

ANEXO VII – Questionário de colheita de dados

QUESTIONÁRIO DE AUDIÇÃO AO ALUNO DE FISIOTERAPIA

Venho solicitar a Vossa Excelência a sua participação no preenchimento deste questionário. A realização do mesmo demora, aproximadamente, dez minutos. Evite respostas politicamente incorretas, seja o mais sincero e objetivo possível e no caso de não saber responder, por favor deixe a pergunta em branco. Na expectativa da sua preciosa colaboração, subscrevo-me com os meus mais sinceros agradecimentos.

Indique com um círculo (O) a resposta que mais se adequa à sua pessoa e que melhor traduz a sua sintomatologia.

I Parte – Caracterização da amostra

1. Gênero

- a) Masculino
- b) Feminino

2. Idade

_____ anos

3. Qual o instrumento musical que pratica?

- a) Violino
- b) Trompete
- c) Clarinete
- d) Flauta Transversal
- e) Saxofone
- f) Outro: _____

4. Há quanto tempo (meses/anos) pratica este instrumento?

_____ meses/ anos (*risque o que estiver errado*)

5. Quantas horas diárias, em média, costuma praticar com o seu instrumento musical?

_____ horas

II Parte – Opinião individual do inquirido sobre o tema apresentado

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

- a) Nenhum
- b) Direito
- c) Esquerdo
- d) Ambos

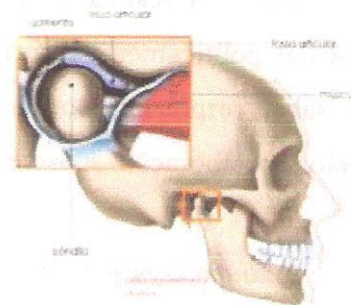


Fig.1: Articulação Temporomandibular

2. Sente ranger ou ouve um “click” no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

- a) Nenhum
- b) Direito
- c) Esquerdo
- d) Ambos

3. 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?

- a) Não
- b) Sim

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

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

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

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

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

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

___ Ano(s)

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

___ Mês(es)

5. A dor na face ocorre?

- a) O tempo todo
- b) Aparece e desaparece
- c) Ocorreu somente uma vez

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

- a) Não
- b) Sim, nos últimos seis meses.
- c) 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 já sentiu nos últimos seis meses, classifique-a 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 já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio, 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, esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?

___ Dias

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

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

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

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

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

EXTREMA
MUDANÇA

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

- a) Não
- b) Sim

[Se você nunca teve travamento da mandíbula, avance 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?

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

15.c. Já percebeu ou alguém falou que range ou aperta os seus dentes quando está dormindo?

- a) Não
- b) Sim

15.d. Durante o dia, range ou aperta os seus dentes?

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

15.f. Ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

16.a. Tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações do seu corpo?

- a) Não
- b) Sim

16.b. 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 do corpo?

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

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

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

16.d. A dor ou inchaço que sente nessa articulação apareceu várias vezes nos últimos 12 meses?

- a) Não
- b) Sim

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

- a) Não
- b) Sim

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

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

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

- a) Não
- b) Sim

18. Durante os últimos seis meses teve problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?

- a) Não
- b) Sim

19. A sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo), impedem, limitam ou prejudicam alguma destas actividades?

	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 tem estado angustiado ou preocupado:

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4

j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigueiro em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

Por favor dobre o questionário e coloque-o dentro da urna disponibilizada para o efeito.

Muito obrigada pela colaboração!

A aluna

Elisabete Maria Ledo Queiroga

(Elisabete Maria Ledo Queiroga)