

# Anexo I



Universidade Fernando Pessoa  
www.ufp.pt

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Luís Martins  
Director da FCS

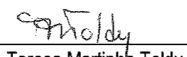
Porto, 07 de Março de 2013

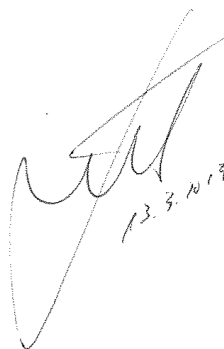
Exmo. Senhor Prof. Doutor,

Avaliada a proposta de estudo de Joana Santos Silva relativa ao Mestrado Integrado de Medicina Dentária intitulado "Prevalência de sinais e sintomas de DTMS em pacientes que se dirigem à consulta de otorrinolaringologia", a Comissão de Ética considera não haver qualquer impedimento ético à realização deste trabalho, desde que seja obtido o consentimento do Diretor da Clínica onde o mesmo vai ser realizado e que o exame clínico mencionado na metodologia seja realizado por profissional com essa competência.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da  
Comissão de Ética

  
Teresa Martinho Toldy

  
13.3.2013



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

N.º 502 517 602 - Reg. Cons.º 1.º/25 Conservatória do Registo Comercial do Porto  
BEITORIA - [ Faculdade de Ciências Humanas e Sociais ] - [ Faculdade de Ciência e Tecnologia ] Praça 9 de Abril, 345 - 4249-004 Porto-Portugal - T. +351 22 507 1300 - F. +351 22 520 8269 - geral@ufp.pt  
[ Faculdade de Ciências da Saúde ] - [ Escola Superior de Saúde ] R. Carlos Da Maia 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 - F. +351 22 507 4637 - R. D.ellm.Mala. 336 - 4200-253 Porto - Portugal  
T. +351 22 509 6371 - geral.asaude@ufp.pt UNIMODE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Barcelos - 4990-078 Ponte de Lima-Portugal - T. +351 258 741 026 - F. +351 258 741 412 - geral.pmlm@ufp.pt

## Anexo II

### Consentimento Informado

O meu nome é Joana Santos Silva, sou aluna do último ano do curso Medicina Dentária com Mestrado Integrado, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

Para a realização da minha dissertação de mestrado, pretendo a efetuar um trabalho de campo intitulado “Prevalência de sinais e sintomas de Distúrbios Temporomandibulares em pacientes que se dirigem à consulta de otorrinolaringologia”.

A população alvo deste estudo pacientes adultos, do sexo masculino e sexo feminino, que se dirigem à consulta de otorrinolaringologia.

O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de sinais e sintomas de DTM's em pacientes que se dirigem à consulta de otorrinolaringologia. O método de colheita de dados é a realização de um inquérito e de um exame clínico.

Informo, também, que os dados recolhidos serão tratados no anonimato.

Agradeço desde já a participação neste estudo,

Joana Santos Silva

---

## Anexo III

# Questionário

**Este questionário é ANÓNIMO e integra um estudo realizado na FCS-UEP, no âmbito da elaboração de uma monografia**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Qual a sua data de nascimento?

**Sexo**

Masculino 1  
Feminino 2

**Patologia otológica**

-----  
1. Diria que a sua saúde, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?

Excelente 1  
Muito boa 2  
Boa 3  
Satisfatória 4  
Pobre 5

2. Diria que a sua saúde oral, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?

Excelente 1  
Muito boa 2  
Boa 3  
Satisfatória 4  
Pobre 5

3. Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?

Não 0  
Sim 1

[Se não teve dor no último mês avance para a questão 14] Se sim,

4.a. Há quantos anos atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?

\_\_\_\_ Anos (Se é menos de um ano, colocar 00)

[Se foi há um ano atrás ou mais, avance para a questão 5]

**4.b. Há quantos meses atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?**

\_\_\_ Meses

**5. A sua dor facial é persistente, recorrente ou foi uma ocorrência única?**

Persistente	1
Recorrente	2
Única	3

**6. Já alguma vez recorreu a um médico, médico dentista, quiroprático ou outro profissional de saúde devido a dor facial?**

Não	1
Sim, nos últimos 6 meses	2
Sim, há mais de 6 meses	3

**7. Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é exactamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”?**

Ausência de dor												Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**8. Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”?**

Ausência de dor												Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**9. Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”? [Isto é, a sua dor usual nas horas em que estava a sentir dor].**

Ausência de dor												Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**10. Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas actividades diárias (trabalho, escola ou serviço doméstico) devido a dor facial?**

\_\_\_ Dias

**11. Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas actividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é “não interferiu” e 10 é “incapaz de realizar qualquer tarefa”?**

Não interferiu												Incapaz de realizar qualquer tarefa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**12. Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em actividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é “sem alteração” e 10 é “alterou completamente”?**

Sem alteração							Alterou completamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**13. Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é “sem alteração” e 10 é “alterou completamente”?**

Sem alteração							Alterou completamente			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**14.a. Alguma vez teve a mandíbula bloqueada ou presa de forma que não abrisse completamente a boca?**

Não	0
Sim	1

**[Se nunca teve problema em abrir completamente avance para a questão 15]**

**Se sim,**

**14.b. Esta limitação da abertura mandibular foi suficientemente severa para interferir com a capacidade de comer?**

Não	0
Sim	1

**15.a. Sente um estalido ou ressalto nos maxilares quando abre ou fecha a boca ou quando mastiga?**

Não	0
Sim	1

**15.b. Ouve uma crepitação ou sente áspero quando abre e fecha a boca ou quando mastiga?**

Não	0
Sim	1

**15.c. Já lhe disseram, ou já reparou, se range ou aperta os dentes durante o sono de noite?**

Não	0
Sim	1

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

Não	0
Sim	1

**15.e. Tem dores ou sente rigidez nos maxilares quando acorda de manhã?**

Não	0
Sim	1

**15.f. Sente ruídos ou zumbidos nos ouvidos?**

Não 0  
Sim 1

**15.g. A sua mordida é desconfortável ou estranha?**

Não 0  
Sim 1

**16.a. Tem artrite reumatóide, lúpus, ou outra doença artrítica sistémica?**

Não 0  
Sim 1

**16.b. Conhece alguém na sua família que tenha ou tivesse tido alguma destas doenças?**

Não 0  
Sim 1

**16.c. Já teve ou tem tumefacção ou dor em alguma articulação do corpo exceptuando a articulação próxima dos seus ouvidos (ATM)?**

Não 0  
Sim 1

**[Se não teve tumefacção ou dor em nenhuma articulação, avance para a questão 17.a]**

**Se sim,**

**16.d. É uma dor persistente e teve a dor durante pelo menos um ano?**

Não 0  
Sim 1

**17.a. Teve algum traumatismo recente da face ou maxilares?**

Não 0  
Sim 1

**Se sim,**

**17.b. Já tinha dor nos maxilares antes do traumatismo?**

Não 0  
Sim 1

**[Se não teve traumatismos recentes, avance para a questão 18]**

## Exame Clínico

18. Abertura máxima possível (assistida e não assistida), lateralidade e protrusão avaliar se dor

19. Avaliar durante estes movimentos se ocorrem estalidos ou crepitação grosseira

20. Dor na palpação articular:

Dor articular	Direita				Esquerda			
Pólo lateral ("externo")	0	1	2	3	0	1	2	3
Inserção posterior ("dentro do ouvido")	0	1	2	3	0	1	2	3