** obrigada por toda a atenção durante a realização da pesquisa. A jornada se tornou mais leve com sua ajuda.

À coordenadora **Prof.^a Dr.^a Ana Paula de Oliveira Marques** e a vice coordenadora **Prof.^a Dr.^a Márcia Carréra Campos Leal**, todos os professores e aos funcionários **Manoel Raymundo, Isabella Caline, Milena Katryell e Ednalda Castro** que fazem do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia um lugar diferenciado dentro da UFPE, cuidando com eficácia do programa e de seus alunos, obrigada pela convivência a cada dia.

A todos que fazem o Programa Pró-Parkinson no nome do **Dr. Amdore Guescel C Asano** e da **Dr.^a Nadja Maria Jorge Asano** do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco por nos permitirem realizar a pesquisa. Sem vocês não seria possível. Agradeço também à **Associação de Parkinson de Pernambuco – ASP–PE** que me recebeu de portas abertas. Obrigada aos idosos com doença de Parkinson que aceitaram participar dessa pesquisa.

Obrigada à acadêmica de odontologia **Raíssa Barreto Tavares** que participou comigo na coleta e armazenamento dos dados. Sem você eu não teria conseguido.

Por fim, agradeço à **Prof.^a Dr.^a Ana Paula de Lima Ferreira** que aceitou participar como avaliadora externa desta pesquisa e que me ensinou muito sobre Disfunção da Articulação Temporomandibular. Obrigada por sua disponibilidade.

À Universidade Federal de Pernambuco, na pessoa do Magnífico Reitor, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Ministério

da Educação pela efetivação do ensino público de qualidade e pelo apoio financeiro que recebi como bolsista durante o período do mestrado.

A todos vocês que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho, meu sincero agradecimento.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar os fatores associados e a ocorrência da Disfunção Temporomandibular (DTM) em idosos com doença de Parkinson (DP). Trata-se de uma pesquisa quantitativa de corte transversal em pessoas idosas com DP, realizada no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, de fevereiro a agosto de 2018. Utilizou-se como instrumento o questionário Critério de Diagnóstico de Pesquisa para Distúrbios Temporomandibulares (RDC/DTM). A amostra foi caracterizada segundo as variáveis sociodemográficas, estágio da doença, saúde autorreferida e autocuidado geral e da boca. Os fatores avaliados foram: dor crônica, depressão, sintomas físicos não específicos incluindo e excluindo itens de dor e uso de prótese. As associações entre a variável dependente e as variáveis independentes foram avaliadas pelo teste do *Odds Ratio* (OR) do Qui-quadrado (X^2), com intervalo de confiança (IC) de 95% com nível de significância de 5%. Foram avaliadas 124 pessoas idosas com DP, destas 81 encontravam-se dentro dos critérios de elegibilidade, apresentando idade média de \pm 69 anos, 67% eram do sexo masculino, 74% eram casados ou tinham companheiro, 43% declararam receber de 1-2 salários mínimos e 47% apresentavam-se no estágio moderado da DP. A saúde geral e saúde da boca foram autorreferidas como razoável com 57% e 47% respectivamente. O autocuidado da saúde geral e saúde da boca foram de 52% e 49% sendo classificados em ambos como bom. A DTM foi identificada em 22% da amostra. Os fatores que estavam associados à DTM foram dor crônica ($p=0,001$, OR=inf, IC95%=12,13 – inf) e depressão ($p=0,014$, OR=4,8, IC95%=1,14 – 23,51). Neste estudo, verificou-se que a ocorrência de DTM entre os idosos com DP é moderada, e que a dor crônica e a depressão foram os fatores que estavam associados à disfunção temporomandibular nesses idosos.

Palavras-chave: Idoso. Transtornos da Articulação Temporomandibular. Doença de Parkinson.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the associated factors and the occurrence with the temporomandibular dysfunction (TMD) in elderly patients with Parkinson's disease (PD). This is a cross-sectional quantitative research in elderly people with PD, carried out at the Neurology Clinic of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco, from February to August, 2018. The questionnaire Diagnostic Criteria for Research for Disorders Temporomandibular (RDC/TMD) was adopted. The sample was characterized according to sociodemographic variables, disease stage, self-reported health and general and mouth self-care. The factors evaluated were: chronic pain, depression, non-specific physical symptoms including and excluding items of pain and use of prosthesis. Associations between the dependent and independent variables were assessed by the *Odds Ratio* (OR) of the Chi-square test (X^2) with a 95% confidence interval (CI) with 5% significance. A total of 124 elderly people with PD were evaluated, of whom 81 were within the eligibility criteria, presenting mean age of \pm 69 years, 67% were male, 74% were married or had a partner, 43% reported receiving 1-2 minimum wages and 47% were in the moderate stage of PD. Overall health and mouth health were self-reported as reasonable for 57% and 47% respectively of the sample. The self-care of general health and oral health were 52% and 49% being classified in both as good. TMD was identified in 22% of the sample. The factors that were associated with TMD were chronic pain ($p=0,001$, OR = inf, 95% CI = 12,13 – inf) and depression ($p=0,014$, OR = 4,8, 95% CI = 1,14 – 23,51). In this study, it was found that the occurrence of TMD among the elderly with PD is moderate, and that chronic pain and depression were the factors that were associated with temporomandibular dysfunction in these elderly people.

Keywords: Aged. Temporomandibular Joint Disorders. Parkinson Disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos sujeitos da amostra.....	38
Figura 2 – Fluxograma de seleção da amostra final.....	40
Figura 3 – Distribuição da apresentação do número de idosos de acordo com diagnóstico clínico da disfunção segundo os grupos do RDC/DTM.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e os estágios da doença de Parkinson em pessoas idosas, Recife-PE, 2018.....	41
Tabela 2 – Distribuição da saúde e cuidados gerais e da boca, Recife-PE, 2018.....	42
Tabela 3 – Distribuição da disfunção temporomandibular e das variáveis clínicas: grau de dor crônica, grau de depressão, SFNE incluindo itens de dor, SFNE excluindo itens de dor e uso de prótese, Recife-PE, 2018.....	43
Tabela 4 – Associação do diagnóstico clínico de DTM com as variáveis clínicas: dor crônica, depressão, sintomas físicos não específicos incluindo e excluindo itens de dor e uso de prótese, Recife-PE, 2018.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DP	Doença de Parkinson
DTM/TMD	Disfunção Temporomandibular
et al.	E colaboradores (do latim, <i>et alli</i>)
HC/UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HY	Hoehn & Yahr
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NB	Núcleos da Base
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RDC/DTM	Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares
SS	Sistema Estomatognático
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
www	Rede Mundial de Computadores (do inglês, World Wide Web)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	17
2.2	DOENÇA DE PARKINSON.....	18
2.3	ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E SUAS DISFUNÇÕES	23
3	PERGUNTA CONDUTORA.....	28
4	OBJETIVOS.	29
4.1	OBJETIVO GERAL	29
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5	MATERIAIS E MÉTODO	30
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
5.2	LOCAL DO ESTUDO	30
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
5.4	AMOSTRA.....	31
5.4.1	Tamanho da Amostra	31
5.5	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	31
5.5.1	Critérios de Inclusão.....	31
5.5.1.1	Escala de Hoehn & Yahr (HY).....	32
5.5.2	Critérios de Exclusão	32
5.5.2.1	Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	33
5.6	VARIÁVEIS.....	33
5.6.1	Variável Dependente.....	33
5.6.2	Variáveis Independentes	34
5.6.2.1	Dados Sociodemográficos.	34
5.6.2.2	Classificação da Saúde e Cuidados Gerais e da Boca.....	35
5.6.2.3	Classificação das Variáveis Clínicas	35
5.7	COLETA DOS DADOS.	37
5.8	ANÁLISE DE DADOS.	38
5.9	ASPECTOS ÉTICOS.	39

6	RESULTADOS.....	40
7	DISCUSSÃO	45
8	CONCLUSÕES.....	50
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	63
	ANEXO A – TOTAL DE PESSOAS CADASTRADAS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO QUE RECEBERAM A MEDICAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON EM 2017	67
	ANEXO B – ESCALA DE HOEHN & YAHR	68
	ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	69
	ANEXO D – RDC/DTM – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA DAS DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES	71
	ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DA UFPE	81

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional ocupa posição de grande destaque dentre os acontecimentos do século XXI, com transformações da estrutura populacional em vários países, inclusive no Brasil. O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global e apresenta-se como um processo diferenciado em cada país; fato tão novo que as demandas de uma sociedade envelhecida só recentemente têm sido conhecidas (CHAIMOWICZ, 2013).

A nível biológico, o envelhecimento pode ser descrito como o acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares que com o tempo leva à perda gradual nas reservas fisiológicas, aumentando o risco de contrair doenças e ao declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Essas mudanças não são lineares e estão relacionadas a diversos fatores, como os genéticos, a qualidade de vida, educação e o ambiente em que o indivíduo vive e desempenha suas atividades (OMS, 2015).

De acordo com os resultados da *World Population Prospects: The 2017 Revision*, a população mundial chegou a quase 7,6 bilhões em meados de 2017. Sendo o número de pessoas idosas no mundo projetado para ser 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, podendo atingir 3,1 bilhões em 2100. A população com 60 anos ou mais cresce mais rápido do que todos os grupos etários compreendendo 13% da população mundial (ONU, 2017).

As doenças crônicas neurodegenerativas têm se tornado fonte de investigação e dentre elas, a doença de Parkinson (DP) descrita por James Parkinson em 1817, caracterizada por sintomas motores tais como: rigidez, bradicinesia, tremor de repouso e instabilidade postural; e sintomas não-motores: distúrbios neuropsiquiátricos, do sono, autonômicos e sensitivos. Embora sua causa permaneça desconhecida, acredita-se que surja a partir de uma interação entre fatores genéticos e ambientais (PRINGSHEIM et al., 2014).

Calcula-se que o índice de envelhecimento, ou seja, a relação existente entre idosos e a população de jovens do Brasil, passe de 34,05% em 2015 para 206,16% em 2060. Na prática os dados revelam que para cada 100 jovens haverá 207 idosos. Com o aumento da população idosa, o número de casos da DP aumentará na mesma proporção. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 65 anos tem a

doença. Só no Brasil, estima-se uma incidência de 100 a 200 casos por 100.000 habitantes (IBGE, 2013; BRASIL, 2017).

Estudos relatam que indivíduos com DP apresentam comprometimento da mastigação e do Sistema Estomatognático (SS) em comparação a pessoas sem a doença (SILVA et al., 2012; BAKKE et al., 2011; FRANZÉN et al., 2009; ROBERTSON; HAMMERSTAD, 1996). Com o envelhecimento ocorre uma sobrecarga na Articulação Temporomandibular (ATM), em virtude da falta de reposição dos dentes perdidos, hábitos parafuncionais, oclusão deficiente, dentre outros fatores, e essas alterações podem provocar DTM que representam a maior causa de dor de origem não-dentária da região orofacial (LEEJW, 2010).

Várias pesquisas têm se voltado para a população idosa, entretanto, após busca feita em bases de dados científicos, através da realização de uma revisão integrativa de literatura, observa-se escassez de estudos que relatem sobre a DTM em idosos, como também a sua associação com a DP.

Desta forma, este estudo teve como proposta investigar os fatores associados à Disfunção da Articulação Temporomandibular em idosos com doença de Parkinson e sua ocorrência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento faz parte da sua realidade há algumas décadas. Neles, construíram-se os alicerces de uma sociedade mais inclusiva e adequada à população idosa. O envelhecimento também está em curso nos países em desenvolvimento, nos quais, apesar dos enormes avanços normativos e institucionais, muito ainda precisa ser feito para que a velhice seja associada não só a uma vida ativa e saudável, mas, igualmente bem cuidada (CAMARANO, 2010).

A transição demográfica e epidemiológica é um fenômeno global. A combinação da queda acentuada nas taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida levou ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo (CHAIMOVICZ, 2013). É conceituada como complexas mudanças nos padrões saúde/doença e nas interações entre os mesmos, com influência de outros fatores consequentes e determinantes demográficos, econômicos e sociais (TEIXEIRA, 2012).

Junto ao processo de transição demográfica vieram alterações epidemiológicas com a construção de um novo perfil de morbidade e mortalidade no Brasil, tendo como resultado a formação de grupos populacionais com características peculiares e específicas, contribuindo para que o cenário de doenças crônicas e degenerativas fosse cada vez mais comum (FRIESTINO et al., 2013).

Uma das principais características do processo de transição epidemiológica é o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, surgindo com maior impacto em países desenvolvidos e que a partir da década de 1960 se espalhou rapidamente pelo Brasil. Algumas doenças são ainda mais frequentes a partir dos 60 anos, destacando-se as doenças osteoarticulares, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, doenças neurodegenerativas, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e doenças transmissíveis que respondem por 66,3% da carga da doença, enquanto as doenças infecciosas por 23,5% e causas externas, 10,2% (CAMPOLINA et al., 2013; PEREIRA et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é definido como aquele com idade superior a 65 anos, em países desenvolvidos, ou com 60 anos ou

mais, naqueles em desenvolvimento (WHO, 1984). A diminuição da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional indicam o envelhecimento da população brasileira e projeta-se que em 2050 o Brasil será um dos seis países com mais de 10 milhões de indivíduos acima dos 80 anos (BRASIL, 2015).

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. Em 2011, a população idosa era de 20,5 milhões, o equivalente a 10,8% da população total. Projeções indicam que, em 2020, serão 30,9 milhões, representando 14% da população total (KÜCHEMANN, 2012; VERAS, 2007). Segundo o censo demográfico de 2010, a população brasileira conta com 190.755.199 milhões de pessoas. O contingente de pessoas idosas, de acordo com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, com 60 anos ou mais, é superior a 20 milhões, desses, 55,5% (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens (IBGE, 2012).

O envelhecimento populacional brasileiro está ocorrendo de forma generalizada, mas com intensidade e velocidade diferenciadas entre as diversas regiões do país. Até 2030, continuarão existindo as históricas desigualdades sociodemográficas entre as unidades da federação do Norte e Nordeste e as que integram o Centro e Sul. Enquanto os estados do Maranhão e de Alagoas possuirão expectativa de vida ao nascer de pouco mais de 75 anos, em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul apresentarão 79,5 anos. A média nacional estimada para 2030 é de 78,33 anos de vida e refletirá a realidade dos estados com maior desenvolvimento econômico e social (IBGE, 2006).

2.2 A DOENÇA DE PARKINSON

A DP foi descrita por James Parkinson em 1817, em Londres, em um ensaio intitulado “An Essay on the Shaking Palsy”, sendo a primeira descrição mundial da doença, em que o pesquisador descreveu seus principais sintomas, diagnóstico diferencial e sua etiologia, conhecida inicialmente como “Paralisia Agitante”. Teve como definição inicial uma doença de evolução lenta caracterizada pela presença de movimentos involuntários trêmulos, redução da força muscular, tendência a dobrar o tronco para frente e com alteração da marcha (PARKINSON, 1817).

Posteriormente Jean-Martin Charcot sugeriu a mudança do nome para doença de Parkinson e a diferenciou da Esclerose Múltipla pelo tipo de tremor, definindo os quatro sinais cardinais da doença como: tremor de repouso, bradicinesia, rigidez

muscular e instabilidade postural. Além de apresentar critérios para o diagnóstico diferencial, sugerindo o primeiro tratamento farmacológico da doença, um precursor dos alcaloides da beladona (GOETZ, 2011; TEIVE, 1998).

A DP é uma das doenças neurológicas mais comuns e tem distribuição universal, atingindo todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. Estima-se uma prevalência de 100 a 200 casos por 100.000 habitantes. Sua incidência e prevalência aumentam com a idade (TANNER; HUBBLE; CHAN, 1997).

A etiologia dessa doença se deve a uma combinação de fatores, sendo estes genéticos e ambientais (GOLDMAN; AUSIELLO; CECIL, 2009). O início do desenvolvimento da enfermidade ocorre na parte inferior do tronco encefálico e no sistema olfatório com a perda do olfato. É considerada uma doença crônica, degenerativa e progressiva do sistema extrapiramidal, decorrente da morte de células da substância negra compacta e de outros núcleos pigmentados do tronco encefálico, produzindo um esgotamento seletivo do neurotransmissor dopaminérgico (HOEHN; YAHR, 1967).

Aproximadamente 90% dos indivíduos com DP têm causa idiopática. O mecanismo exato da patogenia leva à perda de dopamina que é um neurotransmissor monoaminérgico que estimula os receptores adrenérgicos do sistema nervoso simpático. Podem estar associadas a fatores externos como neurotoxinas ambientais, pessoas que fazem uso de água de poço e são constantemente expostas a pesticidas e herbicidas; ou como anormalidades mitocondriais, onde o déficit no DNA mitocondrial pode causar a DP, o que tende a ocasionar uma cascata de eventos que originam as alterações do envelhecimento, defeitos na oxidação fosforilativa, aumento nos níveis de ferro livre e estresse oxidativo, causando desequilíbrio entre os fatores que proporcionam a formação de radicais livres tóxicos e os mecanismos de defesa antioxidativos (TEIVE, 2005; DE LAU; BRETELER, 2006; JONES, 2006; SOUZA et al., 2011).

A execução correta dos movimentos voluntários resulta do perfeito processamento da informação sensório-motora no cérebro. Essa tarefa é desenvolvida por um circuito complexo, incluindo o córtex cerebral, o tálamo motor, cerebelo e os núcleos da base (FEARNLEY; LEES, 1991; CALNE, 1994). O sistema dopaminérgico somado aos dos neurônios de melanina sofrem despigmentação, assim, quanto mais clara a substância negra, maior é a perda de dopamina. Além da despigmentação, existe a depleção do neurotransmissor de dopamina que tem como

resultado a degeneração de neurônios dopaminérgicos da substância negra que se projetam para o estriado, o que causa a redução do controle do processamento da informação pelos núcleos da base, reduzindo a atividade das áreas motoras do córtex cerebral e desencadeando a diminuição dos movimentos voluntários (SOUZA et al., 2011; PIERUCCINI et al., 2006; MISULIS; HEAD, 2008).

Os núcleos da base (NB) auxiliam o planejamento e a execução de movimentos sequenciados como, por exemplo, a marcha humana (FREUND, 2002). Durante a aprendizagem de movimentos e mesmo em movimentos bem aprendidos, os NB exercem importante função relacionada à formulação do comportamento adaptativo (GRAYBIEL et al., 1994; JUEPTNER; WEILLER, 1998). Outra função importante é a de liberar e finalizar programas motores que sejam adequados para a aquisição de uma meta, como por exemplo, alcançar e segurar um objeto. Sua função também está relacionada à manutenção desse movimento durante sua execução e que pode ser observado pelas variações na velocidade e na amplitude do movimento (GENTILUCCI; NEGROTTI, 1999; GENTILUCCI et al, 2000).

Os NB auxiliam o córtex motor no controle de movimentos através de duas vias: direta e indireta. Essas vias são caminhos que os estímulos nervosos percorrem do tálamo ao córtex cerebral e possuem duas funções distintas para o controle de movimentos: a via direta permite o movimento e a indireta inibe. Normalmente há uma atividade equilibrada entre essas duas vias. Com a DP, a via direta é inibida e a indireta é ativada, levando a uma diminuição do movimento em função da redução de dopamina estriatal que regula a atividade excitatória e inibitória dessas vias (GOBBI et al., 2006).

Para estabelecer o diagnóstico clínico da doença, o paciente deve apresentar, no mínimo, bradicinesia, mais um sinal cardinal e pelo menos três dos seguintes critérios: início unilateral, presença do tremor de repouso, doença progressiva, persistência da assimetria dos sintomas e boa resposta a L-dopa (BRASIL, 2010).

O tremor de repouso é uma das manifestações características, muitas vezes assimétrico e possui uma frequência típica de 4-6 Hz. Está presente nos estágios iniciais da doença e ocorre em aproximadamente 75% das pessoas com DP, podendo afetar várias partes do corpo, tipicamente os membros, às vezes os lábios e queixo. Há um aumento acentuado do tremor de repouso durante situações que são estressantes, ou que exijam concentração. Este, por sua vez, cria uma sensação de constrangimento e estigma, levando a um círculo vicioso (ZACH et al, 2015).

A rigidez pode estar ausente na fase inicial da doença, sendo em geral assimétrica e unilateral. É sentida uniformemente nos músculos e está presente independentemente da tarefa, amplitude ou velocidade do movimento que é caracterizada por resistência ao estiramento muscular, com interrupções, de modo semelhante ao que se observa quando se movimenta uma engrenagem defeituosa, em contraste com a hipertonía espástica (HAASE; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

A instabilidade postural é outra marca clínica da DP. É a perda de reflexos para readaptação postural. Com essa alteração, passam a experimentar dificuldades crescentes durante atividades dinâmicas, tais como: alcance funcional, andar e virar. Pode estar presente nos estágios iniciais da doença, mas se torna mais prevalente e piora com a progressão da doença. Ela representa um dos sintomas mais incapacitantes nos estágios avançados da doença, uma vez que está associada ao aumento de quedas e perda de independência (KIM et al., 2013).

A lentificação dos movimentos voluntários e automáticos é denominada bradicinesia que também pode ser manifestada por redução da expressão facial, chamada de hipomímia ou face em máscara (BARBOSA; SALLEM, 2005; SOUZA et al., 2011).

Pode-se acrescentar ainda a presença de bloqueio motor “*freezing*” e da postura fletida do paciente. Nela, acredita-se que há uma disfunção do núcleo pedúnculo-pontino, que estaria correlacionado ao déficit colinérgico (BRAAK; DEL, 2008; PAHAPILL; LOZANO, 2000).

A DP, pela sua complexidade, é classificada segundo estágios de acordo com a escala de Hoehn e Yahr (HY – Degree of Disability Scale). Essa escala foi criada em 1967 e indica o estado geral do paciente, classificando-o em leve, moderado e grave segundo a severidade do acometimento motor (HOEHN; YAHR, 1967).

Embora os sintomas não motores: déficits cognitivos, transtorno de humor, déficit olfativo, distúrbio comportamental do sono e sonolência diurna, constipação, disfunção autonômica, disfunção sexual, perda de peso, escapes urinários e sudorese excessiva, sejam comuns na DP, alguns destes podem aparecer antes mesmo do diagnóstico da doença, pois podem estar relacionados com o acometimento de diferentes áreas do tronco encefálico de diferentes regiões do cérebro (HAWKES, 2008).

As manifestações autonômicas da DP são disfagia, disfunções cardiovasculares, urogenital, termorregulatória, respiratória e gastrointestinal. As

alterações na fase oral da deglutição envolvem a organização e ejeção do bolo alimentar para a orofaringe e são atribuídas às bradicinesias e rigidez. Como principais consequências da disfagia entre os portadores de DP, citam-se as infecções de vias aéreas recorrentes, episódios de broncoaspiração e maior frequência de broncopneumonias aspirativas (VOLONTÉ et al., 2002; FUH et al., 1997; NAGAYA et al., 1998).

O tratamento da DP pode ser farmacológico, não-farmacológico e/ou cirúrgico, de forma conservadora tem-se a medicação cujo padrão utilizado é a levodopa, que é usada pelos neurônios restantes nos gânglios basais e transformado em dopamina, facilitando assim a transmissão sináptica. No entanto, o efeito varia durante um ciclo de 24 h com uma “fase ON”, período com boa função motora, onde a droga tem efeito, e uma “fase OFF” período em que o medicamento é ineficaz (FRIEDLANDER et al., 2009).

A levodopa (L-dopa) é a terapia mais eficaz no controle dos sintomas presentes na DP; no entanto, não é desprovida de efeitos adversos, tanto periféricos (náuseas, vômitos e hipotensão) como centrais (psicoses e complicações motoras como as flutuações e as discinesias). São várias as drogas utilizadas para o tratamento na fase inicial da DP, além da levodopa, entre elas: amantadina, anticolinérgicos, inibidores da MAO-B e agonistas dopaminérgicos. (FRENCH; GRONSETH; 2008, GRONSETH; FRENCH; 2008).

Durante o processo de envelhecimento do indivíduo também pode ocorrer sobrecarga funcional da articulação temporomandibular, devido a redução da vascularização e da elasticidade do disco, provocada pela falta de reposição de dentes perdidos, hábitos parafuncionais, oclusão deficiente ou por trauma. Tais alterações podem dar origem à DTM (ALMEIDA et al., 2008).

Um estudo recente mostrou que a prevalência de DTM na população idosa com DP foi de 20,33%, atingindo com mais frequência as mulheres (SILVA et al., 2015). Além disso, alterações funcionais: hiperatividade dos músculos mastigatórios e do pescoço, bem como movimentos mandibulares limitados e ruídos articulares, contribuem para a geração de dor, disfunção e uma percepção deficiente de saúde oral (DWORKIN et al., 1990; BAKKE et al., 2011).

2.3 ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E SUAS DISFUNÇÕES

O sistema estomatognático (SS) é uma unidade funcional formada por diversas estruturas internas e externas, capaz de realizar movimentos complexos, com componentes esqueléticos (maxila e mandíbula), arcadas dentárias, tecidos moles (glândulas salivares, suprimento nervoso e vascular), a ATM e os músculos mastigatórios que agem em harmonia para realizar diferentes tarefas (CUCCIA; CARADONNA, 2009).

A ATM executa funções importantes como mastigação, deglutição, fonação e também manutenção da postura, influenciando diretamente no bom funcionamento da saúde do indivíduo (QUINTO, 2000). As faces articulares envolvidas na ATM estão dispostas na parte inferior pelo côndilo da mandíbula, na parte superior pelo tubérculo articular e pela fossa mandibular no osso temporal. Entre os ossos, existe um disco articular fibrocartilaginoso que divide essa cavidade e uma cápsula que envolve toda a articulação. A estabilidade dinâmica da ATM se dá através da ação dos músculos temporal, masseter, pterigoideos, musculatura cervical e demais estruturas que compõem o SS (FREITAS et al., 2011).

Em 1934, o otorrino James Costen descreveu as disfunções mastigatórias, consistindo de dor ao redor da orelha e da ATM, sendo chamada de Síndrome de Costen. Em 1959, Shore denominou distúrbios da ATM, etiologicamente, como distúrbio oclusomandibular e mioartropia da ATM e, frisando a dor, denominou-se síndrome da dor e disfunção, síndrome da dor disfunção miofascial e síndrome da dor e disfunção temporomandibular. A condição que envolve o SS são disfunções temporomandibulares (DTM), sugerindo não só relação à ATM, mas também aos distúrbios de mastigação (OKESON, 2011).

As DTM são um grupo amplo de problemas clínicos envolvendo os músculos mastigatórios, a ATM, tecidos moles e duros adjacentes. A diminuição da amplitude de movimento mandibular, dor nos músculos da mastigação, dor na ATM, ruído articular, dor miofascial na região da cabeça e limitação funcional ou desvio de abertura da mandíbula são algumas das principais sintomatologias (LIU; STEINKELER, 2013). Outras características clínicas foram relatadas como dor na região cervical e queixas otológicas como dores de orelha, zumbido, vertigem, plenitude auricular, além de hipoacusia (PORTO DE TOLEDO et al., 2016).

A prevalência real de DTM em nível populacional é motivo de debate, devido à falta de homogeneidade nos critérios de diagnósticos adotados em diferentes investigações. Há evidências de que a prevalência de sinais e sintomas de DTM pode ser alta na população em geral (MANFREDINI et al., 2011). Os fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento das DTM são chamados predisponentes. Aqueles que ocasionam o início são os fatores desencadeantes, e os que interferem na cura ou aumentam a progressão da doença são conhecidos como perpetuantes. Em alguns casos um único fator pode desempenhar um ou todos os outros (OKESON, 2011). Estudos epidemiológicos indicam que 40% a 75% da população mundial apresentam ao menos um sinal de DTM, como ruídos e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM (LEEJW, 2010).

As mulheres sofrem mais de dor muscular, o que pode ser devido a diferenças na estrutura muscular entre homens e mulheres no que diz respeito ao tipo, forma e tamanho das fibras musculares (SCHMID-SCHWAP et al., 2013). Além disso, foi identificado que elas procuram cuidados de saúde e utilização de serviços médicos com maior frequência do que os homens e, por isso, as amostras para pesquisas em DTM são, quase sempre, compostas por mulheres. O maior uso de serviços de saúde é baseado na premissa de que as mulheres demonstram um aumento da sensibilidade ao estresse psicossomático que, por sua vez, levará a mais queixas de saúde e sintomas exagerados que podem exercer uma superestimação das taxas de prevalência de DTM entre elas (GAROFALO et al., 1998).

As DTM demonstram ter etiologia multifatorial e vários fatores contribuem para a disfunção e a dor. Dentre os fatores elencados encontram-se o sexo e a idade, que são fatores predisponentes, além daqueles relacionados à estrutura do sistema estomatognático, morbidades psicológicas e parafunções, comportamentos deletérios, tais como a onicofagia e mordedura de objetos. Dentre as parafunções destaca-se o bruxismo, que sobrecarrega os músculos mastigatórios e a ATM, propiciando desenvolvimento da disfunção (NISHIYAMA; TSUCHIDA, 2016).

A etiologia da DTM passou de fatores etiológicos periféricos (fatores oclusais) para fatores centrais (psicológicos) (MANFREDINI et al., 2015). No entanto, a oclusão dental é essencial para a estabilidade do complexo craniomandibular, porém, problemas oclusais podem gerar desestabilização. A incidência de contatos prematuros é maior em pacientes com DTM. Tal condição pode culminar no deslocamento do côndilo, causando alteração na estrutura da ATM devido ao atrito,

aumento da pressão intra-articular, tensão muscular e assimetria bilateral (SOUSA et al., 2014).

A condição oclusal pode afetar as DTM por meio de dois mecanismos. Um deles está relacionado com mudanças agudas na oclusão. Ainda que essas mudanças possam criar uma resposta muscular de co-contracção, levando a uma condição de dor muscular, na maior parte das vezes, novas memórias musculares (engramas) são criadas e o paciente se adapta com poucas consequências. A outra maneira é a presença de instabilidade ortopédica, que deve ser considerável para causar dano ao sistema estomatognático e ser concomitante a uma sobrecarga significativa (OKESON, 2011).

Um evento sistêmico comum que pode influenciar a função mastigatória é o aumento do nível de estresse emocional. Os centros emocionais do cérebro influenciam o funcionamento dos músculos. O hipotálamo, o sistema reticular e, particularmente, o sistema límbico são responsáveis pelo estado emocional do indivíduo e pela atividade muscular de muitas maneiras, dentre elas através dos impulsos eferentes gama. O estresse pode afetar o corpo devido à ativação do hipotálamo, que por sua vez prepara o corpo para reagir (sistema nervoso autônomo). O hipotálamo, por intermédio de vias neurais complexas, aumenta a atividade dos eferentes gama, os quais fazem com que as fibras intrafusais dos fusos musculares se contraíam. Isto sensibiliza o fuso de forma que qualquer leve estiramento do músculo causará um reflexo de contração, tendo como efeito final o aumento da tonicidade muscular (OKESON, 2011).

Diferentemente das outras condições de dor na face, a DTM não é considerada uma dor neuropática sendo melhor descrita como uma síndrome dolorosa de “sensibilização central”. Por meio disso, receptores periféricos produzem uma atividade reversível, porém prolongada e aumentada nas vias nociceptivas centrais resultando em hipersensibilidade e hiperalgesia da dor (WOOLF, 2011).

Estudos apontam que a ansiedade e depressão levam à exacerbação dos sintomas e modificam a percepção à dor. Os aspectos emocionais desempenham um importante papel na etiologia e evolução sintomatológica da DTM, contribuindo para o aparecimento ou perpetuação da desordem por meio do aumento da atividade muscular e tensão dos músculos da face. Além disso, fatores cognitivos sugerem influenciar a resposta do indivíduo à dor, ao passo que fatores comportamentais determinam a atitude do paciente, ao mesmo tempo em que a tensão emocional ainda

permite iniciar ou agravar o apertamento e o bruxismo (SEGER, 2002; OKESON, 2000; MONTEIRO, 2003; MOREIRA, 1998).

Hábitos orais ou parafuncionais envolvem uma variedade de atividades comuns (por exemplo, uso contínuo da goma de mascar, onicofagia e bruxismo), e muitos pacientes realizam-nas de forma diária. Assim, hábitos orais podem sobrecarregar o sistema mastigatório e também podem ter um papel etiológico no desenvolvimento da DTM (KARIBE et al., 2015).

As regiões da cabeça e pescoço compreendem várias funções como comer, respirar, deglutir, falar, comunicação não-verbal e os órgãos do sentido como visão, audição, paladar e olfato. Estas funções envolvem também, além das partes físicas, o emocional, as relações psicossociais, a genética, ou seja, a individualidade. Quando as mesmas são acometidas pela DTM e dores orofaciais, comprometem a saúde e o bem-estar dos indivíduos (DWORKIN, 2011). É importante considerar que a DTM e as dores orofaciais devem ser tratadas por uma equipe multiprofissional, que considere todas estas implicações, para que os tratamentos ministrados pelos diferentes profissionais estejam valorizando toda esta interação mecânica, o que irá facilitar a melhora do paciente e alívio de seu sofrimento (KRAUS, 2007; COTTON, 2013).

Os transtornos psicológicos como a depressão, ansiedade e estresse pós-traumático influenciam diretamente na amplificação do quadro doloroso, alterando os neurotransmissores relacionados à dor e aos processos inflamatórios, gerando o arco reflexo doloroso contínuo e com memória neural, fazendo com que estes indivíduos não saiam facilmente do quadro psicossomático (FILLINGIM et al., 2011a, 2011b).

O termo “dor orofacial” é usado para descrever dor decorrente das regiões do rosto e da boca. Dor orofacial de mais de três meses de duração pode ser descrito como sendo crônica (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2016; ZAKRZEWSKA et al., 1999). A dor orofacial crônica pode ser acompanhada por sofrimento, incapacidade e impacto psicossocial negativo (BONATHAN et al., 2014; SHUEB et al., 2015). Na DTM está frequentemente associada a sintomas físicos ou outras desordens musculares e articulares (LORDUY et al., 2013). Além disso existem implicações econômicas para o manejo da dor crônica, pois os pacientes utilizam mais recursos de saúde através de múltiplas consultas (DURHAM et al., 2014; PETERS et al., 2015; BRECKONS et al., 2017).

Uma das condições mais comuns de dor crônica é a DTM, juntamente com dor de cabeça e dor nas costas (DWORKIN, 2011). Além disso, a DTM pode ser classificada como aguda ou crônica (OHRBACH; DWORKIN, 1998), sendo, geralmente a DTM aguda atribuída a uma causa identificável, como o tratamento odontológico prolongado e os sintomas normalmente são de curta duração e autolimitados e na DTM crônica a dor é mais longa, excedendo três meses (DURHAM et al., 2013) o que é relatado em aproximadamente 20% dos pacientes com DTM (LITT; PORTO, 2013). Pessoas com dor originada pela DTM, principalmente a crônica, exibem históricos de maior procura por atendimento assistencial à saúde, uso contínuo de fármacos, níveis maiores de ansiedade ou depressão, além de maior índice de conflitos familiares e sociais, o que pode contribuir para a perpetuação da dor (SIQUEIRA, 2002; SCARPELLI, 2007).

Quando se tenta explicar a baixa prevalência de DTM em idosos, sugere-se uma autorresolução do caso ou o fato de que, com o avançar da idade, sintomas de outras doenças graves são mais valorizados, desestimulando a procura por tratamento (CAVALCANTI et al., 2015).

3 PERGUNTA CONDUTORA

Quais os fatores clínicos associados à disfunção da articulação temporomandibular em idosos com doença de Parkinson e sua ocorrência?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os fatores clínicos associados e a ocorrência da disfunção da articulação temporomandibular em idosos com doença de Parkinson.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas, estágio da doença de Parkinson e saúde e cuidados gerais e da boca;
2. Identificar grau de dor crônica, grau de depressão, graduação dos sintomas físicos não específicos incluindo e excluindo itens de dor e o uso de prótese;
3. Verificar a associação entre disfunção da articulação temporomandibular e as variáveis: grau de dor crônica, grau de depressão, graduação dos sintomas físicos não específicos incluindo e excluindo itens de dor e uso de prótese.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata de pesquisa quantitativa do tipo descritiva e de corte transversal, realizada conforme as recomendações do protocolo STROBE (MALTA et al., 2010).

Uma pesquisa quantitativa é definida como tudo que pode ser mensurado em números, classificado e analisado com utilização de técnicas estatísticas (RAMOS et al, 2005). A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relação entre as variáveis (GIL, 2008). Estudos de corte transversal são pesquisas que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2006). As principais vantagens deste tipo de estudo são o seu baixo custo e a rapidez com que se consegue retorno dos dados obtidos.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Recife, Estado de Pernambuco, uma capital do Nordeste do Brasil com 1.537.704 habitantes e que possui um total de 182.041 idosos, de acordo com Censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Em busca realizada na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, não existem dados oficiais do quantitativo de indivíduos diagnosticados com a DP, havendo uma orientação de que esse número pudesse ser calculado através da Superintendência de Assistência Farmacêutica, já que estes utilizam medicações continuadas, subsidiadas pelo Governo do Estado. De acordo com dados fornecidos pela Assistência Farmacêutica (2017), encontram-se cadastradas 1.510 pessoas, que recebem a medicação da DP (ANEXO A).

O local escolhido para a pesquisa foi o Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) em parceria com o Programa de Extensão Pró-Parkinson da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

O Pró-Parkinson é um Programa de Extensão da UFPE desenvolvido no HC/UFPE, que visa promover assistência multiprofissional ao paciente com doença de Parkinson em Pernambuco, tendo caráter informativo/educativo, de assistência e de pesquisa, atendendo o paciente, sua família e o cuidador em questões relacionadas à DP. É composto por uma equipe multidisciplinar nas seguintes áreas: Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Nutrição.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por pessoas com diagnóstico de DP, com 60 anos e mais, participantes do Programa Pró-Parkinson do Hospital das Clínicas da UFPE, correspondendo a um total de 309 indivíduos cadastrados (novembro de 2017) e destes, 241 são idosos.

5.4 AMOSTRA

5.4.1 Tamanho da Amostra

Para o cálculo da amostra tomou-se como referência a **proporção esperada** de DTM na DP descrita por Silva et al. (2015) de **20,33%** e o **tamanho da população de idosos com DP observada no serviço de 241 pessoas**. Dentre os cálculos, o que apresentou maior tamanho de amostra foi o que se procedeu para estimar a ocorrência, sendo então utilizado, já que alcançaria parâmetros adequados para as demais análises estatísticas necessárias. Como resultado desse cálculo, determinou-se **uma amostra de 124 pessoas**. Esse **n amostral**, mantendo-se os mesmos parâmetros de cálculo, é capaz de detectar, com um poder de 80%, um **tamanho de efeito (W) de 0,29** usando-se um teste Qui-quadrado com quatro graus de liberdade.

5.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

5.5.1 Critérios de Inclusão

1. Diagnóstico clínico de doença de Parkinson idiopática nos estágios de 1 a 3 estabelecido pela escala mundial de classificação da doença segundo Hoehn & Yahr (HY);
2. Ambos os sexos, com idade de 60 anos e mais, condição que define a pessoa idosa de acordo com a Lei nº 8.842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso;
3. Pessoas sob o efeito da droga anti-parkinsoniana (fase “ON”);
4. Pessoas com dentes ou em uso de próteses dentárias parciais ou fixa;
5. Pessoas orientadas, com autonomia preservada.

5.5.1.1 Escala de Hoehn & Yahr (HY)

Esta escala foi desenvolvida por Margareth Hoehn e Melvin Yahr na década de 1960 (HOEHN; YAHR, 1967). Compreende cinco estágios de classificação para avaliar a severidade da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo quanto ao nível de incapacidade. As pessoas classificadas no estágio 1 apresentam manifestações unilaterais (tremor, rigidez e bradicinesia) e capacidade para viver independentemente; estágio 2, manifestações bilaterais aliadas a possíveis anormalidades da fala, postura fletida e marcha anormal; no estágio 3, agravamento bilateral das manifestações somadas aos distúrbios do equilíbrio. Neste estágio, os pacientes ainda são capazes de viver de forma independente; os estágios 4 e 5 são formas mais graves da doença onde as pessoas com DP necessitam de ajuda estando acamadas ou em uso de cadeira de rodas (PEREIRA; GOULART, 2005) (ANEXO B).

5.5.2 Critérios de Exclusão

1. Idosos com avaliação insatisfatória apresentando comprometimento cognitivo pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM);
2. Idosos com presença de outra doença neurológica associada à DP;
3. Trauma na face ou mandíbula;
4. Pessoas desdentadas em um dos arcos dentários ou sem prótese;
5. Aqueles que foram submetidos à cirurgia da DP;
6. Aqueles que não conseguiam se comunicar verbalmente.

5.5.2.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

É um instrumento utilizado para a triagem cognitiva, que avalia 5 funções corticais compostas por: orientação temporal e espacial (10 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (3 pontos) e linguagem (9 pontos), tendo como pontuação máxima 30 pontos, com duração de aplicação de 5 a 10 minutos (FOLSTEIN et al., 1975). Para população idosa de acordo com os anos de estudo, BERTOLUCCI et al. (1994) elaboraram ponto de corte específico, sendo: *analfabetos* – 0 anos (ponto de corte 13); *baixa escolaridade* – 1 a 4 anos incompletos; *média escolaridade* – 4 a 8 anos incompletos (baixa e média escolaridade: ponto de corte 18); *alta escolaridade* – 8 anos ou mais (ponto de corte 26). Foi considerado, para efeito de classificação, o nível escolar atingido e não o número de anos frequentados na escola de acordo com os referidos pelos pontos de corte (ANEXO C).

5.6 VARIÁVEIS

5.6.1 Variável Dependente

Pessoas com DTM e/ou dor orofacial podem ser avaliadas e classificadas através de um questionário denominado Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares – RDC/DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorder*), descrito por Samuel Dworkin e Linda LeResche em 1992, validado e reconhecido internacionalmente e traduzido para o português por Pereira Júnior et al. (2004), que classifica os indivíduos com DTM em grupos de acordo com os diagnósticos do RDC. (MATHEUS et al., 2009; SLADE et al., 2011a; HARRISON et al., 2014) (ANEXO D). A DTM foi a variável dependente.

O RDC/DTM é o padrão ouro para esse tipo de avaliação e é composto por dois eixos: Eixo I - mensuração de achados físicos – que consiste em um exame clínico intra e extra-oral (movimentos mandibulares, sons e palpação da ATM e seus músculos) e o Eixo II - avaliação psicossocial – que consiste em 31 perguntas com respostas diretas. Uma pessoa pode apresentar apenas um ou múltiplos diagnósticos, permitindo classificar os indivíduos em três grupos:

Grupo I – Diagnósticos Musculares [(dor miofascial (I.a.) e dor miofascial com abertura da mandíbula limitada (I.b.)];

Grupo II – Deslocamento do Disco [(deslocamento do disco com redução (II.a.), deslocamento do disco sem redução com abertura da mandíbula limitada (II.b.) e deslocamento do disco sem redução, sem abertura da mandíbula limitada (II.c.)];

Grupo III – Artralgia, Artrite, Artrose [(artralgia (III.a.), osteoartrite da ATM (III.b.) e osteoartrose da ATM (III.c.)] (PEREIRA et al., 2004).

Como regra para o diagnóstico, a um indivíduo poderá ser atribuído no máximo um diagnóstico muscular de cada grupo. Os diagnósticos dentro de qualquer grupo são mutuamente exclusivos, isso significa que um indivíduo pode receber desde nenhum diagnóstico - diagnóstico zero (sem condições diagnosticáveis) até três diagnósticos, um diagnóstico muscular do grupo I, um do grupo II e um do grupo III (GALHARDO et al., 2013).

Além disso, o RDC/DTM por se tratar de uma ferramenta biaxial, permite uma mensuração confiável de achados físicos no Eixo I (diagnóstico) e avaliação do status psicossocial, que envolve indivíduos com perfil de disfunção dolorosa crônica (depressão, ansiedade e relação desses fatores com outros sintomas físicos) no Eixo II que está disponível no site internacional do RDC/TMD (<https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational>), estando formalmente traduzido para 18 idiomas, incluindo o português, tendo a parte denominada Eixo II do questionário aplicada em uma amostra brasileira e, portanto, a etapa de validação de face já foi realizada (DWORKIN; LeRESCHE, 1992; JOHN; DWORKIN; MANCL, 2005; KOSMINSKY et al., 2004; LUCENA et al., 2006).

5.6.2 Variáveis Independentes

5.6.2.1 Dados Sociodemográficos

1. Idade – considerada em anos - a partir de 60 anos.
2. Sexo – masculino ou feminino.
3. Escolaridade (em anos de estudo) – 0 anos Analfabeto; 1 – 4 anos; 5 – 8 anos; 9 – 11 anos; 12 – 17 anos.
4. Estado civil – casado(a) ou tem companheiro(a); separado(a) ou divorciado(a); viúvo(a) e solteiro(a).

5. Renda – renda familiar mensal em salários mínimos vigentes no ano de 2018.

5.6.2.2 Classificação da Saúde e Cuidados Gerais e da Boca

1. Saúde geral – Classificada em: excelente, muito boa, boa, razoável e ruim;
2. Saúde da boca – Classificada em: excelente, muito boa, boa, razoável e ruim;
3. Cuidados que tem tomado com a saúde de uma forma geral – Classificados em: excelente, muito bom, bom, razoável e ruim;
4. Cuidados que tem tomado com a saúde da boca – Classificados em: excelente, muito bom, bom, razoável e ruim.

5.6.2.3 Classificação das Variáveis Clínicas

1. Grau da Dor Crônica Avaliada – A dor pode ser classificada em 5 graus:
Grau 0 – baixa intensidade (sem dor por DTM nos últimos 6 meses);
Grau I – baixa intensidade (intensidade característica da dor < 50 pontos de incapacidade de acordo com o RDC, e menos que 3 pontos de incapacidade);
Grau II – alta intensidade (intensidade característica da dor > 50 pontos, e menos que 3 pontos de incapacidade);
Grau III – limitação moderada (3 a 4 pontos de incapacidade, independente da intensidade característica da dor);
Grau IV – limitação severa (5 a 6 pontos de incapacidade, independente da intensidade característica da dor).
2. Grau de Depressão – Pode ser classificado em normal, moderado e severo:
Normal – menor ou igual a 0,535;
Moderado – maior que 0,535 e menor a 1,105;
Severo – maior ou igual a 1,105.
3. Sintomas Físicos Não Específicos Incluindo Itens de Dor – Podem ser classificados em normal, moderado e severo:
Normal – menor ou igual a 0,5;
Moderado – maior que 0,5 e menor a 1,0;
Severo – maior ou igual a 1,0.

Os Sintomas Físicos Não Específicos Incluindo Itens de Dor estão descritos no RDC em português e sua pontuação foi feita a partir das seguintes perguntas (12 itens):

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

- a. Por sentir dores de cabeça?*
- c. Por ter fraqueza ou tontura?*
- d. Por sentir dor ou “aperto” no peito ou coração?*
- j. Por sentir dores na parte inferior das costas?*
- o. Por ter enjôo ou problemas no estômago?*
- p. Por ter músculos doloridos?*
- r. Por ter dificuldade em respirar?*
- s. Por sentir de vez em quando calor ou frio?*
- t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo?*
- u. Por sentir um “nó na garganta”?*
- w. Por se sentir fraco em partes do corpo?*
- x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas?*

4. Sintomas Físicos Não Específicos Excluindo Itens de Dor – Podem ser classificados em normal, moderado e severo:

Normal – menor ou igual a 0,428;

Moderado – maior que 0,428 e menor a 0,857;

Severo – maior ou igual a 0,857.

Os Sintomas Físicos Não Específicos Excluindo Itens de Dor estão descritos no RDC em português e sua pontuação foi feita a partir das seguintes perguntas (7 itens):

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

- c. Por ter fraqueza ou tontura?*
- r. Por ter dificuldade em respirar?*
- s. Por sentir de vez em quando calor ou frio?*
- t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo?*
- u. Por sentir um “nó na garganta”?*
- w. Por se sentir fraco em partes do corpo?*

x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas?

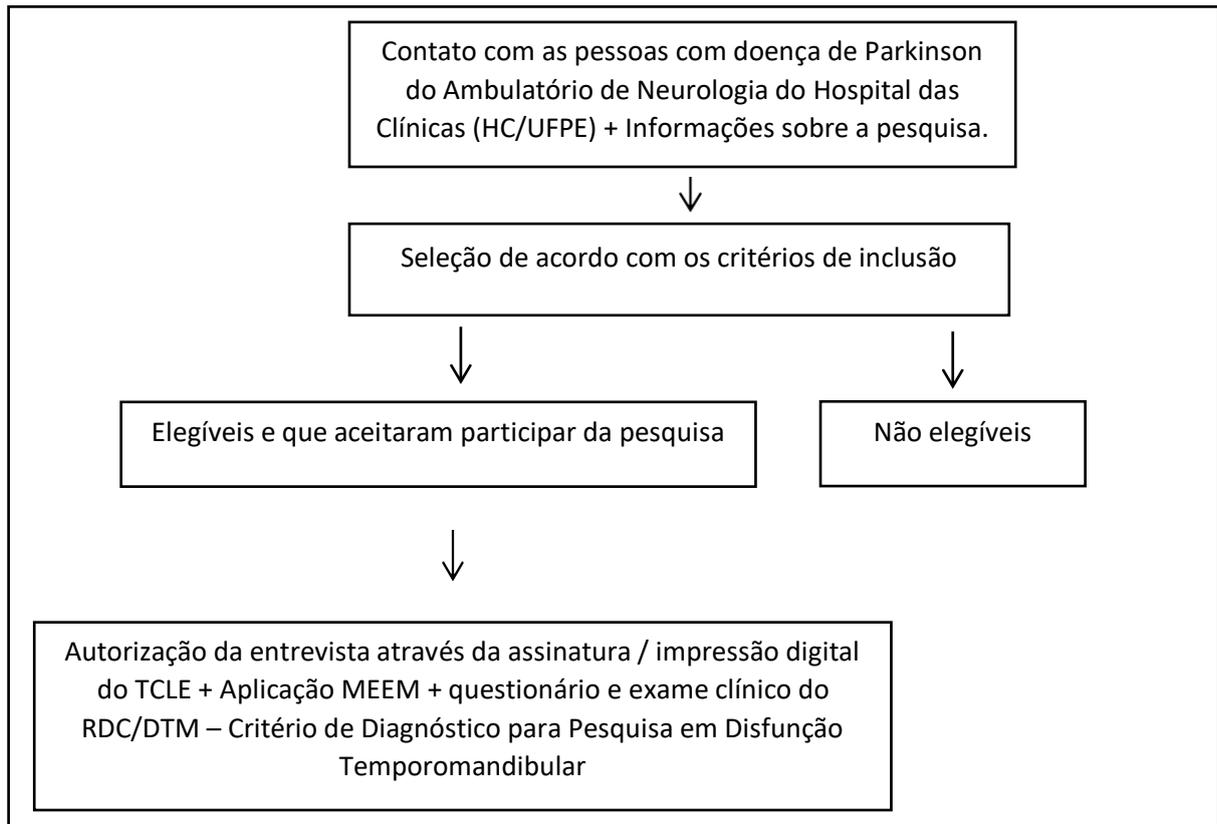
5. Uso de Prótese – Classificado em: Sim ou não.

5.7 COLETA DOS DADOS

Para a coleta no HC/UFPE, os entrevistadores fizeram o primeiro contato com os idosos durante a espera para atendimento com o neurologista, os convidando e direcionando para sala reservada onde foram passadas as informações iniciais da pesquisa aplicando-se os critérios de elegibilidade. Foram avaliados com o instrumento MEEM utilizando ponto de corte específico para pessoas idosas de acordo com a escolaridade e em seguida foi feita a aplicação do RDC/DTM com duração total de 20 a 30 minutos. Os participantes encontravam-se fazendo uso de fármacos de rotina para DP, levodopa ou agonistas dopaminérgicos, ou ambos, conforme prescrição médica.

As pessoas com DP foram entrevistadas por duas examinadoras (uma cirurgiã-dentista e uma fisioterapeuta) previamente treinadas para garantir a uniformidade na coleta de dados. O treinamento consistiu em curso de aplicação do RDC/DTM realizado em Recife–PE, com especialista na área, prática das perguntas e exame físico do questionário, como também do MEEM. Os questionários foram administrados em formato de entrevista e as perguntas foram sempre lidas na mesma ordem juntamente com as opções de resposta para cada pergunta.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos sujeitos da amostra.



5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados dos questionários foram armazenados e descritos em planilha no Excel, utilizando-se estatísticas descritivas e contagem de frequência para caracterizar a amostra. A amostra foi estratificada de acordo com o diagnóstico de presença ou não de DTM e sua associação às variáveis clínicas: grau de dor crônica, grau de depressão, SFNE incluindo e excluindo itens de dor e uso de prótese. O *Odds Ratio* (OR) do Qui-quadrado (X^2) com intervalo de confiança (IC) de 95% foi aplicado na análise utilizando-se o *software Statistica 13.2* com nível de significância de 5%. Para a associação entre DTM e as variáveis clínicas, foram empregadas análises de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e o grau de concordância por meio do coeficiente *Kappa* (k) para avaliar a acurácia das variáveis associadas.

A sensibilidade foi considerada como a capacidade das variáveis clínicas em identificar corretamente aqueles com DTM; e a especificidade foi considerada como a capacidade das variáveis clínicas, quando ausentes, de afastarem a DTM. Já o VPP indicou a proporção de pessoas com DTM entre os que apresentaram o teste positivo

das variáveis; e o VPN mostrou a proporção de sadios (sem DTM) entre os negativos ao teste das variáveis. Quanto maior a prevalência da doença na população testada, maior é o VPP e menor o VPN; quanto menor a prevalência da doença na população testada, menor é o VPP e maior o VPN.

Para avaliar o grau de concordância entre as variáveis clínicas e o diagnóstico de DTM foi aplicado o coeficiente *Kappa* (REED, 2000), caracterizado como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação da DTM. Os diferentes níveis de concordância foram: < zero: não existe concordância; zero – 0,20: concordância mínima; 0,21 – 0,40: concordância razoável; 0,41 – 0,60: concordância moderada; 0,61 – 0,80: concordância substancial; 0,81 – 1,0: concordância perfeita.

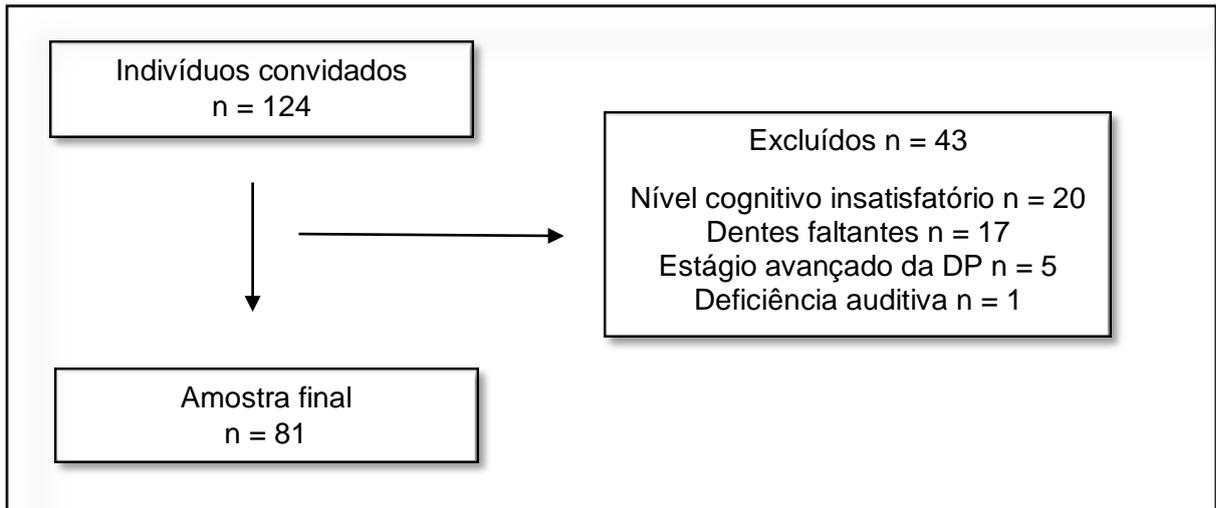
5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, de acordo com os requisitos da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares e aprovada através do parecer CAAE: 81081317.8.0000.5208 (ANEXO E) de modo a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos nos protocolos e a publicar os resultados. Os participantes do estudo foram informados previamente sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) a fim de autorizar a utilização dos dados obtidos e imagem para divulgação restrita ao meio científico.

6 RESULTADOS

Foram convidados a participar desta pesquisa 124 idosos com doença de Parkinson. Destes 81 encontravam-se dentro dos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de seleção da amostra final.



A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra e os estágios da DP. A idade variou entre 60 e 89 anos (± 69), 67% eram do sexo masculino e 27% apresentaram escolaridade entre 5 – 8 anos, 74% apresentaram situação conjugal como casado(a) ou tinham companheiro(a). No que se refere a renda, 43% declararam receber de 1 – 2 salários mínimos e 74% dos idosos apresentavam-se no estágio moderado da DP.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e os estágios da doença de Parkinson em pessoas idosas, Recife-PE, 2018.

Variáveis	N=81	Frequência (%)
Idade		
60 – 69 Anos	42	52%
70 – 79 Anos	35	43%
80 Anos e mais	4	5%
Sexo		
Masculino	54	67%
Feminino	27	33%
Escolaridade		
Analfabeto	5	6%
1 – 4 Anos de estudo	20	25%
5 – 8 Anos de estudo	22	27%
9 – 11 Anos de estudo	17	21%
12 – 17 Anos de estudo	17	21%
Estado Civil		
Casado(a) ou tem companheiro(a)	60	74%
Separado(a) ou divorciado(a)	6	7%
Viúvo(a)	9	11%
Solteiro(a)	5	6%
Renda (SM)*		
Menos de 1	5	6%
De 1 a 2	35	43%
De 3 a 5	29	36%
De 6 a 10	7	9%
De 11 a 20	3	4%
Não soube informar	2	2%
Estágios da Doença de Parkinson		
Estágio Leve	20	25%
Estágio Moderado	60	74%

*SM = Salário mínimo vigente em 2018 R\$ 954,00.

Em relação a saúde geral e saúde da boca autorreferidas 57% e 47% respectivamente, informaram ter saúde razoável e sobre o autocuidado 52% e 49% classificaram, respectivamente como bom (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da saúde e cuidados gerais e da boca, Recife-PE, 2018.

Variáveis	N=81	Frequência (%)
Saúde Geral		
Excelente	1	1%
Muito boa	1	1%
Boa	22	27%
Razoável	46	57%
Ruim	11	14%
Saúde da Boca		
Excelente	4	5%
Muito boa	1	1%
Boa	29	36%
Razoável	38	47%
Ruim	9	11%
Cuidados Com a Saúde Geral		
Excelente	6	7%
Muito bom	8	10%
Bom	42	52%
Razoável	22	27%
Ruim	3	4%
Cuidados Com a Saúde da Boca		
Excelente	3	4%
Muito bom	4	5%
Bom	40	49%
Razoável	29	36%
Ruim	5	6%

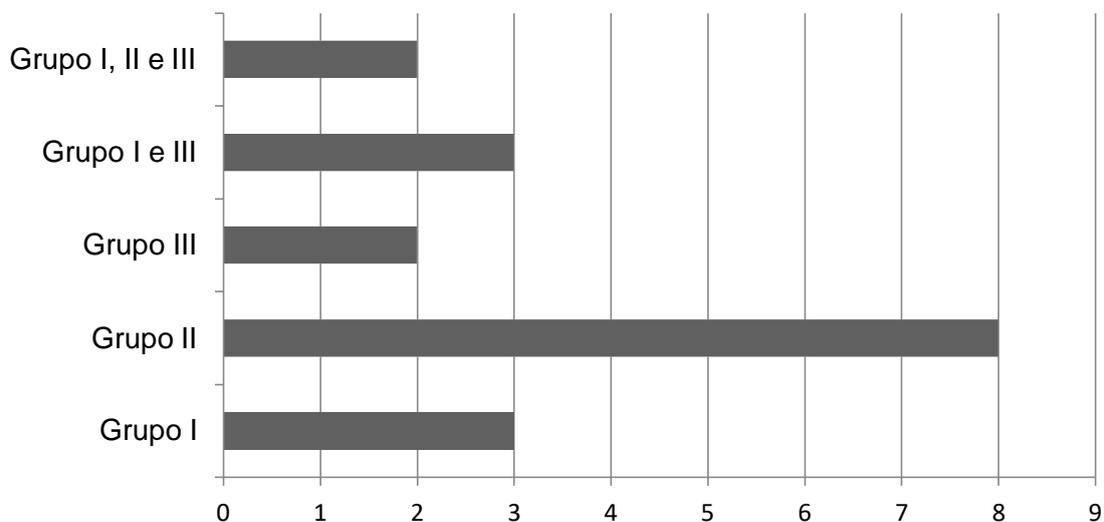
A presença de DTM foi identificada em 22% dos idosos o que corresponde a 18 indivíduos que apresentaram a disfunção de acordo com os grupos do RDC/DTM, destes 11 eram do sexo masculino. A presença de depressão (moderada a severa) foi observada em 58%. Os SFNE incluindo ou excluindo itens de dor, foram considerados severos com 36% e 44% da amostra respectivamente e 43% faziam uso de prótese. Contudo, em relação ao grau de dor crônica 12% referiram ter dor e apresentavam DTM (Tabela 3). Os que tiveram diagnóstico clínico de DTM foram distribuídos de acordo com os grupos do RDC/DTM sendo o Grupo II (Deslocamento de Disco) o mais prevalente (Figura 3).

Tabela 3 – Distribuição da disfunção temporomandibular e das variáveis clínicas; grau de dor crônica, grau de depressão, SFNE incluindo itens de dor, SFNE excluindo itens de dor e uso de prótese, Recife-PE, 2018.

Variáveis	N=81	Frequência (%)
Disfunção Temporomandibular		
Presença	18	22%
Ausência	63	88%
Grau de Dor Crônica		
Grau 0	71	88%
Grau I	7	9%
Grau II	2	2%
Grau III	0	0%
Grau IV	1	1%
Grau de Depressão		
Normal	34	42%
Moderada	28	35%
Grave / Severa	19	23%
SFNE incluindo itens de dor*		
Normal	33	41%
Moderado	19	23%
Grave / Severo	29	36%
SFNE excluindo itens de dor*		
Normal	29	36%
Moderado	16	20%
Grave / Severo	36	44%
Uso de Prótese		
Sim	35	43%
Não	46	57%

*SFNE: Sintoma físico não específico incluindo e excluindo itens de dor.

Figura 3 – Distribuição da apresentação do número de idosos de acordo com diagnóstico clínico da disfunção segundo os grupos do RDC/DTM.



A associação entre o diagnóstico da DTM e as variáveis clínicas: dor crônica, depressão, SFNE incluindo e excluindo itens de dor e uso de prótese estão expressos na Tabela 4. Houve associação significativa com as variáveis dor crônica ($p=0,001$, $OR=inf$, $IC95\%=12,13-inf$) e depressão ($p=0,014$, $OR=4,8$, $IC95\%=1,14 - 23,51$).

Tabela 4 – Associação do diagnóstico clínico de DTM com as variáveis clínicas: dor crônica, depressão, SFNE incluindo e excluindo itens de dor e uso de prótese, Recife-PE, 2018.

Variáveis		Com DTM	Sem DTM	Total	
Dor Crônica	Com Dor	10	0	10	Valor de $p=0,001$ $OR=inf$ $IC95\%=12,13-inf$ $Kappa=0,66$ $Sens=0,55$ $Esp.=1,00$ $VPP=1,00$ $VPN=0,88$
	Sem Dor	8	63	71	
	Total	18	63	81	
Depressão	Com Depressão	15	32	47	Valor de $p=0,014$ $OR=4,8$ $IC95\%=1,14 - 23,51$ $Kappa=0,207$ $Sens=0,83$ $Esp.= 0,49$ $VPP= 0,31$ $VPN= 0,91$
	Sem Depressão	3	31	34	
	Total	18	63	81	
SFNE incluindo itens de dor	Sim	13	35	48	Valor de $p= 0,20$ $OR= 2,00$ $IC95\%= 0,59 - 7,67$
	Não	5	28	33	
	Total	18	63	81	
SFNE excluindo itens de dor	Sim	14	28	52	Valor de $p= 0,17$ $OR= 2,3$ $IC95\%= 0,6 - 9,4$
	Não	4	25	29	
	Total	18	63	81	
Uso de Prótese	Com prótese	6	29	35	Valor de $p= 0,33$ $OR= 0,58$ $IC95\%= 0,16 - 1,97$
	Sem prótese	12	34	46	
	Total	18	63	81	

Legenda: DTM = disfunção temporomandibular; SFNE = sintomas físicos não específicos; $OR = Odds Ratio$; $IC =$ intervalo de confiança; $Kappa =$ coeficiente $Kappa$; $Sens. =$ sensibilidade; $Esp. =$ especificidade; $VPP =$ valor preditivo positivo; $VPN =$ valor preditivo negativo; * $p<0,05$.

7 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a DTM foi identificada em 22% dos idosos com DP, corroborando com os achados de Silva et al. (2016) que investigaram a prevalência de DTM em pessoas com DP, e encontraram 23,8%. A DTM está presente principalmente entre jovens e adultos (CALIXTRE et al., 2014; LEMOS et al., 2015; FERNANDES et al., 2013), porém alguns estudos têm mostrado que este distúrbio tem acometido também a população idosa (OLTRAMARI-NAVARRO et al., 2017; HONDA et al., 2015).

Apesar das mulheres serem mais acometidas pela DTM segundo algumas pesquisas (SAMPAIO et al., 2017; CAMACHO et al., 2014), neste estudo observou-se que houve maior prevalência do sexo masculino, o que pode ser justificado por alguns trabalhos apontarem a predominância deste sexo com a doença de Parkinson (SAVICA et al., 2016; COLLABORATORS GBDPSD, 2018).

Na disfunção da articulação temporomandibular, o sexo é considerado um fator etiológico predisponente e tem maior predominância entre mulheres em idade reprodutiva (20 a 40 anos). Tal ocorrência tem sido atribuída à resposta inflamatória ao estresse, comportamento sociocultural em resposta à dor e efeitos relacionados com características hormonais. Os hormônios desempenham um papel relevante nas condições de dor e diversos mecanismos explicam a sua influência na DTM. No entanto, a ação destes efeitos hormonais permanece desconhecida e ainda é uma questão de debate (LORA et al., 2016). Há relatos de que o estrógeno agrava a inflamação na ATM através da indução de citocinas pró-inflamatórias na membrana sinovial (KOU et al., 2015).

As causas da DTM são complexas, podendo existir fatores biopsicossociais, biomecânicos e neurobiológicos que contribuem para seu desenvolvimento (ATTALLAH et al., 2014). Fatores determinantes na etiologia de problemas relacionados à saúde são o nível educacional, o socioeconômico, a ocupação profissional e as desigualdades sociais, sendo elementos que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde (MARTINS et al., 2008).

As condições de desigualdades sociais refletem diferentes perfis epidemiológicos; condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma população, o que gera a estratificação dos indivíduos e grupos populacionais com diferentes posições sociais as quais têm relação direta com as condições de saúde

destes. Tais disparidades se expressam através da renda, educação e classe social, materializando as desigualdades sociais (MIRANDA et al., 2015).

No que se refere à escolaridade, a maioria dos idosos deste estudo chegaram até o ensino fundamental com 5 a 8 anos de estudo. Segundo Martins et al. (2008), a educação está associada à aquisição de mais informações, permitindo a avaliação cognitiva da saúde, o que poderia levar a uma percepção diferente da DTM.

Um estudo realizado por Sampaio et al. (2017) encontrou diferença na prevalência de DTM entre os diferentes níveis educacionais e analisaram os fatores associados à DTM em idosos não-institucionalizados e institucionalizados no Brasil. Idosos não-institucionalizados com DTM apresentaram nível de escolaridade baixo, concordando com o dado achado nesta pesquisa. Já em relação ao estado civil, Sampaio encontrou que a maioria era de viúvos, com 47%, em discordância com este estudo, pois a maioria dos entrevistados era de casados.

Idosos sem ou com baixa renda têm pior qualidade de vida relacionada com a saúde (GASZYNSKA et al., 2014; CORNEJO et al., 2013). Nesta pesquisa a maioria recebia de um a dois salários mínimos, em consonância com o estudo de Sampaio et al. (2017) em que os idosos que recebiam este mesmo valor apresentaram taxa de DTM prevalente; e aqueles com menor renda do que um salário tiveram um aumento da prevalência de DTM.

Em relação aos estágios da DP, a maioria apresentava-se em estágio moderado, o que corrobora com uma pesquisa que realizou investigação para pessoas com DP e DTM e encontrou resultado semelhante (SILVA et al., 2018). Como o diagnóstico para a doença de Parkinson ocorre de forma tardia e não se dá na primeira consulta, é o que poderia justificar a baixa incidência de idosos no estágio inicial da doença (RODRIGUEZ et al., 2015; FERREIRA et al., 2017; MCLAUGHLIN et al., 2015). Em relação à saúde e cuidados gerais e da boca não foram encontrados estudos na literatura que tenham realizado similar investigação que pudessem ser discutidos com esse estudo.

Nesta pesquisa, verificou-se uma associação significativa da DTM com a dor crônica ($p=0,001$; $OR=inf$; $IC95\%=12,13 - inf$), o OR encontrou um resultado infinito (inf), significando que na tabela de cruzamento das variáveis foi encontrado um zero, não havendo “doentes” com dor crônica e sem DTM e a verificação do contrário foi verdadeira, pois todos os que sentiam dor crônica tinham DTM, justificando tal fato. O índice de Kappa expressou boa confiabilidade (substancial) segundo a escala de

concordância, e a sensibilidade foi boa indicando os indivíduos verdadeiramente positivos, ou seja, os diagnosticados doentes. A especificidade do teste foi alta e o VPN indica a proporção de sadios entre os negativos ao teste, correlacionando-se que 88% não tinha dor e nem DTM. Porém não foram encontrados registros científicos com dados que mesclassem DTM, dor crônica e idoso do sexo masculino, sendo este estudo raro dentro do segmento. Contudo a pesquisa de Jeremic-Knezevic et al. (2018) em que foram avaliadas 200 mulheres de 18 a 65 anos com objetivo de correlacionar o grau de dor crônica com DTM usando o RDC/DTM, os autores encontraram correlação significativa entre dor crônica e DTM.

Fatores psicológicos são indicados como etiológicos para a DTM em vários estudos (PLESH, ADAMS, GANSKY, 2011; GIANNAKOPOULOS et al., 2010). A depressão de moderada a severa foi um dos principais fatores encontrados nesta pesquisa. Indivíduos com DTM são mais depressivos ou ansiosos que indivíduos assintomáticos e os sintomas da disfunção se iniciam durante períodos de estresse psicológico, potencializando-se em situações de ansiedade (DIRACOGLU et al., 2016). Verificou-se nesta pesquisa que os idosos com DTM tinham 4,8 vezes mais chances de apresentar depressão. Essa variável apresentou fraca precisão em relação à disfunção, segundo a escala de concordância. A sensibilidade para depressão foi alta, aproximando-se do valor máximo possível. Já a especificidade foi moderada, o que significa que cerca de metade dos indivíduos não foram diagnosticados com depressão. O VPP na depressão foi de 31% e o VPN de 91%. Quanto menor a prevalência da doença na população testada, menor é o VPP e maior o VPN.

Os sintomas físicos não específicos incluindo ou excluindo itens de dor foram considerados severos nesse estudo, porém, na literatura pesquisada não foram encontrados estudos com idosos que tenham realizado similar parametrização para essa discussão. Entretanto, Piccin et al. (2016) analisaram a relação dos sintomas físicos não específicos com DTM em indivíduos com idade de 18 a 40 anos e observaram que houve predomínio do grau severo para ambas as variáveis analisadas, tendo os autores observado a existência de uma relação entre os sintomas físicos e psicológicos de pessoas com DTM. Apesar disso, considerando-se a DTM de origem multifatorial, não se sabe ao certo se a dor da ATM determina o aparecimento de sintomas psicológicos, ou vice-versa.

Conforme o RDC/DTM, múltiplos diagnósticos clínicos estiveram presentes nos participantes desta pesquisa, tendo como predomínio o Grupo II - Deslocamento de Disco (caracterizado pela presença de estalido), identificado em 8 idosos. Isto está de acordo com uma pesquisa realizada por Silva et al. (2018) que avaliou DTM em pessoas com Parkinson com a presença de estalido como o diagnóstico mais comum, corroborando com os dados deste estudo.

Na presente pesquisa, a perda dos dentes naturais e o uso de prótese não estavam ligados à DTM. Entretanto, a perda dentária tem sido considerada um dos principais fatores de risco para DTM (CZERNAIK et al., 2018). Em um estudo epidemiológico sobre as condições de saúde bucal realizado no Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010, mostrou em seus resultados que mais da metade dos idosos brasileiros são edêntulos (53,7%) e que idosos entre 65 e 74 anos apresentaram uma média de 25,8 dentes perdidos. Entre idosos acima de 65 anos, o Brasil ainda apresenta prevalência de edentulismo dentre as mais altas taxas do mundo com 54%.

Conhecer as características odontológicas e geriátricas da população brasileira proporciona uma análise desses aspectos com o processo de envelhecimento e com as patologias que modificam o sistema estomatognático. A saúde bucal do idoso está interligada com sua qualidade de vida e junto ao envelhecimento podem ocorrer mudanças como a sobrecarga na ATM, ocasionada pela falta de dentes, oclusão deficiente, traumas e hábitos parafuncionais, o que pode provocar DTM (ALMEIDA et al., 2008).

Estudos transversais possuem limitação própria, pois permitem apenas a observação de associações e não permitem conclusões sobre causalidade. Refletem a realidade em um determinado espaço de tempo. Assim, pesquisas futuras com idosos devem ser produzidas, possibilitando o estudo de outras variáveis, enriquecendo a discussão para determinar outras relações de causa e efeito entre idosos com DP e DTM.

A importância clínica deste estudo reafirma a necessidade de avaliar o paciente não apenas sob os aspectos físicos, mas também psicossociais, obtendo resultados mais definitivos e observando o ser de forma biopsicossocial, mais humana e contextualizada, dando-lhe relevo na estratificação social. É preciso conscientizar o próprio idoso sobre os cuidados com a sua saúde geral e bucal e sobre as políticas públicas de saúde a que tem direito. A maioria dos pacientes com DTM podem ser

efetivamente diagnosticados no cenário de cuidados possibilitando um encaminhamento antecipado para atendimento especializado.

Diante disso, é fundamental que o profissional de saúde esteja atento para a identificação da DTM no idoso e conheça melhor as mudanças ocasionadas pelo envelhecimento.

8 CONCLUSÕES

Os dados obtidos nesta pesquisa demonstraram que a ocorrência de Disfunção Temporomandibular entre idosos com Doença de Parkinson foi moderada e os fatores associados encontrados foram dor crônica e depressão (moderada a severa).

Participaram desta pesquisa 124 pessoas idosas com Doença de Parkinson e destes 81 encontravam-se dentro dos critérios de elegibilidade e foram entrevistados. A disfunção foi identificada em 18 idosos compondo 22% da amostra. Os Sintomas Físicos Não Específicos incluindo ou excluindo itens de dor e o uso de prótese não estavam associados à disfunção, contudo, os que referiram ter dor crônica apresentavam DTM. Dentre os diagnósticos clínicos de DTM o Grupo II (Deslocamento de Disco) foi o mais prevalente.

A idade dos entrevistados variou entre 60 e 89 anos, com média de ± 69 , a pessoa idosa mais nova e a mais velha tinham DTM e a maioria era do sexo masculino com escolaridade entre 5 – 8 anos. A maioria apresentou situação conjugal como casado(a) ou tinha companheiro(a), com renda de 1 – 2 salários mínimos, estando no estágio moderado da DP.

No decorrer do processo do envelhecimento, os idosos, na sua maioria, tendem a se conformar com a deterioração de sua saúde e, dessa forma, acreditam que os problemas bucais são uma consequência inevitável do envelhecer. Este estudo foi realizado tendo como ponto de partida a possibilidade da presença da DTM em idosos com DP, o que leva a uma preocupação com este paciente que muitas vezes deixa de se queixar de dores e/ou incômodos, ainda que estes venham a reduzir sua qualidade de vida.

A importância clínica desse estudo reafirma a necessidade de avaliar o paciente não apenas sob os aspectos físicos, mas também psicossociais, obtendo resultados mais definitivos e observando o ser de forma biopsicossocial, mais humana e contextualizada, dando-lhe relevo na estratificação social. É preciso conscientizar o próprio idoso sobre os cuidados com a sua saúde geral e bucal e sobre as políticas públicas de saúde a que tem direito. Estratégias de autocuidado podem beneficiar o público-alvo em condições de dor crônica, por exemplo.

A relevância dessas informações para a sociedade enseja um novo olhar sobre a relação no trato com o idoso, fomentando ramificações e linhas de pesquisa acadêmicas com vias a quantificar, catalogar e promover políticas de saúde adicionais

para esta população, pois a maioria dos pacientes com DTM pode ser efetivamente diagnosticada e gerenciada no cenário de cuidados e pode se beneficiar com um encaminhamento antecipado para atendimento especializado.

Dor orofacial gera encargos econômicos relacionados com a saúde, estas condições ocorrem devido à fisiopatologia complexa, frequentemente associada a comorbidades psicológicas, tendo um impacto significativo sobre qualidade de vida e funcionalidade diária. Diante disso, é fundamental que o profissional de saúde esteja atento para a identificação da DTM no idoso e conheça melhor as mudanças ocasionadas pelo envelhecimento no sistema estomatognático.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. H. M.; FRARE, J. C. Estudo comparativo entre os efeitos de técnicas de terapia manual isolada e associada à laser terapia de baixa potência sobre a dor em pacientes com Disfunções Temporomandibulares; **RGO**, Porto Alegre; v. 56; n. 3, p. 287-295. 2008.
- ATTALLAH, M. M.; VISSCHER, C. M.; VAN SELMS, M. K. A.; LOBBEZOO, F. Is there an association between temporomandibular disorders and playing a musical instrument? A review of literature. **Journal of oral rehabilitation**, v. 41, n.3, p. 532–41, 2014.
- BARBOSA, E.R.; SALLEM, F.A.S. Doença de Parkinson – Diagnóstico. **Revista neurociências**, São Paulo, v.13, n.3, p.158-165, Jul-Set. 2005.
- BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 52; n. 1, p. 1-7, 1994.
- BAKKE, M. et al. Orofacial function and oral health in patients with Parkinson`s disease. **Eur J Oral Sci**, 119: 27–32. 2011.
- BONATHAN, C. J.; ZAKRZEWSKA, J. M.; LOVE, J.; WILLIAMS, A. C. Beliefs and distress about orofacial pain: patient journey through a specialist pain consultation. **J Oral Facial Pain Headache**, 28:223–232, 2014.
- BONATO, L.L.; QUINELATO, V.; DE FELIPE, C. P. C.; DE SOUSA, E. B.; TESCH, R.; CASADO, P. L. Association between temporomandibular disorders and pain in other regions of the body. **Journal of oral rehabilitation**, v. 44; n. 1; p. 9-15, 2017.
- BRAAK, H.; DEL, T. K. Invited Article: Nervous system pathology in sporadic Parkinson disease. **Neurology**, v. 70, p. 1916-1925, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Parkinson. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson**. Portaria Conjunta Nº 10, de 31 de Outubro de 2017.
- BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimentos. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2014-2015**. Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Portaria nº 228, de 10 de maio de 2010. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Parkinson**, 2010.
- BRECKONS, M.; BISSETT, S.; EXLEY, C.; ARAUJO-SOARES, V.; DURHAM J. Care pathways in persistent orofacial pain: qualitative evidence from the DEEP study. **JDR Clin Transl Res**, 2:48–57, 2017.

CALIXTRE, L. B.; GRUNINGER, B.L.S.; CHAVES, T. C., OLIVEIRA, A. B. Is there an association between anxiety/depression and temporomandibular disorders in college students? **J Appl Oral Sci**, v. 22, n. 1, p. 15-21, 2014

CALNE, D. G. Is idiopathic Parkinsonism the consequence of an event or a process? **Neurology**, Boston, v. 44, n.1, p. 5-10, 1994.

CAMACHO, J.G.; OLTRAMARI-NAVARRO, P.V.; NAVARRO, R.L.; CONTI, A.C.; CONTI, M.R.; MARCHIORI, L.L. et al. Signs and symptoms of Temporomandibular Disorders in the elderly. **CoDAS**, v. 26, n. 1, p. 76-80, 2014.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010 p 13.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, Jun 2013.

CAVALCANTI, M. O. A.; LIMA, C. C. M. L.; LIMA, J. M. C. et al. Prevalência da Disfunção Temporomandibular em idosos não institucionalizados. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 551-566, 2015.

CHIAMOWICZ, F. et al. Saúde do Idoso – 2ª Edição. – Belo Horizonte: **NESCON UFMG**: 2013. 167 p.

COLLABORATORS GBDPSD. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Neurology**, v. 17, n. 11, p. 939-53, 2018.

CORNEJO, M.; PÉREZ, G.; LIMA, K. C.; CASALS-PEIDRO, E.; BORRELL, C. Oral health-related quality of life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. v. 18, n. 2, p. 285-92, 2013.

COSTEN, J. B. I. A Syndrome of Ear and Sinus Symptoms Dependent upon Disturbed Function of the Temporomandibular Joint. **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology**, v. 43, n. 1, p. 1–15, Oct 1934.

COTTON, A. Osteopathic principles in the modern world. **Int J Osteopath Med**, v. 16, n. 1, p. 17-24, 2013.

CUCCIA, A.; CARADONNA, C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. **Clinics**, v. 64, n. 1, p. 61-66, 2009.

CZERNAIK, et al. Association between temporomandibular disorder symptoms and demographic, dental and behavioral factors in the elderly: a population-based cross-sectional study. **BrJP**, v. 1, n. 3, p. 223-230, 2018.

DE LAU, L. M.; BRETELER, M. M. Epidemiology of Parkinson's disease. **The Lancet Neurology**, v. 5, n. 6, p. 525-535, 2006.

DIRACOGLU, D.; YILDIRIM, N. K.; SARAL, I.; OZKAN, M.; KARAN, A.; OZKAN, S. et al. Temporomandibular dysfunction and risk factors for anxiety and depression. **Journal of back and musculoskeletal rehabilitation**, v. 29, n. 3, p. 487-491, 2016.

DURHAM, J.; BRECKONS, M.; ARAUJO-SOARES, V.; EXLEY, C.; STEELE, J.; VALE, L. Developing Effective and ; Efficient care pathways in chronic Pain: DEEP study protocol. **BMC Oral Health**, 14: 1, 2014.

DURHAM, J. A. V.; DAVIES, S. J.; HARRISON, S. D. et al. Temporomandibular Disorders (TMDs): An update and management guidance for primary care from the UK Specialist Interest Group in Orofacial Pain and TMDs (USOT). Royal College of Surgeons of England, 2013.

DWORKIN, S.F.; LeRESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J Craniomandibular Disord**, v. 6, n. 4, p. 301-355, 1992.

DWORKIN, S. F.; HUGGINS, K. H.; LeRESCHE, L. et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. **J Am Dent Assoc**, v. 120 p. 273–281, 1990.

DWORKIN, S. F. The OPPERA study: Act One. **J Pain**, v. 12 (11Suppl): T1-3. 2011.

FEARNLEY, J.; LEES, A.J. Ageing and Parkinson's disease: substantia nigra regional selectivity. **Brain**, v. 114, p. 2283-2301, 1991.

FERNANDES, G.; GONÇALVES, D. A. G.; SIQUEIRA, J. T. T.; CAMPARIS, C. M. Desordens temporomandibulares dolorosas, auto-referiram zumbido e depressão são altamente associados. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 71, n. 12, 2013.

FERREIRA, D. C.; CORIOLANO, M. G. W. S.; LINS, C. C. S. A. A perspectiva de cuidadores de pessoas com Parkinson: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 99-109, 2017.

FILLINGIM, R. B.; OHRBACH, R.; GREENSPAN, J. D. et al. Potential psychosocial risk factors for chronic TMD: descriptive data and empirically identified domains from the OPPERA casecontrol study. **J Pain**, v. 12, (11 Suppl): T46-60, Nov 2011a.

FILLINGIM, R. B.; SLADE, G.D.; DIATCHENKO, L. et al. Summary of findings from the OPPERA baseline casecontrol study:implications and future directions. **J Pain**, v. 12, (11 Suppl): T102-7, 2011b.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.F.; MCHUGH, P.R. Mini –Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatry Res**, v. 12, p. 189-980, 1975.

FREITAS, D. G.; PINHEIRO, I. C.; VANTIN, C. et al. Os efeitos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais, da mobilização articular e do exercício de estabilização cervical em uma paciente com Disfunção Temporomandibular: um estudo de caso. **Fisioter. Mov.**, v. 24, n. 1, p. 33-38, 2011.

FRANZÉN, E.; PAQUETTE, C.; GURFINKEL, V.S. et al. Reduced performance in balance, walking and turning tasks is associated with increased neck tone in Parkinson's disease. **Exp Neurol**, v. 219, n. 2, p. 430-438, 2009.

FRENCH, J.; GRONSETH, G. Lost in a jungle of evidence: we need a compass. **Neurology**, v. 71, p. 1634-1638, 2008.

FREUND, H.J. Mechanisms of voluntary movements. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 9, p. 55-59, 2002.

FRIEDLANDER, A. H.; MAHLER, M. et al. Parkinson s disease: systemic and orofacial manifestations, medical and dental management. **J Am Dent Assoc**, v. 140, p. 658–669, 2009.

FRIESTINO, J. K. O.; REZENDE, R.; LORENTZ, L. H., et al. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 688-701, 2013.

FUH, J.L.; LEE, R.C.; WANG, S.J. et al. Swallowing difficulty in Parkinson's disease. **Clin Neurol Neurosurg**, v. 99, p. 106-112, 1997.

GALHARDO, A.P.; DA COSTA LEITE, C.; GEBRIM, E.M. et al. The correlation of research diagnostic criteria for temporomandibular disorders and magnetic resonance imaging: a study of diagnostic accuracy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 115, n. 2, p. 277-284, 2013.

GAROFALO, J. P. et al. Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research diagnostic criteria. **The Journal of the American Dental Association**, v. 129, n. 4, p. 438–447, 1998.

GASZYNSKA, E.; SZATKO, F.; GODALA, M.; GASZYNSKI, T. Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. **Clin Interv Aging**, v. 25, n. 9, p. 1637-1644, 2014.

GENTILUCCI, M.; NEGROTTI, A. The control of an action in Parkinson's disease. **Experimental Brain Research**, v. 129, p. 269-77, 1999.

GENTILUCCI, M.; BERTOLANI, L.; NEGROTTI, A. et al. Impaired control of an action after supplementary motor area lesion: a case study. **Neuropsychologia**, v. 38, p. 1398-1404, 2000.

GIANNAKOPOULOS, N.N.; KELLER, L.; RAMMELSBERG, P.; KRONMÜLLER, K.T.; SCHMITTER, M. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. **J Dent**. v. 38, n. 5, p. 369-376, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOBBI, L.T. B. et al. Núcleos da base e controle locomotor: aspectos neurofisiológicos e evidências experimentais. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp**, v. 20, n. 5, p. 97-101, 2006.

GOETZ, C.G. The History of Parkinson's Disease: Early Clinical Descriptions and Neurological Therapies. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2011.

GOLDMAN, Lee. et al; **Cecil medicina: o maior clássico agora adaptado à realidade brasileira**. Tradução de Adriana Pittella Sudré et al. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

GRAYBIEL, A. M. et al. The basal ganglia and adaptive motor control. **Science**, v. 265, p. 1826-1831, 1994.

GRONSETH, G.; FRENCH, J. Practice parameters and technology assessments. **Neurology**, v. 71, p. 1639-1643, 2008.

HAASE, D. C. B. V. et al. Atuação da Fisioterapia no paciente com doença de Parkinson. **Fisioterapia e Movimento**, v. 21, n. 1, p. 79-85, 2008.

HARRISON, A. L.; THORP, J. N.; RITZLINE, P. D. A proposed diagnostic classification of patients with temporomandibular disorders: implications for physical therapists. **J Orthop Sports Phys Ther**, v. 44, n. 3, p. 182-197, 2014.

HAWKES, C. The prodromal phase of sporadic Parkinson's disease: does it exist and if so how long is it? **Movement Disorders**, v. 23, p. 1799-1807, 2008.

HOEHN, M. M.; YAHR, M. D. Parkinsonism: onset, progression and mortality. **Neurology**, v. 17, n. 5, p. 427-442, 1967.

HONDA, M.; IIDA, T.; KOMIYAMA, O.; MASUDA, M.; UCHIDA, T.; NISHIMURA, H.; OKUBO, M.; SHIMOSAKA, M.; NARITA, H.; NIWA, H.; KUBO, H.; DE LAAT, A.; KAWARA, M.; MAKIYAMA, Y. Characteristics of middle-aged and older patients with temporomandibular disorders and burning mouth syndrome. **Journal of Oral Science**, v. 57, n. 4, p. 355-360, 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro. 2012.

_____. Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02) – **População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da Projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030**. Rio de Janeiro, out. 2006. 129p.

_____. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. 2013.

JEREMIC-KNEZEVIC M, KNEZEVIC A, BOBAN N, DJUROVIC KOPRIVICA D, BOBAN J. Correlation of somatization, depression, and chronic pain with clinical findings of the temporomandibular disorders in asymptomatic women. **Cranio**, v. 11, p. 1-7, 2018.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN - IASP. Orofacial pain. 2016. Available at https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20132014OrofacialPain/FactSheets/Orofacial_Pain_2016.pdf (accessed September 2017)

JOHN, M.T.; DWORKIN, S.F.; MANCL, L.A. Reliability of clinical Temporomandibular Disorder diagnoses. **Pain**, v. 118, n. 1-2, p. 61-69, 2005.

JONES, H.R.J. **Neurologia de Netter**. 1. ed. Porto Alegre: Artmes, 2006.

JUEPTNER, M.; WEILLER, C. A review of differences between basal ganglia and cerebellar control of movements as revealed by functional imaging studies. **Brain**, v. 121, p. 1437-1449, 1998.

KARIBE, H. et al. Prevalence and association of self-reported anxiety, pain, and oral parafunctional habits with temporomandibular disorders in Japanese children and adolescents: a cross-sectional survey. **BMC Oral Health**, 15:8, 2015.

KIM, S. D. et al. Postural Instability in Patients with Parkinson's disease: Epidemiology, pathophysiology and management. **CNS Drugs**, v. 27, n. 2, p. 97–112, 2013.

KOSMINSKY, M.; LUCENA, L. B. S.; SIQUEIRA, J. T. T.; PEREIRA, Jr. F. J.; GÓES, P. S. A. Adaptação cultural do questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders – Axis II para o português. **J Bras Clin Odontol Int.**, v. 8, n. 43, p. 51-61, 2004.

KRAUS, S. Temporomandibular disorders, head and orofacial pain: cervical spine considerations. **Dent Clin North Am**, v.51, n. 1, p. 161-193, 2007.

KOU, X. X. et al. Estradiol promotes M1-like macrophage activation through cadherin-11 to aggravate temporomandibular joint inflammation in rats. **Journal of immunology**, v. 194, n. 6, p. 2810–2818, 2015.

LEEuw, R. **Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. 4ª Ed. São Paulo; Quitessence, 2010. 315 p.

LEmos, G. A.; PAULINO, M. R.; FORTE, F. D. S.; BELTRÃO, R. T. S.; BATISTA, A. U. D. Influence of temporomandibular disorder presence and severity on oral health-related quality of life. **Rev Dor**, v. 16, n. 1, p. 10-14, 2015.

LITT, M. D.; PORTO, F. B. Determinants of pain treatment response and nonresponse: identification of TMD patient subgroups. **J Pain**, v. 14, p. 1502–1513, 2013.

LIU, F.; STEINKELER, A. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Temporomandibular Disorders. **Dental Clinics of North America**, v. 57, n. 3, p. 465–479, 2013.

LORA, V. R. M. M. et al. Prevalence of temporomandibular disorders in postmenopausal women and relationship with pain and HRT. **Brazilian oral research**, v. 30, n. 1, p. e100, 2016.

LORDUY, K. M.; LIEGEY-DOUGALL, A.; HAGGARD, R.; SANDERS, C. N.; GATCHEL, R. J. The prevalence of comorbid symptoms of central sensitization syndrome among three different groups of temporomandibular disorder patients. **Pain Pract**, v. 13, p. 604–613, 2013.

LUCENA, L.B.S., Kosminsky, M., Costa, L., Góes, P.S.A., Validation of the Portuguese version of the RDC/ TMD Axis II questionnaire. **Braz Oral Res**, v. 20, n. 4, p. 312-317, 2006.

MALTA, M.; CARDOSO, L. O.; BASTOS, F. I.; MAGNANINI, M. M.; SILVA, C.M. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MANFREDINI, D. et al. Prevalence of static and dynamic dental malocclusion features in subgroups of temporomandibular disorder patients: Implications for the epidemiology of the TMD-occlusion association. **Quintessence International**, v. 46, n. 4, p. 341–349, 2015.

MANFREDINI, D. et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 112, n. 4, p. 453–462, 2011.

MARTINS, R. J.; GARCÍA, A. R.; GARBIN, C. A. S.; SUNDEFELD, M. L. M. M. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência de disfunção temporomandibular. **Cien Saude Colet**, v. 13 (Suppl 2), p. 2089-2096, 2008.

MATHEUS, R. A.; RAMOS-PEREZ, F. M.; MENEZES, A. V. et al. The relationship between temporomandibular dysfunction and head and cervical posture. **J Appl Oral Sci**, v. 17, n. 3, p. 204-208, 2009.

MCLAUGHLIN, D.; HASSON, F.; KERNOHAN, W. G.; WALDRON, M.; MCLAUGHLIN, M.; COCHRANE, B. et al. Living and coping with Parkinson's disease: perceptions of informal carers. **Palliat Med**, v. 25, n. 2, p. 177-82, 2011.

MIRANDA AC, BARCELLOS C, MOREIRA JC, MONKEN M. **Território, Ambiente e Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

MISULIS, K. E; HEAD, T. C. **Netter Neurologia Essencial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MONTEIRO, A. Z.; ROCHA, A. R. F. Associação entre fatores psicológicos e desordem temporomandibular. **Rev Serviço ATM**, v. 3, n. 1, p. 59-63, 2003.

MOREIRA, M. M. S. M.; ALENCAR, F. G. P.; BUSSADORI, C. M. C. Fatores psicológicos na etiologia da disfunção craniomandibular. **Rev Ass Paul Cirurg Dent**, v. 52, n. 5, p. 377-81, 1998.

NAGAYA, M. et al; Videofluorographic study of swallowing in Parkinson's disease.

Dysphagia, v. 13, n. 2, p. 95-100, 1998.

NISHIYAMA, A.; TSUCHIDA, E. Relationship Between Wind Instrument Playing Habits and Symptoms of Temporomandibular Disorders in Non-Professional Musicians. **The open dentistry jornal**, v. 10, p. 411–6, 2016.

OHRBACH, R.; DWORKIN, S. F. Five-year outcomes in TMD: relationship of changes in pain to changes in physical and psychological variables. **Pain**, v. 74, p. 315–326, 1998.

OKESON, J. P.; DE LEEUW, R. Differential diagnosis of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders. **Dent Clin North Am**, v. 55, n. 2, p. 105-120, 2011

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. 500 p.

OLTRAMARI-NAVARRO, P. V. P.; YOSHIE, M. T.; SILVA, R. A.; CONTI, A. C. C. F.; NAVARRO, R. L.; MARCHIORI, L. L. M.; FERNANDES, K. B. P. Influence of the presence of Temporomandibular Disorders on postural balance in the elderly. **CoDAS**, v. 29, n. 2, p. e20160070, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População (2017). **World Population Prospects: The 2017 Revision**. Nova Iorque: Nações Unidas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015**. Disponível em <http://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015port.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

PAHAPILL, P. A.; LOZANO, A. M. The pedunculo pontine nucleus and Parkinson's disease. **Brain**, v. 123, p. 1767-1783, 2000.

PARKINSON, J. An Essay on the Shaking Palsy. Londres: Whittingham and Rowland, 1887.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: Uma revisão de literatura. **Rev Científ da Facul de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015.

PEREIRA, L.; GOULART, F. Uso de escalas para a avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 11, n. 1, 2005.

PEREIRA JÚNIOR, F. J.; FAVILLA, E. E.; DWORKIN, S.; HUGGINS, K. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD).

Tradução oficial para a língua portuguesa. **JBC J Bras Clin Odontol Integr**, v. 8, n. 47, p. 384-95, 2004.

PERES, M. A. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 78-89, 2013.

PETERS, S.; GOLDTHORPE, J.; MCELROY, C. et al. Managing chronic orofacial pain: A qualitative study of patients', doctors', and dentists' experiences. **Br J Health Psychol**, v. 20, p. 777–791, 2015.

PICCIN, C. F.; POZZEBON, D.; CHIODELLI, L.; BOUFLEUS, J.; PASINATO, F.; CORRÊA, E.; CASTILHOS, R. Clinical and psychosocial aspects assessed by the research diagnostic criteria for temporomandibular disorder. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 113-119, 2016.

PIERUCCINI, F. F.; MENUCHI, M. R. T. P.; VITÓRIO, R. et al. Parâmetros cinemáticos da marcha com obstáculos em idosos com doença de Parkinson, com e sem efeito da levodopa: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 233-239, 2006.

PLESH, O.; ADAMS, S. H.; GANSKY, S. A. Temporomandibular joint and muscle disorder-type pain and comorbid pains in a national US sample. **J Orofac Pain**, v. 25, n. 3, p. 190-198, 2011.

PORTO DE TOLEDO, I. et al. Prevalence of otologic signs and symptoms in adult patients with temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, 1–9. 2016.

PRINGSHEIM, T.; JETTE, N.; FROLKIS, A. et al. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis, **Mov Disord**, v. 29, n. 13, p. 1583–1590, 2014.

QUINTO, C. A. Classificação e tratamento das Disfunções Temporomandibulares: qual o papel do fonoaudiólogo no tratamento dessas disfunções? **Rev. CEFAC**, v. 2, n. 2, p. 15-22, 2000.

RAMOS, P.; RAMOS, M. M.; BUSNELLO, S. J. Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese. Blumenau: **Acadêmica**, 2005.

REED, J. F. 3rd. Homogeneity of kappa statistics in multiple samples. **Computer methods and programs in biomedicine**, v. 63, n. 1, p. 43-46, 2000.

ROBERTSON, L. T.; HAMMERSTAD, J.P. Jaw movement dysfunction related to Parkinson's disease and partially modified by levodopa. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 60, p. 41-50, 1996.

RODRÍGUEZ, V.; ORDOÑEZ, C.; ARRIAGA, C., LATAPÍ, G.; OSUNA, V. Fatores associados à qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson e sobrecarga em seus cuidadores, **Neurología**, v. 30, n. 5, p. 257- 263, 2015.

ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2006.

SAMPAIO, N. M.; OLIVEIRA, M.C.; ORTEGA, A.O.; SANTOS, L.B.; ALVES, T.D.B. Temporomandibular disorders in elderly individuals: the influence of institutionalization and sociodemographic factors. **CoDAS**, v. 29, n. 2, p. 1-6, 2017.

SAVICA, R.; GROSSARDT, BR.; BOWER, JH.; AHLISKOG, JE.; ROCCA WA. Time Trends in the Incidence of Parkinson Disease. **JAMA neurology**, v. 73, n. 8, p. 981-989, 2016.

SCARPELLI, P. B. **Análise do comportamento de dor em Disfunção Temporomandibular** [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2007.

SCHMID-SCHWAP, M. et al. Sex-specific differences in patients with temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**, v. 27, p. 42–50, 2013.

SEGER, L. Psicologia & Odontologia – uma abordagem integradora. In: Psicologia Aplicada à Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM). São Paulo: Santos; 2002. p. 202-40.

SHUEB, S. S.; NIXDORF, D. R.; JOHN, M. T.; ALONSO, B. F.; DURHAM, J. What is the impact of acute and chronic orofacial pain on quality of life? **J Dent**, v. 43, p. 1203–1210, 2015.

SILVA, P. F. C.; SILVA, S. M.; FERRARI, R. A. M. et al. Disfunção Temporomandibular em paciente com Doença de Parkinson: relato de caso. **Rev. Ter. Man.** v. 10, n. 50, p. 533-536, 2012.

SILVA, P. F. C.; MOTTA, L. J.; SILVA, S. M.; FERRARI, R. A. M.; FERNANDES, K. P. S.; BUSSADORI, S. K. Computerized analysis of the distribution of occlusal contacts in individuals with Parkinson's disease and temporomandibular disorder. **Cranio**, v. 34, n. 6, p. 358-362, 2016.

SILVA, T. V. A.; SOBRAL, A. V.; SILVA, R.M.; ALMEIDA, V. L. S.; CORIOLANO, M. G. W. S.; LINS, C. C. S. A. Pain, click and crepitation as factors associated with temporomandibular dysfunction in Parkinson's disease. **BrJP**, v. 1, n. 3, p. 248-254, Jul-Set 2018.

SILVA, P. F. C.; BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; MOTTA, L. J. et al. Impact in oral health and the prevalence of temporomandibular disorder in individuals with Parkinson's disease. **J. Phys. Ther. Sci.**; v. 27, p. 887– 891, 2015.

SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. **Dor Orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. 2. ed. Curitiba: Maio, 2002. 673 p.

SOUSA, S. T. et al. The role of occlusal factors on the occurrence of temporomandibular disorders. **Cranio**, 2014

SOUZA, C. F.; ALMEIDA, H. C.; SOUZA, J. M. et al. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. **Revista de Neurociência**, v. 19, n. 4, p. 718 – 723, 2011.

TANNER, C.; HUBBLE, J.; CHAN, P.; Epidemiology and genetics of Parkinson's disease. In: *Movement Disorders: Neurologic principles and Practice*. Watts RL, Koller WC, editors. New York: McGraw-Hill. 1997. p. 137-52.

TEIVE, H. A. G. O papel de Charcot na doença de Parkinson. **Arquivo de neuropsiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 141-145, 1998.

TEIVE, H.A.G. Etiopatogenia da Doença de Parkinson. **Revista Neurociências**, v. 13, n. 4, p. 201-214, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2015.

VOLONTÉ, M. A.; PORTA, M.; COMI, G. Clinical assessment of dysphagia in early phases of Parkinson's disease. **Neurol Science**, v. 23, p. 121-122, 2002.

WOOLF, C. J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. **Pain**, 152(3 Suppl):S2–S15, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The use of epidemiology in the study of the elderly**. Geneva: Technical Reports Series 854, 1984.

ZACH, H.; DIRKX, M.; BLOEM, B. R. et al. The Clinical Evaluation of Parkinson's Tremor. **Journal of Parkinson's Disease**, v. 5, n. 3, p. 471-474, 2015.

ZAKRZEWSKA, J. M.; HAMLIN, P. J.; FACIAL PAIN. IN CROMBIE I K, CROFT P R C, LINTON S J, LERESCHE M V K (editors) *Epidemiology of pain*. pp. 171–202. Seattle, Washington: IAS Press, 1999.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para maiores de 18 anos ou emancipados - resolução 466/12)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa: **Disfunção Temporomandibular e Fatores Associados em Idosos com Doença de Parkinson**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora, Patrícia Fernanda Faccio, Endereço: Parque Gonçalves Ledo, 139 Farol, Maceió – AL. CEP: 57051-340. Telefone para contato: (82) 99979-4720 (TIM), e-mail patyfacchio@hotmail.com e está sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Carla Cabral dos Santos Accioly Lins, Telefone: (81) 2126.8555, e-mail: cabralcarla1@hotmail.com e coorientação da Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano, Telefone: (81) 2126.8555, e-mail: gracawander@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Descrição da pesquisa: Este estudo tem como objetivo identificar a ocorrência de dor na articulação da sua boca e estudar os fatores associados com doença de Parkinson. Trata-se de um estudo que será realizado no ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco, antes ou após sua consulta com o neurologista. Iremos lhe fazer perguntas e examinar como está o funcionamento da articulação da sua boca.

Riscos e Benefícios: Os riscos desta pesquisa consistem em você poder sentir-se constrangido ao responder às perguntas contidas no questionário, contudo, isto será minimizado através da realização da entrevista em sala individualizada e ambiente acolhedor, sendo garantido o sigilo e o seu anonimato. Na realização do

exame clínico você poderá se sentir cansado durante as mensurações e palpações na sua boca com pausas para descanso caso seja solicitado por você. O tempo gasto

para a coleta dos dados será em torno de 30 minutos e ocorrerá em um único momento.

Você não receberá nenhum benefício direto, porém, a pesquisa oferecerá uma elevada possibilidade de gerar dados para se entender sobre questões relacionadas ao envelhecimento, sendo este assunto de grande relevância para o grupo de pesquisa de Neurofisiologia Clínica e Experimental e para o Programa de Extensão Pró-Parkinson, podendo apresentar informações importantes para investigações científicas e base para outras pesquisas em pessoas com doença de Parkinson.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação da sua pessoa a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, entrevistas, ficarão armazenados em pastas de arquivos e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador e orientador, de acordo com o endereço acima informado, pelo período de no mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br)**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo: **Disfunção Temporomandibular e Fatores Associados em Idosos com doença de Parkinson**, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os

procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Impressão digital (Opcional)

Assinatura do participante:

Local e data:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (Assinatura de 02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A – TOTAL DE PESSOAS CADASTRADAS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO QUE RECEBERAM A MEDICAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON EM 2017

Total de Pacientes por Unidades/CID

Páginas:
CID: Doença de Parkinson

Número CID	Data Ref. Estabelecimento de Saúde	201710		
		Total Pacientes Ativos 30	Total Pacientes Ativos 90	Total Pacientes Ativos 90
G20	ACADEMIA DAS CIDADES DE SALOA	1	1	1
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE AGRESTE	166	172	173
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE AGRESTE MERIDIONAL	108	112	115
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE AGRESTE SETENTRIONAL	70	71	72
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE DOMICILIAR	154	155	159
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE ITINERANTE	0	0	1
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE MATA SUL	23	24	24
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE METROPOLITANA	695	721	730
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE PESQUEIRA	14	14	15
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE PETROLANDIA	12	14	15
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE SÃO JOSÉ DO EGITO	18	18	18
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE SERTÃO CENTRAL	14	14	14
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE SERTÃO DO ARARIPE	12	13	14
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE SERTÃO DO MOXOTÓ	74	75	82
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE SERTÃO DO PAJEU	40	40	40
	CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE SERTÃO DO PAJEU II	37	39	40
CEAF FARMÁCIA DE PERNAMBUCO - UNIDADE SERTÃO DO SÃO FRANCISCO	72	72	73	
Total		1.510	1.555	1.586
Total		1.510	1.555	1.586

Rosalva Maria Rodrigues Monteiro Perazzo
 Farmacêutica – Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica
 Mestra em Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – PE
[Tutora Curso para Qualificação Nacional em Assistência Farmacêutica com Foco no Componente Especializado/ Ministério da Saúde](#)
 GMAS/DGAF/SES-PE
 81-3181-6141

ANEXO B – ESCALA DE HOEHN & YAHR

Nome: _____

Data da avaliação: _____ Escore _____

ESCALA DE HOEHN & YAHR

- () Estágio 0 = Sem sinais de doença.
- () Estágio 1 = Doença unilateral.
- () Estágio 2 = Doença bilateral sem alterações do balanço.
- () Estágio 3 = Doença leve e moderada bilateral; alguma instabilidade postural. independência física.
- () Estágio 4 = Incapacidade grave; ainda capaz de andar e levantar sem ajuda.
- () Estágio 5 = Cadeira de rodas a menos que ajudado.

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL



Nome: _____

Data da avaliação: _____ Escore: _____

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Escolaridade: Analfabeto () 0 a 3 anos () 4 a 8 anos () mais de 8 anos ()

ORIENTAÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL

Dia da semana (1 ponto).....()

Dia do mês (1 ponto).....()

Mês (1 ponto).....()

Ano (1 ponto).....()

Hora aproximada (1 ponto).....()

Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)..... ()

Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)..... ()

Bairro ou rua próxima (1 ponto)..... ()

Cidade (1 ponto)..... ()

Estado (1 ponto)..... ()

MEMÓRIA IMEDIATA

Mencione 3 palavras não relacionadas. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

Pera, mesa, centavo.....()

Depois repita as palavras e certifique-se de que as aprendeu, pois, mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

Subtrair 100-7 sucessivamente por 5 vezes (93 – 86 – 79 – 72 – 65).

(1 ponto para cada cálculo correto).....()

(Alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente.(1 ponto por palavra).....()

LINGUAGEM

Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta (2 pontos).....()

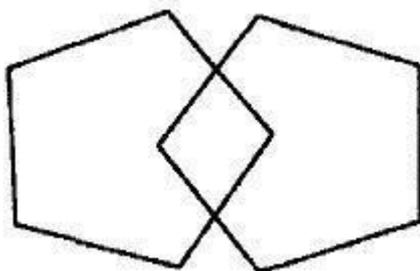
Faça o paciente repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto).....()

Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”. (3 pontos).....()

Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS. (1 ponto).....()

Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido).(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)
.....()

Copie o desenho abaixo (estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formam um quadrilátero).....()



ESCORE: (_____ /30)

ANEXO D – RDC/TMD – CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA DAS DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES

 RDC - TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Português – BRASIL		
Nome	Prontuário / Matrícula n°	RDC n°
Examinador	Data ____/____/____	
HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO		
Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.		
1. Como você classifica sua saúde em geral? <input type="checkbox"/> 1 Excelente <input type="checkbox"/> 2 Muito boa <input type="checkbox"/> 3 Boa <input type="checkbox"/> 4 Razoável <input type="checkbox"/> 5 Ruim		
2. Como você classifica a saúde da sua boca? <input type="checkbox"/> 1 Excelente <input type="checkbox"/> 2 Muito boa <input type="checkbox"/> 3 Boa <input type="checkbox"/> 4 Razoável <input type="checkbox"/> 5 Ruim		
3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas? <input type="checkbox"/> 0 Não <input type="checkbox"/> 1 Sim <small>[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 14.a] [Se a sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]</small>		
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez? <small>[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a] [Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]</small>		
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? <input type="text"/> <input type="text"/> Ano(s)		
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? <input type="text"/> <input type="text"/> Mês(es)		
5. A dor na face ocorre? <input type="checkbox"/> 1 O tempo todo <input type="checkbox"/> 2 Aparece e desaparece <input type="checkbox"/> 3 Ocorreu somente uma vez		
6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face? <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 2 Sim, nos últimos seis meses. <input type="checkbox"/> 3 Sim, há mais de seis meses.		

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dias										
11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma interferência" e 10 é "incapaz de realizar qualquer atividade"?												
NENHUMA INTERFERÊNCIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE
12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (Incluindo serviços domésticos) onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?												
<input type="checkbox"/> Não												
<input type="checkbox"/> 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?												
<input type="checkbox"/> Não												
<input type="checkbox"/> Sim												
15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?												
<input type="checkbox"/> Não												
<input type="checkbox"/> 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?												
<input type="checkbox"/> Não												
<input type="checkbox"/> Sim												

<p>15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p>15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p>15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) “cansada” ou dolorida quando você acorda pela manhã?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p>15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p>15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/ estranha?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p>
<p>16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p>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?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p>16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><small>[Se você não teve dor ou inchaço, PULE para a pergunta 17.a.]</small> <small>[Se você já teve, dor ou inchaço, PASSE para a próxima pergunta]</small></p> <p>16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p>
<p>17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><small>[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 18]</small> <small>[Se sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]</small></p> <p>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?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p>
<p>18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Sim</p>

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

<p>21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Muito bom</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Bom</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Razoável</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Ruim</p>	
<p>22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Muito bom</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Bom</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Razoável</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Ruim</p>	
<p>23. Qual a data do seu nascimento?</p> <p>Dia <input type="text"/> <input type="text"/> Mês <input type="text"/> <input type="text"/> Ano <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>24. Qual seu sexo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Feminino</p>	
<p>25. Qual a sua cor ou raça?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Asiático ou Insulano Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Preta</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Branca</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Outra [Se sua resposta foi outra, PASSE para as próximas alternativas sobre sua cor ou raça]</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Parda</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Amarela</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Indígena</p>	
<p>26. Qual a sua origem ou de seus familiares?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Porto Riquenho</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Cubano</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Mexicano</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Mexicano Americano</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Chicano</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Outro Latino Americano</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Outro Espanhol</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi nenhuma acima, PASSE para as próximas alternativas sobre sua origem ou de seus familiares]</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Índio</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Português</p> <p><input type="checkbox"/> 11 Francês</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Holandês</p> <p><input type="checkbox"/> 13 Espanhol</p> <p><input type="checkbox"/> 14 Africano</p> <p><input type="checkbox"/> 15 Italiano</p> <p><input type="checkbox"/> 16 Japonês</p> <p><input type="checkbox"/> 17 Alemão</p> <p><input type="checkbox"/> 18 Árabe</p> <p><input type="checkbox"/> 19 Outra, favor especificar _____</p> <p><input type="checkbox"/> 20 Não sabe especificar</p>	

27. Até que ano da escola / faculdade você frequentou?		
Nunca frequentei 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 28]

[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 28]

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

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?

1 Sim, procurando emprego

2 Sim, afastado temporariamente do trabalho

3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho

4 Não

29. Qual o seu estado civil?

1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa

2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa

3 Viúvo (a)

4 Divorciado (a)

5 Separado (a)

6 Nunca casou

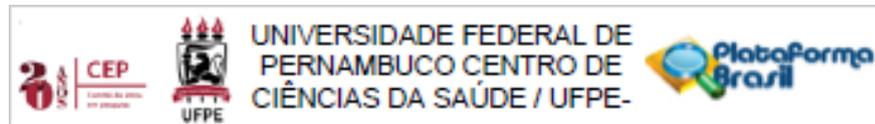
7 Morando junto

EXAME CLÍNICO											
1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?											
<input type="checkbox"/> 0 Nenhum <input type="checkbox"/> 1 Direito <input type="checkbox"/> 2 Esquerdo <input type="checkbox"/> 3 Ambos											
2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Direito</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Articulação</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Articulação</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Músculos</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Músculos</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table>		Direito	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
Direito	Esquerdo										
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma										
<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação										
<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos										
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos										
3. Padrão de abertura:											
<input type="checkbox"/> 0 Reto <input type="checkbox"/> 1 Desvio lateral direito (não corrigido) <input type="checkbox"/> 2 Desvio lateral direito corrigido ("S") <input type="checkbox"/> 3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido) <input type="checkbox"/> 4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S") <input type="checkbox"/> 5 Outro tipo _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(Especifique)</div>											
4. Extensão de movimento vertical											
<i>Inclisvo superior utilizado</i> <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 21											
a. Abertura sem auxilio sem dor <input type="text"/> <input type="text"/> mm											
b. Abertura máxima sem auxilio <input type="text"/> <input type="text"/> mm											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table>		Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
Dor Muscular	Dor Articular										
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma										
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito										
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo										
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos										
c. Abertura máxima com auxilio <input type="text"/> <input type="text"/> mm											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table>		Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
Dor Muscular	Dor Articular										
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma										
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito										
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo										
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos										
d. Trespasse Inclsal vertical <input type="text"/> <input type="text"/> mm											

5. Ruídos articulares (palpação)																									
a. abertura																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Direito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhum</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Estalido</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Crepitação grosseira</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Crepitação fina</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> mm </td></tr> </tbody> </table>	Direito		<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhum</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Estalido</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Crepitação grosseira</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Crepitação fina</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> mm </td></tr> </tbody> </table>	Esquerdo		<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
Direito																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum																								
<input type="checkbox"/> 1	Estalido																								
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira																								
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina																								
<input type="text"/> <input type="text"/> mm																									
Esquerdo																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum																								
<input type="checkbox"/> 1	Estalido																								
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira																								
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina																								
<input type="text"/> <input type="text"/> mm																									
(Medida do estalido na abertura)																									
b. Fechamento																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Direito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhum</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Estalido</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Crepitação grosseira</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Crepitação fina</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> mm </td></tr> </tbody> </table>	Direito		<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhum</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Estalido</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Crepitação grosseira</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Crepitação fina</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> mm </td></tr> </tbody> </table>	Esquerdo		<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
Direito																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum																								
<input type="checkbox"/> 1	Estalido																								
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira																								
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina																								
<input type="text"/> <input type="text"/> mm																									
Esquerdo																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum																								
<input type="checkbox"/> 1	Estalido																								
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira																								
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina																								
<input type="text"/> <input type="text"/> mm																									
(Medida do estalido no fechamento)																									
c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Direito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Não</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Sim</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>NA</td></tr> </tbody> </table>	Direito		<input type="checkbox"/> 0	Não	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	NA	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Não</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Sim</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>NA</td></tr> </tbody> </table>	Esquerdo		<input type="checkbox"/> 0	Não	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	NA								
Direito																									
<input type="checkbox"/> 0	Não																								
<input type="checkbox"/> 1	Sim																								
<input type="checkbox"/> 2	NA																								
Esquerdo																									
<input type="checkbox"/> 0	Não																								
<input type="checkbox"/> 1	Sim																								
<input type="checkbox"/> 2	NA																								
(NA: Nenhuma das opções acima)																									
6. Excursões																									
a. Excursão lateral direita <input type="text"/> <input type="text"/> mm																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dor Muscular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Muscular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Articular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos				
Dor Muscular																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																								
<input type="checkbox"/> 1	Direito																								
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																								
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																								
Dor Articular																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																								
<input type="checkbox"/> 1	Direito																								
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																								
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																								
b. Excursão lateral esquerda <input type="text"/> <input type="text"/> mm																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dor Muscular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Muscular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Articular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos				
Dor Muscular																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																								
<input type="checkbox"/> 1	Direito																								
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																								
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																								
Dor Articular																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																								
<input type="checkbox"/> 1	Direito																								
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																								
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																								
c. Protrusão <input type="text"/> <input type="text"/> mm																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dor Muscular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Muscular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 0</td><td>Nenhuma</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td>Direito</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2</td><td>Esquerdo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Ambos</td></tr> </tbody> </table>	Dor Articular		<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3	Ambos				
Dor Muscular																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																								
<input type="checkbox"/> 1	Direito																								
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																								
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																								
Dor Articular																									
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma																								
<input type="checkbox"/> 1	Direito																								
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo																								
<input type="checkbox"/> 3	Ambos																								

d. Desvio de linha média <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm								
<input type="checkbox"/> 1	Direito							
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo							
<input type="checkbox"/> 3	NA							
(NA: Nenhuma das opções acima)								
7. Ruídos articulares nas excursões								
Ruídos direito								
	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina				
7.a Excursão Direita	0	1	2	3				
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3				
7.c Protrusão	0	1	2	3				
Ruídos esquerdo								
	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina				
7.d Excursão Direita	0	1	2	3				
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3				
7.f Protrusão	0	1	2	3				
INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10								
O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpções de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpções direita e esquerda.								
0 = Somente pressão (sem dor)								
1 = dor leve								
2 = dor moderada								
3 = dor severa								
8. Dor muscular extraoral com palpação								
	Direita			Esquerda				
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) *Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas).*	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) *Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas).*	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) *Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático).*	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) *Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente).*	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) *Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula).*	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) *Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula).*	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) *Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula).*	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) *abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula).*	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Dor articular com palpação								
a. Polo lateral (0,5 Kg.) *Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM).*	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) *Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada).*	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Dor muscular intraoral com palpação								
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) *Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar).*	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) *Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronoide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo).*	0	1	2	3	0	1	2	3

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS DA UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

Pesquisador: Patrícia Fernanda Faccio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81081317.8.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.499.255

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de mestrado em Gerontologia, orientado pela Prof.^a Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins e Coorientado pela Prof.^a Dra. Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano. É uma pesquisa voltada para a saúde de pessoas com Doença de Parkinson e que fazem parte do Programa Pró Parkinson do Hospital das Clínicas em Recife – PE. A coleta de dados será feita com a aplicação de um Trata-se questionário (RDC - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares.), que será realizada no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco – HC/UFPE.

Objetivo da Pesquisa:

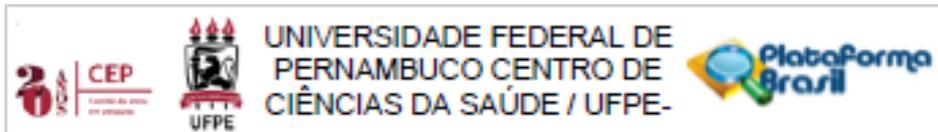
Objetivo Primário:

Identificar a ocorrência de disfunção temporomandibular e os fatores associados em idosos com doença de Parkinson.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas, classificação da doença de Parkinson, saúde autorreferida e doença autorreferida;
2. Estimar a prevalência de disfunção temporomandibular entre os participantes;

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-500
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8985 E-mail: cepce@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.498.255

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos encontram-se adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

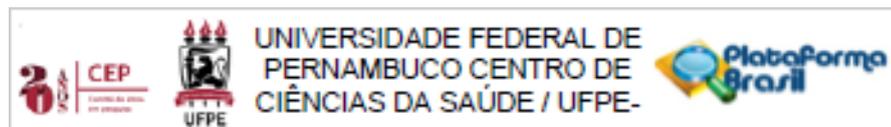
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2125-8585 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.499.255

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1037438.pdf	16/02/2018 14:35:15		Aceito
Outros	Cartarespostapendencia.docx	16/02/2018 14:35:30	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadeAssinado.docx	13/12/2017 12:23:49	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.docx	13/12/2017 12:22:14	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.docx	13/12/2017 12:21:52	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPatriciaFinal.docx	13/12/2017 12:21:16	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Outros	DeclaracaoMestradoPatricia.docx	13/12/2017 07:54:04	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Outros	CurriculosLattesMariadasGracas.pdf	13/12/2017 07:48:54	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Outros	CurriculosLattesCariaCarbral.pdf	13/12/2017 07:48:14	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Outros	CurriculosLattesPatriciaFaccio.pdf	13/12/2017 07:47:46	Patricia Fernanda Faccio	Aceito
Folha de Rosto	Folhad RostoFinal.docx	13/12/2017 07:36:03	Patricia Fernanda Faccio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 19 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (01)2125-8585 E-mail: cepcca@ufpe.br