ANDRESA FERREIRA GONÇALVES

Avaliação dos benefícios da educação e automanejo no tratamento de pacientes portadores da disfunção temporomandibular

São Paulo
2018

ANDRESA FERREIRA GONÇALVES

Avaliação dos benefícios da educação e automanejo no tratamento de pacientes portadores da disfunção temporomandibular

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Diagnóstico Bucal) para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Lusvarghi Witzel

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Gonçalves, Andresa Ferreira.
Avaliação dos benefícios da educação e automanejo no tratamento de pacientes portadores da disfunção temporomandibular / Andresa Ferreira Gonçalves; orientador Andréa Lusvarghi Witzel. -- São Paulo, 2018.
90 p. : tab., graf. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração: Diagnóstico Bucal. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão original

Disfunção temporomandibular. 2. Dor. 3. Qualidade de sono. 4. Qualidade de vida. 5. Automanejo. I. Witzel, Andréa Lusvarghi. II. Título.

Gonçalves AF. Avaliação dos benefícios da educação e automanejo no tratamento de pacientes portadores disfunção temporomandibular. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /2019

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Dedico este trabalho aos meus avós que habitam o mundo espiritual,
sem a vossa luta, eu jamais estaria onde estou.
Meishu-sama, sem a sua luz jamais teria encontrado o caminho.
Á minha mãe, sem o seu amor, eu não poderia viver.

AGRADECIMENTOS

A minha sincera gratidão a todos que me acompanharam nesta incrível jornada, repleta de aprendizado e alegrias.

À minha **família**, meus **antepassados** que diretamente do mundo espiritual, iluminaram meu caminho, e aos que estão aqui, sempre me apoiaram e acreditaram em mim, são a minha base e inspiração.

À professora **Andréa** que me recebeu de braços abertos, desde a graduação, me formou dentista, e hoje me forma mestre, sempre cheia de amor e paciência, disposta a me ajudar a me tornar, não só em uma profissional, mas um ser humano cada dia melhor.

Aos meus amigos de luta **Gallo, Rennan Santos, Sabrina Pinho, Camilla Esteves, Marcus Vinicius Bueno e André Camilo** com o apoio, paciência, carinho e aprendizados, em nossas tardes, regadas a pipoca, que trouxeram leveza aos meus dias.

Rosane T, nossa mãezona e guru,que nos alegra e nos traz calma.

À minha amiga **Giovanna Florezi**, que foi um anjinho na minha vida, me ajudou de tal forma, que não sei se um dia terei como retribuir tamanho carinho.

Rosana Di Matteo e **Adriana Loducca**, por aceitarem participar da minha banca de qualificação e pela imensa colaboração ao meu trabalho.

Aos Professores **Celso Lemos, Camilla Galo, Norberto Sugaya, Fábio Alves** por todo conhecimento gentilmente compartilhado.

À professora Marina Conde, por ter me iniciado nesta vida acadêmica de pesquisa.

Aos anjos deste departamento que sempre estão correndo para nos ajudar e nos regam com café e carinho: **Nina, Laerte, Ceci, Regininha e Marília.**

Glaucia, mocinha alegre da biblioteca, que me ajudou muito nos momentos finais dessa dissertação.

“Veni.Vidi.Vici”

Júlio César

RESUMO

Gonçalves A.F. Avaliação dos benefícios da educação e automanejo no tratamento de pacientes portadores da disfunção temporomandibular [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Corrigida

A Disfunção temporomandibular é definida como um conjunto de distúrbios que afetam os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. A dor e desconforto nas regiões da ATM e da musculatura mastigatória; são sintomas frequentemente relacionados à DTM. O tratamento das DTMs tem como objetivos, reduzir a dor, diminuir a sobrecarga adversa e restaurar a função. O estudo foi composto por 100 pacientes consecutivos, que procuraram o ambulatório de dor e apresentavam o diagnóstico de DTM de acordo com os critérios de diagnóstico e pesquisa - RDC-TMD. Os Pacientes foram acompanhados por 3 semanas, foram avaliados quanto a intensidade da dor, por meio da escala EVA, abertura máxima passiva e ativa, movimentos excursivos, o impacto do tratamento na qualidade de vida por meio do questionário OHIP-14 e a qualidade de sono desses pacientes durante o tratamento, por meio do PSQI. Os questionários foram aplicados no baseline e no final do tratamento. O tratamento com aconselhamento e automanejo consistiu em, por meio de uma palestra, a elucidação dos pacientes, quanto aos fatores etiológicos da doença e orientação de como diminuir a sobrecarga e hábitos nocivos á ATM, músculos da mastigação e estruturas adjacentes. Os resultados demonstraram que o tratamento promove melhorias na qualidade de sono ($p=0.0200$), no relato da dor espontânea ($p<0.0001$), além de colaborar para melhora na amplitude dos movimentos excursivos direito ($p=0.0040$) e esquerdo ($p=0.0002$). De acordo com os resultados obtidos neste estudo, concluímos que a educação e automanejo influencia na melhora da dor aferida pela escala EVA, cinemática mandibular, qualidade de vida e na qualidade de sono.

Palavras-chave: DTM. Dor. Qualidade de sono. Qualidade de vida. Automanejo.

ABSTRACT

Gonçalves AF. Evaluation of the benefits of self-management and education in the treatment of temporomandibular disorders patients [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Corrigida

Temporomandibular disorders (TMD) comprehend a range of conditions affecting the masticatory muscles, temporomandibular joint (TMJ) and associated structures. The most common symptoms reported by patients with TMD are the discomfort and pain in the affected area, therefore, the aim of TMD treatment is to reduce the painful symptomatology, decrease adverse overload and restore function. The study was composed by 100 consecutively selected patients, that sought treatment for orofacial pain and presented a TMD diagnosis according to the research and diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC-TMD). The patients received treatment based in counseling and self-management, in which they received a lecture aiming their comprehension of the disease etiological factors and the orientation of how to reduce the muscular and articular overload and harmful habits to their TMJ and associated structures. Pain intensity was accessed through a visual analogic scale and clinical examination evaluated maximal passive and active mouth opening and excursive movements. The treatment impact in the quality of life and sleep were evaluated with the questionnaires OHIP-14 and PSQI, respectively. The questionnaires were applied at baseline and at the end of treatment, which comprehended into 3 weeks of follow-up. The results showed that the treatment promotes improvements in sleep quality ($p = 0.0200$), in the report of spontaneous pain ($p < 0.0001$), and also contributed to improve the range of jaw movements to the right ($p = 0.0040$) and to the left ($p = 0.0002$). According to the results obtained in this study, we concluded that self-management and education has influence in the improvement of EVA scale, jaw movements, quality of life and sleep quality.

Keywords: TMJ. Self-management. Quality of life. Quality of sleep. Temporomandibular pain.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
DTM	Disfunção temporomandibular
EVA	Escala visual analógica
OHIP-14	Questionário de qualidade de vida
PSQI	Questionário de qualidade do sono de Pittsburgh
RDC/TMD	Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
TINH	Treinamento de introdução de novos hábitos
TOP	Tratamento odontológico padrão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
2 REVISÃO DA LITERATURA 21
2.1 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR 21
2.2 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA E A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR 22
2.3 EDUCAÇÃO E AUTOMANEJO 26
2.4 DTM E OS DISTÚRBIOS DO SONO 30
3 PROPOSIÇÃO 32
4 MATERIAL E MÉTODOS 33
4.1 ASPECTOS ÉTICOS 33
4.2 CASUÍSTICA E DELINEAMENTO DO ESTUDO 33
4.3 INSTRUÇÕES DO AUTOMANEJO 34
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 35
4.4.1 Avaliação da intensidade de dor 35
4.4.2 Palpação muscular e/ou articular 36
4.4.3 Abertura bucal 36
4.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA 37
4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO 38
5 RESULTADOS 40
5.1 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES 40
5.1.1 Descrição do recrutamento 40
5.2 AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS 41
5.2.1 Avaliação da dor por meio da escala visual analógica (EVA) 41
5.2.2 Abertura 42
5.2.3 Movimentos Excursivos 43
5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO 43
5.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA 45
6 DISCUSSÃO 47
7 CONCLUSÃO 51
REFERÊNCIAS 53
APÊNDICES 61
ANEXOS 73

1 INTRODUÇÃO

A Disfunção temporomandibular é definida como um conjunto de distúrbios que afetam os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas (De Leeuw, 2010). As atividades funcionais do sistema mastigatório incluem falar, mastigar e deglutir, quaisquer outras atividades não funcionais executadas por essas estruturas são conhecidas como parafunções, que incluem ranger os dentes e outros hábitos orais, quando essas atividades não funcionais ultrapassam o limite fisiológico de tolerância do indivíduo, inicia-se a alteração deste sistema, essas alterações podem afetar os tecidos de menor tolerância estrutural: dentes, músculos ou a ATM. Dores na região da ATM e nas estruturas mastigatórias, ruídos e limitações em movimentos mandibulares, são sinais e sintomas observados em indivíduos que apresentam a DTM (Okeson, 2013).

Cerca de 90% dos pacientes que apresentam DTM manifestam também algum distúrbio do sono, a alteração da severidade da insônia (o distúrbio mais comum dentre os pacientes com DTM) está diretamente ligada ao grau de dor expressa nesses pacientes (Almoznino et al. 2017).

O quadro de dor crônica causado pela DTM apresenta grande influência no comportamento social e no estado psicológico dos portadores do distúrbio do sono, culminando em um impacto negativo na qualidade de vida (List; Helkimo, 1995).

Os objetivos do tratamento dos pacientes com DTM é reduzir a dor, diminuir a sobrecarga adversa e restaurar a função para que o paciente possa retomar as atividades diárias normais (De Leeuw, 2010).

A conscientização e automanejo é um conjunto de um dos tratamentos mais cruciais e sutis para a disfunção, apesar de não ser muito utilizado, ainda se apresenta muito efetivo, devem ser a abordagem inicial do tratamento da disfunção, ou ao menos, constituir um plano de tratamento mais amplo (Romero-Reyes,Uyanik 2014).

O “Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial” aponta que ainda é observado carência de políticas públicas que visem divulgar a patologia e acolher os indivíduos que sofrem de DTM (Carrara et al., 2010).

A educação e o automanejo para pacientes com DTM é realizada individualmente (Carlsson et al., 2001; Riley et al. , 2007), mas poderia ser realizada em grupos de pacientes, o que diminuiria os custos do processo e auxiliaria nas políticas públicas para o manejo da DTM.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) define a Disfunção Temporomandibular (DTM) como sendo um conjunto de distúrbios que acometem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas (De Leeuw, 2010).

Segundo o Institute of Dental and Craniofacial Research, as DTMs são o segundo distúrbio musculoesquelético, que resulta em dor e incapacidade mais recorrente nos norte-americanos, perde apenas para dores lombares.

Lipton e colaboradores (1993) relatam que a prevalência de sinais de sintomas da DTM na população americana oscila de 6% a 12%. Sendo que a faixa etária em que esses sintomas ocorrem é ampla, concentrando-se em pacientes de 20 a 40 anos. A DTM tem maior prevalência em mulheres (Manfredini et al. 2011., Leeuw, 2010; Dworkin; Le Resche, 1992; Okeson, 2005; Scrivani et al., 2008).

A maior prevalência de dor por DTM entre mulheres, com padrão de início após a puberdade e menores taxas de prevalência na pós-menopausa sugerem que os hormônios reprodutivos femininos podem estar relacionados ao desenvolvimento da DTM (LeResche et al., 1997)

Fillingim et al. (2000) realizaram uma revisão de literatura que investigava a maior prevalência de DTM em mulheres que em homens. E concluíram o trabalho afirmando claramente que fatores relacionados ao sexo, incluindo hormônios gonadais, afetam as vias periféricas e do SNC envolvidas no processamento nociceptivo e as respostas analgésicas, mas apontaram também que é importante notar que os fatores relacionados ao sexo representam um conjunto de variáveis que podem influenciar as respostas da dor, como os fatores não controlados, como idade e status psicossocial, estado cognitivo e afetivo e o enfrentamento da dor, que podem mediar as diferenças nas respostas à dor entre mulheres e homens.

Flake (2005) também levantou a importância hormonal no processo da dor na DTM, em que o estrogênio provoca o aumento na inflamação e na excitabilidade de aferentes da ATM. Essas mudanças são refletidas nas propriedades intrínsecas

da ATM aferentes e provavelmente serão aumentadas pela presença de mediadores inflamatórios in vivo e pode contribuir para a profunda diferença sexual encontrada na prevalência da DTM, além dos sinais clínicos como duração, e gravidade da dor na DTM em humanos.

As atividades funcionais do sistema mastigatório incluem mastigar, falar e deglutir; e as parafuncionais (não funcionais), incluem apertar, ranger os dentes (bruxismo), e outros hábitos orais, como roer unhas e mascar chicletes (Okeson, 2013).

Os hábitos parafuncionais são microtraumas, definidos como repetidas aplicações de pequenas forças, e podem causar DTM. Sua ocorrência é comum e geralmente não afetam o sistema estomatognático. Entretanto, quando a atividade parafuncional ultrapassa o limite fisiológico de tolerância do indivíduo, inicia-se a alteração desse sistema. Essa alteração acontece no tecido de menor tolerância estrutural: dentes, músculos ou articulações (Okeson, 2013).

Dor e desconforto nas regiões da ATM e da musculatura mastigatória; dores associadas a ruídos articulares (estalos, estalidos e crepitação), além das limitações dos movimentos mandibulares (com restrição na abertura máxima ou abertura exagerada), e desvios no movimento são sintomas frequentemente relacionados à DTM. A otalgia, hipoacusia, dores na cabeça, enxaqueca, zumbido, tontura, vertigem e dores no pescoço, também são sintomas sendo mais presentes em pessoas entre 20 e 40 anos (De Leew, 2010; Dworkin, Le Resche, 1992; Okeson, 2005; Scrivani et al., 2008).

2.2 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA E A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

O quadro de dor crônica causado pela DTM, como tal, a exemplo das cefaleias e das lombalgias, apresenta grande influência no comportamento social e no estado psicológico desses pacientes, gerando impacto na qualidade de vida (List; Helkimo, 1995). A partir disso Dahlstrom et al. (1997), observaram que pacientes respondem de maneiras diferentes quando da aplicação do mesmo tratamento, o

que possibilitaria o entendimento de que não apenas o físico, mas também o estado psicológico pode influenciar no resultado do tratamento.

Os centros emocionais do cérebro têm influência na função muscular, uma vez que o estresse afeta o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, que, por sua vez, aumenta a atividade das vias eferentes gama, que fazem com que as fibras intrafusais dos fusos musculares se contraiam, tendo como efeito final um aumento na tonicidade muscular (Carlsson, 1999).

De Leeuw et al. (2005) notaram em seu trabalho que a prevalência de grandes estressores traumáticos entre nossos pacientes com dor crônica foi alta (49,8%). Os estressores traumáticos foram relacionados ao aumento da intensidade da dor, sofrimento afetivo e incapacidade entre pacientes com dor crônica. Pacientes que admitiram a presença de grandes estressores traumáticos também apresentaram maiores medidas psicométricas e mais frequentemente teve dor de origem miogênica.

Slade e Spencer (1994) desenvolveram o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP) para possibilitar uma avaliação da disfunção, desconforto e incapacidade relacionada à saúde bucal. De um total de 535 afirmações sobre as consequências de desordens bucais, foram selecionadas 49 declarações, após análise das entrevistas de um grupo de 328 pessoas. Essas afirmações foram subdivididas em limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez.

Slade (1997) posteriormente realizou um estudo teve com o objetivo de derivar um subconjunto de itens do Oral Health Impact Profile (OHIP-49), que fornecesse a mesma confiabilidade, validade e precisão. Foi realizada análise de confiabilidade interna, análise fatorial e análise de regressão que resultou em um subgrupo com 14 questões denominado OHIP-14.

Blanco-Aguilera et al. (2017) realizaram um trabalho que buscava uma associação entre a qualidade de vida (medido pelo OHIP-14) e os sinais e sintomas de DTM (RDC/TMD). Foram recrutados 415 pacientes com sinais e sintomas de DTM que preencheram o OHIP-14 e o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD). Ao final encontraram que 89,4% dos pacientes tratados eram mulheres, enquanto 10,6% eram homens, com idade média de 42,08 ± 14,9 anos, também encontraram associação significativa ($p < 0,05$) nas seguintes variáveis dos questionários: Eixo I incapacidade mandibular, depressão,

somatização, duração da dor percebida e interferência da dor nas atividades da vida diária. Concluindo assim que a auto percepção de saúde em pacientes com DTM, medida pelo OHIP-14, mostrou uma correlação de 0,3979 para a associação entre a qualidade de vida e sintomas e sinais de DTM.

Kokkola et al. (2018) avaliaram a eficácia do tratamento com placa interoclusal e a relação da qualidade de vida relacionada à saúde oral, usando o questionário OHIP-14. Para isso selecionaram 80 pacientes com DTM, randomizaram esses pacientes em 2 grupos, 39 pacientes foram alocados para um grupo que receberia placa interoclusal, 41 pacientes foram alocados para o grupo controle.

Ambos os grupos receberam aconselhamento e instruções sobre exercícios musculares mastigatórios. Os pacientes preencheram o OHIP-14 no *baseline*, aos 3 meses, 6 meses e 1 ano. Ao final do trabalho foi encontrado que o tratamento com o dispositivo interoclusal não apresentou nenhum efeito benéfico na autopercepção da qualidade de vida pelo OHIP-14, quando comparado com o aconselhamento e exercícios musculares mastigatórios, durante o período de um ano. Também foi observado nesse estudo que a idade, o sexo, o status do grupo não se associaram a gravidade do OHIP-14.

Bayat et al. (2018) compararam pacientes com diagnóstico DTM e sem o diagnóstico de DTM quanto a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14), duração da dor, comprometimento psicológico e características demográficas. Foram recrutados 75 pacientes com DTM e 75 sem diagnóstico. Foi aplicado o OHIP-14 para avaliar a qualidade de vida, e os critérios de diagnósticos para pesquisa das desordens temporomandibulares (RDC / TMD), eixos I e II. A média de idade dos pacientes foi de 34,3 ± 12,4 anos, sendo encontrada uma relação sexo feminino / masculino de 6:1. Concluindo assim que a DTM afetou negativamente a qualidade de vida, particularmente em pacientes com comprometimentos psicológicos.

Bitiniene et al. (2018) revisaram sistematicamente a literatura acerca da qualidade de vida em pacientes com DTM. Com as informações contidas nas bases de dados internacionais: PubMed e Google Scholar, foram levantadas 320 publicações entre 2006 e 2016, mas apenas 12 artigos foram incluídos ao final da seleção. Nesta revisão sistemática, verificou-se que existe uma correlação direta entre disfunção temporomandibular e menor qualidade de vida. Dos questionários

utilizados para identificação da satisfação do paciente, o questionário de qualidade de vida SF-36 e o OHIP-14 foram os mais populares nesses estudos, dos 12 artigos apenas 4 usaram o OHIP-14 como ferramenta de avaliação de qualidade de vida, os desfechos dos estudos mencionados nos leva a acreditar que as doenças psicológicas e físicas causadas pela DTM resultam em menor qualidade de vida nos pacientes.

Miettinen et al. (2012) avaliaram a associação entre os aspectos psicossociais dos pacientes diagnosticados com DTM e a qualidade de vida relacionada à saúde oral (OHIP-14). Foram incluídos 79 pacientes com DTM e 70 sem DTM. A prevalência do relato de pelo menos um problema foi de 90,9% no grupo de pacientes com DTM. Clinicamente foram observados quadros de depressão e sintomas físicos não específicos com itens de dor. Conclui-se assim que as DTM se associam a qualidade de vida por meio de múltiplas formas, associadas à depressão e somatização.

Pereira et al. (2009) avaliaram 33 mulheres com disfonia e diagnóstico de DTM, para investigar a correlação entre a auto percepção vocal e a severidade da DTM, e a influência dessas alterações na qualidade de vida. Todos os pacientes preencheram o OHIP-14 e o RDC-TMD e ao final do estudo foi concluído que a DTM afeta a qualidade de vida nos seguintes domínios: limitação funcional, dores psicológicas, limitações físicas e desconforto.

Alguns estudos relatam o controle de sinais e sintomas em mais de 90% dos casos tratados de forma conservadora. A etiologia multifatorial, o caráter autolimitante e a altíssima eficácia recomendam a utilização inicial de terapias não invasivas e reversíveis com o objetivo de controlar a dor, recuperar a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente e amenizar cargas adversas que poderiam perpetuar o problema (Carrara et al., 2010).

Por meio do automanejo para controle da DTM, os pacientes são orientados sobre o que é a DTM, sua origem multifatorial, os métodos de tratamento e, principalmente, a correção de hábitos nocivos às estruturas associadas aos sinais e sintomas e a realização, pelo próprio paciente, de procedimentos de controle da DTM (De Leeuw, 2010).

2.3 EDUCAÇÃO E AUTOMANEJO

Os objetivos do tratamento dos pacientes com DTM incluem: reduzir a dor, diminuir a sobrecarga adversa e restaurar a função para que o paciente possa retomar as atividades diárias normais (De Leeuw, 2010).

O tratamento para DTM abrange muitas vertentes, que variam do automanejo e outros tratamentos conservadores ao tratamento com injeção de substâncias e cirurgias de campo aberto. Atualmente para o tratamento da DTM, são enfatizados os tratamentos reversíveis e conservadores, como educação do paciente, medicação, intervenções comportamentais e placas oclusais. Há um consenso entre os especialistas da área, de que o tratamento inicial deve ser com terapias não invasivas, e que as cirurgias devem ser consideradas a última opção terapêutica (Abouelhuda et al., 2018; Crider et al., 2005).

A conscientização e automanejo são um dos tratamentos mais cruciais e sutis para a disfunção, que apesar de não ser muito apreciado, se apresenta muito efetivo. Os autocuidados com o automanejo (repouso muscular, diminuição das atividades mandibulares, dieta macia, terapia com compressas de calor úmido ou gelo) devem ser a abordagem inicial do tratamento da disfunção, ou ao menos, constituir um plano de tratamento mais amplo. Essa linha de tratamento tem mostrado retornos positivos dos pacientes, apresentando diminuição da dor imediatamente após o início da conscientização dos hábitos pelo automanejo. Isso é resultado da redução do estresse/tensão relacionada às parafunções (Romero-reyes; Uyanik, 2014).

Riley et al. (2007) demostraram que o relato do alívio percebido da dor em pacientes com DTM e as associações entre a frequência e eficácia de cada comportamento de autocuidado. A amostra foi composta por 99 pacientes do sexo feminino e 27 do sexo masculino, com diagnóstico de mialgia. Os sujeitos participaram de uma entrevista presencial e uma entrevista telefônica de acompanhamento 30 dias após a primeira avaliação. Por fim, este estudo constatou que os comportamentos de autocuidado passivo, como técnicas de repouso e

relaxamento, são os mais utilizados, além de os pacientes relatarem que compressas quentes ou frias e massagem proporcionaram um maior alívio da dor.

Freitas et al. (2013) realizaram uma revisão de literatura, na qual inicialmente foram levantados 581 artigos, dos quais foram selecionados 7, devido aos termos de inclusão em que os artigos deveriam ser estudos clínicos cegos randomizados. A análise destes trabalhos pode concluir que o aconselhamento e automanejo são capazes de aliviar a rigidez muscular dos músculos mastigatórios.

Carlsson et al. (2001) avaliaram a eficácia a longo prazo de um programa de treinamento de introdução de novos hábitos (TINH), formado por exercícios de respiração, relaxamento postural e reeducação proprioceptiva, para o automanejo da dor temporomandibular. A amostra foi composta por 44 pacientes diagnosticados com mialgia que foram alocados aleatoriamente em dois grupos, a um grupo ofereceu o tratamento odontológico padrão, que consistiu em placa interoclusal rígida e plana e orientações de autocuidados, o segundo grupo recebeu o TINH associado ao tratamento odontolológico padrão (TOP), que incluiu placa interoclusal plana e instruções de autocuidados. As avaliações para verificar a efetividade dos tratamentos foram realizadas com 6 e 26 semanas após o início do tratamento. Os resultados demostraram que o automanejo foi capaz de aliviar sintomas como a rigidez dos músculos mastigatórios e aumentar a abertura bucal ativa, com ou sem presença de dor, em pacientes com DTM, provando ter o mesmo efeito que as placas interoclusais no alivio da dor em pacientes com mialgia.

Truelove et al. 2006, em um estudo para testar a eficácia de diferentes tratamentos conservadores para DTM, foram randomizados 200 indivíduos com diagnóstico de DTM em três grupos: tratamento apenas com o automanejo; o segundo grupo com placa de acrílico, dura e plana; e o terceiro grupo com uma placa em vinil, a mesma usada como protetor bucal de atletas. Os participantes foram avaliados nos períodos de três, seis e 12 meses.

Ao final deste trabalho, se concluiu que o uso da placa interoclusal, não proporcionou benefícios mais relevantes que o tratamento com o automanejo, recomendando assim, o uso do automanejo, como terapia de baixo custo e alto benefício.

Becker et al. (2008) com o objetivo de comparar a eficácia de diferentes placas oclusais associadas ao aconselhamento e autocuidado no manejo de sinais e sintomas de dor miofascial, realizaram um ensaio clínico duplo-cego, que incluiu 42

pacientes com mialgia e queixa principal de dor na área do músculo masseter. Os pacientes foram randomizados em três grupos experimentais. No grupo um, o tratamento consistiu no uso de placa rígida de acetato, grupo dois, placa macia em etil vinil acetato e o grupo três, placa de acrílico autopolimerizável. Todos os grupos receberam orientações de automanejo. Ao final todos os pacientes apresentaram melhora ao longo do tratamento, concluindo que o automanejo, associado a placas de diferentes materiais, foram igualmente capazes de diminuir sinais e sintomas da DTM, sugerindo que quando o paciente apresenta dores de origens musculares, o automanejo é um tratamento eficaz.

Craane et al. (2012) realizaram um estudo cego, randomizado e controlado, que pelo período de um ano, avaliou o efeito de um programa de automanejo. Em um tratamento com duração de 6 semanas, 53 indivíduos foram aleatoriamente designados para o grupo de automanejo e 20 para o grupo controle. No grupo de automanejo, os pacientes receberam educação, alongamento muscular, exercícios e "lição de casa" para nove tratamentos em 6 semanas. No grupo controle, os pacientes receberam educação apenas nos dias de avaliação.

As ferramentas usadas para avaliar a dor e a função mastigatória foram a Escala Visual Analógica (EVA) e o Questionário de Dor de McGill. Todas as variáveis de classificação de dor diminuíram e todas as variáveis de função aumentaram significativamente ao longo do tempo em ambos os grupos. Não foram encontradas diferenças significativas na melhoria entre os grupos (interação tempo-tratamento). Esses dados sugerem que a diminuição da dor em longo prazo e a melhora da função não estão relacionadas à fisioterapia ativa.

Cunha et al. (2006) assinalam como funções do automanejo: aproximar o profissional do paciente, trazendo retorno positivo imediato por meio da confiança estabelecida e assim, reduzindo o estresse e diminuindo os sintomas; esclarecer o diagnóstico diferencial, reduzindo o medo e a ansiedade relacionados a dores de origem desconhecida; identificar possíveis causas etiológicas, cujo controle depende exclusivamente do próprio paciente, a exemplo das parafunções conscientes (apertamento, onicofagia, morder objetos, etc).

Quando o tratamento é direcionado para uma terapêutica com abordagem clínica-comportamental fundamentada no conhecimento da etiologia da doença encontramos na literatura *feedback* positivo como o observado por Gatchel et al. (2006), no qual a intervenção precoce com um protocolo padronizado de tratamento

baseado em uma abordagem biopsicossocial, foi efetivo na redução da dor e na diminuição da progressão para estágios crônicos de DTM.

Stowell et al. (2007) sugeriram que as intervenções cognitivo-comportamentais representam não somente uma opção terapêutica eficaz para DTM, como também um tratamento como bom custo-benefício, principalmente quando introduzido no estágio agudo da disfunção. Segundo os autores, pacientes com intervenção precoce de abordagem não invasiva de seis sessões reduziram significativamente os custos com saúde associados à DTM no ano seguinte ao aparecimento da dor.

Nos estudos de Michelotti et al. (2004) foram comparadas a eficiência da educação e automanejo e da educação e automanejo aliados a exercícios feitos em casa no tratamento da dor miofascial dos músculos da mandíbula. Foram recrutados setenta pacientes com diagnóstico de mialgia, que foram alocados em dois grupos de tratamento. Um grupo recebeu informações gerais sobre o autocuidado da musculatura da mandíbula e o outro grupo recebeu educação de automanejo aliado a um programa de fisioterapia em casa, que consistiu em uma série de exercícios, automassagem dos músculos mastigatórios, aplicação de compressas úmidas nos músculos doloridos, alongamentos e exercícios de coordenação.

Após 3 meses, a taxa de sucesso foi de 57% para o grupo que recebeu apenas educação e 77% para o grupo que recebeu educação e fisioterapia domiciliar. Concluindo-se que a combinação de educação e um regime de fisioterapia em casa, é clinicamente mais eficaz do que a educação sozinha para o tratamento da dor miofascial dos músculos da mandíbula.

Em 2012, Michelotti et al., realizaram um ensaio clínico para comparar a eficácia de um programa de educação com o de uma placa oclusal no tratamento da dor miofascial dos músculos da mandíbula. Foram distribuídos aleatoriamente 44 pacientes em dois grupos de tratamento. O primeiro grupo recebeu orientações sobre educação e automanejo, que consistia em técnicas de reversão de hábitos, enfatizando que o uso excessivo desses músculos poderia ser uma das causas de sua dor e também receberam instrução para manter os músculos relaxados, mantendo a mandíbula em sua posição postural (dentes afastados), e uso de recursos visuais para alertá-los sobre o contato dentário. No segundo grupo, cada um dos participantes recebeu um dispositivo interoclusal. As avaliações dos pacientes foram feitas a cada 3 semanas durante o período de 3 meses, ao final do

estudo pode-se concluir que a educação foi mais eficaz que o dispositivo interoclusal, na redução da dor muscular espontânea em pacientes com DTM.

Também é relatado na literatura o efeito positivo do automanejo, não apenas como terapêutica principal, mas também como coadjuvante ao tratamento da DTM, como o estudo de Wrigth et al. (2000), que randomizaram 60 pacientes com DTM miofascial em dois grupos: no primeiro os pacientes foram submetidos a um treinamento postural com fisioterapeuta e instruções de automanejo para DTM, enquanto o grupo controle recebeu apenas instruções de automanejo para a DTM presente. As instruções de automanejo objetivaram encorajar os pacientes a relaxarem os músculos mastigatórios ao máximo; evitar hábitos parafuncionais; aplicar calor ou frio nas áreas musculares mais doloridas, melhorar postura, ou utilizar anti-inflamatórios. Após 4 semanas os dados foram coletados e os resultados mostraram que o grupo experimental apresentou melhores resultados na média de abertura máxima sem dor ($p<0,05$), no limiar de dor à palpação ($p<0,05$), no Índice Modificado de Severidade de Sintomas para DTM ($p<0,001$) e na percepção de melhora de sintomas de DTM ($p<0,001$), quando comparados com o grupo controle.

2.4 DTM E OS DISTÚRBIOS DO SONO

Na literatura existem fortes evidências que relacionam os distúrbios do sono com sinais e sintomas de DTM. Almoznino et al. (2017), relatam que cerca de 90% dos pacientes que apresentam DTM também apresentam algum distúrbio do sono, sendo esse distúrbio um fator que está relacionado à perpetuação da DTM em pacientes que respondem mal ao tratamento. A insônia é o distúrbio mais comum encontrado nos pacientes com DTM, a alteração da severidade da insônia está diretamente ligada ao grau de dor expressa nos pacientes com DTM. Os pacientes com mialgia apresentam uma qualidade de sono pior quando comparados com os pacientes de dores oriundas de distúrbios articulares, sendo que 24% desses pacientes que apresentavam alta tensão muscular, não costumavam acordar por causa das dores durante a noite, mas se queixavam de dores ao acordar.

Lavigne e Sessle (2016) em uma revisão de literatura concluíram que o tratamento das dores temporomandibulares deve ser concomitante ao tratamento

para melhora na qualidade do sono dos pacientes que apresentam a doença, pois a exacerbação dos problemas do sono pode influenciar negativamente na manifestação da dor e promover a piora do quadro.

Sanders et al. (2017) buscaram determinar os mediadores causadores do desenvolvimento da DTM e demostraram que o estresse e a má qualidade do sono são mediadores importantes no aparecimento dos primeiros sintomas dolorosos da DTM.

Schmitter et al. (2015), ao estudarem os aspectos associados aos distúrbios do sono e a dor de origem muscular na região orofacial em pacientes com DTM, concluíram que a prevalência de distúrbios associados ao sono é maior em pacientes com bruxismo e naqueles que apresentam dores na região orofacial pela manhã.

Ksenija Rener-Sitar et al. (2016), investigaram a qualidade do sono auto relatada em casos de pacientes com DTM e compararam seus resultados com controles saudáveis, e como resultado observaram que a qualidade do sono é pior em pacientes com diagnósticos de dor relacionados a DTM.

Riley et al. (2001) buscaram, dentre outras evidências, relacionar a eficácia do automanejo e as mudanças na qualidade do sono. Para isso, o Questionário de sono Pittsburgh (PSQI) foi aplicado a 126 pacientes, no *baseline* e 30 dias após o início do tratamento. Ao final do trabalho puderam concluir que houve melhora da qualidade do sono com o uso de alongamentos/exercícios e que a melhora da qualidade de sono estava relacionada à melhora do alívio da dor, e maiores frequências de compressas quentes e frias e relaxamento e que o estado psicológico pode influenciar no resultado do tratamento.

Na literatura também encontramos que padrões alimentares podem afetar não apenas a atenção diurna, mas também na qualidade do sono.

O sono pode ser promovido através da inibição de fatores neuroquímicos para a vigília (noradrenalina, serotonina, acetilcolina, histamina, orexina) ou aumentando os fatores promotores do sono (por exemplo, GABA, adenosina, óxido nítrico) através de meios dietéticos. Em geral, os alimentos que afetam a disponibilidade de triptofano, bem como a síntese de serotonina e melatonina, podem ser os mais úteis na promoção do sono (Peuhkuri et al.,2012)

St-Onge et al. (2016) fizeram uma revisão de literatura que buscava descrever o papel do consumo alimentar no sono. O trabalho encontrou que alguns alimentos

mostram-se promissores como moduladores do sono, como produtos lácteos, peixe, frutas e legumes.

Clark et al. (2017) fizeram esta revisão sistemática para explorar evidências quanto aos possíveis efeitos deletérios do café e cafeína sobre o sono. A cafeína bloqueia o sistema neuromodulador e receptor da adenosina, que contribui importante para a regulação do sono, a cafeína prejudica o sono noturno, pelo menos em indivíduos vulneráveis. A equivalência de cafeína contida em pelo um café espresso até 16 h antes do sono induz mudanças confiáveis no eletrocefalograma do sono, indicando sono mais superficial.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar se a educação e automanejo realizadas em grupo de pacientes com DTM influenciam: a dor aferida pela escala EVA, cinemática mandibular, qualidade de vida (OHIP-14) e qualidade de sono (PSQI).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto é integrado ao projeto intitulado “Eficácia da terapia paliativa com laser na emissão do espectro vermelho, infravermelho ou combinados, no tratamento da desordem temporomandibular: estudo clínico randomizado duplo cego” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo sob o número 2.006.176 (Anexo A).

O presente estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra do estudo foi constituída por 100 pacientes consecutivos de ambos os sexos e diagnosticados com DTM, de acordo com os critérios de diagnóstico e pesquisa - RDC-TMD (Dworkin, 1992) (Anexo B). Os pacientes em questão eram maiores de 18 anos.

4.2 CASUÍSTICA E DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo teve delineamento longitudinal no qual, foram selecionados consecutivamente pacientes, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, durante o período que deu se o andamento da pesquisa (maio de 2017 à fevereiro de 2018), 376 pacientes procuraram o ambulatório de dor orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Dor espontânea igual ou superior a 4, avaliada pela escala EVA (Anexo C);
- Apresentar diagnóstico positivo para DTM segundo o Eixo I dos Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (Research

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders – RDC/TMD – Pereira et al., 2004) (Anexo B);

- Apresentar queixa principal mialgia e/ou artralgia em pelo menos uma das articulações;

Foram excluídos do estudo os pacientes que se encaixaram nos seguintes critérios:

- Pacientes que não quiseram participar ou não puderam comparecer em todas as visitas programadas por quaisquer razões;
- Pacientes que apresentaram dor secundária causada por outros fatores, como odontalgias e/ou doenças sistêmicas;
- Pacientes que fizessem ou tivessem feito uso, no período anterior de 15 dias antes do início do estudo, de medicamentos que pudessem alterar o limiar de dor periférica ou central ou a qualidade do sono (analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos, anticonvulsivantes);
- Pacientes que apresentaram pelo menos uma das seguintes alterações: distúrbios neurológicos, suspeita de tumores na Articulação Temporomandibular (ATM), fraturas mandibulares recentes, artrite reumatoide, próteses removíveis parciais ou totais, gravidez e amamentação.
- Pacientes que apresentaram limitações intelectuais.

4.3 INSTRUÇÕES DO AUTOMANEJO

Os pacientes triados com artralgia e/ou mialgia que apresentaram EVA maior ou igual a 4, no momento da avaliação, receberam instruções de automanejo em grupo em uma palestra ministrada por um aluno de Pós-graduação, com utilização de Datashow. A duração média da palestra foi de 40 minutos abordando tópicos que explicaram o funcionamento dos músculos e ATMs, as funções dessas estruturas dentro do sistema mastigatório, definição de DTM e fatores etiológicos, hábitos parafuncionais e relação da dor com a má qualidade do sono (Apêndice A).

Após essas explicações foram orientados a respeito das posições posturais de repouso da mandíbula, e a reduzir a sobrecarga nas ATMs e músculos mastigatórios. Receberam também explicações de como fazer a fisioterapia com calor úmido em músculos e compressas com gelo nas articulações. A indicação da fisioterapia com calor ou frio dependeu da sintomatologia dolorosa diagnosticada na triagem desses pacientes. Os pacientes receberam por escrito as instruções de automanejo, preenchidas anteriormente na ocasião da triagem, como forma de reforço das informações prestadas durante a palestra (Apêndice B).

No retorno após 7 e 15 dias da primeira consulta, as instruções de automanejo foram reforçadas e os pacientes foram inquiridos sobre a detecção de alguns dos hábitos relacionados ao desencadeamento e manutenção da sintomatologia dolorosa da DTM como forma de realçar ainda mais a associação entre a presença destes comportamentos nocivos e o agravamento dos sinais e sintomas da DTM. Uma nova avaliação da sintomatologia foi realizada (Apêndice C).

Aqueles pacientes que não obtiveram melhora significativa após 15 dias de automanejo e permanecerem com EVA igual ou maior que 4, foram incluídos na pesquisa de laserterapia, e os pacientes que não apresentaram os requisitos para a inclusão nesta pesquisa, puderam retornar à clínica de DTM para receber outros recursos terapêuticos para o tratamento da DTM, como a instalação de placa estabilizadora interoclusal, fisioterapia e acupuntura. Os pacientes que obtiveram melhora e EVA abaixo de 4, foram reorientados quanto aos comportamentos nocivos e agravamento dos sintomas da DTM, nos casos que não houve remissão total dos sintomas por meio do automanejo, foi aplicada outra terapêutica para a DTM.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Avaliação da intensidade de dor

A EVA foi coletada em cada consulta de retorno.

A aferição inicial foi realizada antes da medida da máxima abertura bucal.

Para registro da intensidade de dor do paciente, foi confeccionada uma escala não graduada de 10 cm, onde os extremos representaram, à esquerda, ausência total de dor e, à direita, a pior dor imaginável (Anexo C). Ao início de cada visita, o paciente assinalou na reta a posição que melhor representa o grau de dor no momento. Foi considerada como “moderada” a dor registrada na EVA a partir do valor 4.

4.4.2 Palpação muscular e/ou articular

A palpação foi realizada, com a pressão da polpa digital do dedo indicador, afim de diagnóstico, durante o preenchimento do RDC no dia da instituição da terapêutica e no retorno de 15 dias.

A palpação da musculatura foi realizada nos seguintes locais: músculo temporal (feixes anterior, médio e posterior), músculo masséter (superior, médio e inferior). A palpação foi bilateral, portanto a dor pode ser direita, esquerda ou acometer ambos os lados. Para a avaliação da sensibilidade muscular, o exame de palpação foi realizado com a palpação digital do dedo indicador.

A palpação da articulação também foi realizada com a pressão da polpa digital do dedo mínimo no pólo posterior da articulação através do meato acústico externo e no pólo lateral da ATM (superior e inferior). A dor pode ser direita, esquerda ou bilateral.

4.4.3 Abertura bucal

O movimento mandibular aferido foi a abertura de boca e a unidade de medida desta foi em milímetros (mm). A abertura de boca foi aferida na primeira consulta, no retorno de 7dias e 15 dias.

Primeiramente foi aferida a abertura de boca ativa (sem auxílio do examinador), que foi executada como segue: medida da distância interincisal dos incisivos centrais inferiores e superiores acrescida da medida do trespasse vertical,

aferida com régua milimétrica. Para o paciente portador de mordida aberta anterior, a extensão da mordida aberta em milímetros foi descontada da medida obtida. A aferição da abertura de boca passiva foi realizada com a mesma técnica, porém nesta, houve o auxílio do examinador, que com o dedo indicador apoiado na incisal dos incisivos inferiores e o polegar apoiado na incisal dos incisivos superiores proporcionou alcançar a abertura máxima. Imediatamente após ambas as aferições, o paciente foi questionado quanto à presença ou ausência de dor durante a realização do movimento (Anexo C).

4.4.4 Movimentos excursivos

Foi examinado os movimentos excursivos para direita e para esquerda, em milímetros (mm).

A linha média superior foi tomada como referência, e então foi solicitado que o paciente deslizasse a mandíbula em movimento lateral até que alcançasse o limite do movimento, para a direita e para a esquerda neste momento foi medida a distância entre a linha média superior até a linha média inferior.

Para os pacientes portadores de desvio de linha média, a extensão da medida do desvio, em milímetros, foi descontada, obtendo assim o valor real da amplitude do movimento.

4.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Foi utilizado um questionário específico OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) validado para a língua portuguesa do Brasil (Slade, 1997), que forneceu escores numéricos para demostrar o impacto do procedimento terapêutico na qualidade de vida dos pacientes portadores de DTM Ele mede o desconforto, disfunção e impacto autopercebido das doenças bucais nas atividades diárias de adultos e idosos(Slade, 1997).

O questionário é composto por 14 questões. As respostas são dadas de acordo com uma escala codificada como: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3

= frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído pelo respondente, pior é a autopercepção do impacto (Slade, 1997; Oliveira ; Nadanovsky, 2005). O questionário foi aplicado na sala de espera, sem imposição de limite de tempo e o participante pode tirar suas dúvidas quanto a interpretação das perguntas presentes nos questionários.

O questionário foi aplicado na 1ª consulta e no retorno de 15 (Anexo D).

Os pacientes foram orientados a responder baseados nas circunstâncias ocorridas nos últimos 15 dias, ou seja, desde o início do tratamento até o retorno de 15 dias.

4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

O questionário de sono Pittsburgh (PSQI), validado para língua portuguesa (Bertolazi et al. 2011), avaliou a qualidade do sono durante determinado período estabelecido pelo pesquisador. O questionário consiste em 19 perguntas autoavaliativas.

São 19 questões categorizadas em 7 componentes, classificados em uma pontuação que varia de 0 a 3. Os componentes do PSQI são os seguintes:

- Qualidade (C1),
- Latência do sono (C2),
- Duração do sono (C3),
- Sono habitual Eficiência (C4)
- Distúrbios do sono (C5),
- Uso de medicação para dormir (C6)
- Disfunção diurna (C7).

A soma das pontuações dos 7 componentes produz uma pontuação global, que varia de 0 a 21, em que a pontuação mais alta indica a pior qualidade do sono (Buysse et al.,1989).

O questionário foi aplicado na 1ª consulta e no retorno de 15 dias (Anexo E).

Os pacientes foram orientados a responder baseados nas circunstâncias ocorridas nos últimos 15 dias, ou seja, desde o início do tratamento até o retorno de 15 dias.

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES

5.1.1 Descrição do recrutamento

Durante o período que deu se o andamento da pesquisa (maio de 2017 á fevereiro de 2018), 376 pacientes procuraram o ambulatório de dor orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. A descrição dos pacientes segue na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 - Descrição dos pacientes que procuraram o ambulatório

Critérios de seleção	**Número de pacientes**	**%**
Incluídos na pesquisa	100	26,59
Excluídos da pesquisa		
Não apresentavam dor no momento da avaliação	67	17,81
Apresentavam dores de origem odontogênica	11	2,92
Perda de seguimento	23	6,11
Desistência	49	13,03
EVA <4	113	30,05
Uso de medicamentos	12	3.19
Total de pacientes	376	

Fonte: a autora.

Dentre os pacientes que procuraram o ambulatório de dor, 100 pacientes se encaixaram na pesquisa, segue a descrição dos pacientes incluídos na pesquisa (Tabela 5.2) e a descrição do histórico de dor desses pacientes (Tabela 5.3).

Tabela 5.2 - Descrição dos pacientes incluídos na pesquisa

Dados epidemiológicos	Número de pacientes (n)	Idade média anos (DP)
Sexo feminino	87 (87)	39.20 (12.81)
Sexo masculino	13 (13)	34.15 (10.87)

Fonte: a autora.

Tabela 5.3 - Histórico da dor dos pacientes incluídos na pesquisa

Histórico da dor	n (%)
Apresentavam Dores de cabeça	96 (96)
Apresentou travamento bucal	55 (55)
Sofreu trauma na face	12 (12)
Já foram afastados do trabalho devido á dor	44 (44)

Fonte: a autora.

5.2 AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS

5.2.1 Avaliação da dor por meio da escala visual analógica (EVA)

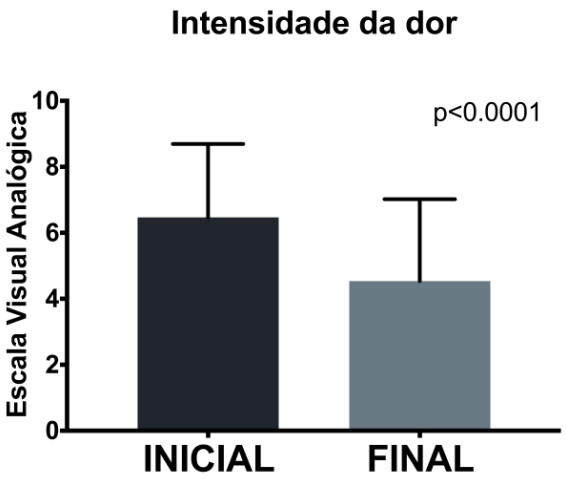
O teste t revelou a diferença entre as médias do EVA inicial e final (diferença entre as médias a -1.708+-0.3291) com o valor de significância p<0.0001(IC 95%-2,357 a -1,059) (Gráfico 5.1).

Foi criado um modelo de regressão linear com o objetivo de observar se a intensidade da dor sofria interferência das variáveis relacionadas ao diagnóstico do tipo da DTM (artralgia ou mialgia), as guias foram transformadas em variáveis “dummy”. Não foi observada interferência estatisticamente significante do tipo DTM em relação ao EVA INICIAL (p=0.894); EVA final (p=0.540) e diferença dos EVAs (p=0,723). Também não foi observado correlação entre a cronicidade da doença e a intensidade da dor, avaliada pela EVA inicial (p=0,639) EVA final (p=0,145), e a diferença entre os EVAs (p=0,117).

Tabela 5.2- média e mediana dos valores obtidos pela escala EVA

EVA	Média (dp)	Mediana
Inicial	6,466(2,226)	7
Final	4,537(2,482)	5

Gráfico 5.1 - Diferença de médias da intensidade da dor entre a avaliação inicial e final



Fonte: a autora

5.2.2 Abertura

As médias de aberturas inicial, em 7dias e 15 dias foram 43,17 mm, 42,03 mm e 43,25 mm, respectivamente. A partir dessas médias foi realizado teste estatístico, entre os tempos das coletas de dado abertura inicial x abertura em 7dias (p=0,8), abertura em 7 dias x abertura em 15 dias (p 0>999), não apresentou melhora estatisticamente significante entre os períodos, apresentando uma diferença de média entre inicial e final de 0.08mm (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Avaliação da abertura

Tipo de abertura		Inicial	7 dias	15 dias
Ativa	Média (DP)	43.17 (9.663)	42.03 (8.199)	43.25 (8.912)
	Mediana	43	43	44
Passiva	Média (DP)	46.74 (8.765)	47.1 (7.415)	46.79 (9.278)
	Mediana	45	47	46,5

Fonte: a autora.

5.2.3 Movimentos Excursivos

Ao comparar as medidas iniciais e finais, por meio de testes estatísticos, foi confirmado melhora com significância estatística nos movimentos excursivos de lateralidade.

Tabela 5.5 - Avaliação dos movimentos excursivos

Movimento excursivo		Medidas iniciais (cm)	Medidas finais (cm)	Valor de p
Direita	Média (DP)	7,364 (3,527)	9,53 (7,857)	0,0040*
	Mediana	8	8,5	
Esquerda	Média (DP)	6,83 (3,235)	7,98 (2,85)	0,0002*
	Mediana	7	8	
Protrusão	Média (DP)	4,273 (2,385)	4,677(2,351)	0,0953
	Mediana	4	5	

*Significância estatística a 5% - Fonte: a autora.

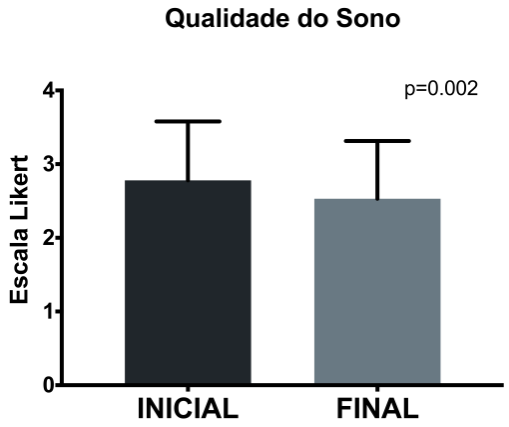
5.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

O teste estatístico encontrou melhora da qualidade do sono no período de acompanhamento dos pacientes (p=0.0200) (Gráfico 5.2). A análise da correlação entre a qualidade do sono e a dificuldade de manutenção das atividades diárias

($p<0.0001$) apresentaram baixa correlação entre os dois tempos de coleta de dados, inicial ($r = 0.491$) e final ($r = 0.0377$).

O teste de regressão logística que buscava a relação entre potencial de melhora e cronicidade da doença; não foi observada influência no desfecho do tratamento ($p= 0.115$).

Gráfico 5.2 - Qualidade do sono em relação a aferição inicial e final pelo questionário OHIP-14



Fonte: a autora.

Tabela 5.6 - Domínios do PSQI

Domínios		**Medidas iniciais**	**Medidas Finais**	**Valor de p**
Sono	Média (DP)	2,78(0,7987)	2,53(0,7844)	0,0200*
Dor	Média (DP)	3,41(0,9857)	3,26(1,05)	0,2934
Frequência de uso de medicamento	Média (DP)	2,828(1,229)	2,63(1,236)	0,1348
Dificuldade em realizar atividade	Média (DP)	2,515(1,073)	2,36(1,049)	0,1164

*Significância estatística a 5% - Fonte: a autora.

Para todos os outros domínios, não foi encontrado correlação entre os dados coletados, melhora ou piora com relevância estatística.

5.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A comparação do início e final do tratamento, não foi observado, estatisticamente, melhora na qualidade de vida.

Nas perguntas individuais do questionário, a comparação inicial e final do tratamento, foi observada melhora na dor da boca e na região da face (p=0.007). Na

avaliação do estresse no início e final do tratamento, também foi observado diferença no quadro (p=0.0162).

A comparação dos dados iniciais e dados finais na interferência da dor na realização das atividades diárias também apresentou diferença (p=0.0022).

Os outros domínios não apresentaram melhora ou piora com relevância estatística.

6 DISCUSSÃO

O grupo de pacientes que participou desta pesquisa foi composto por 100 pacientes, a maior parcela era de pacientes do sexo feminino 87% (87/100), com variação de idade de 18 á 70 anos e idade média de 39,1 anos, dados comuns aos encontrados na literatura em que a DTM tem maior prevalência em mulheres (Manfredini et al 2011., Leeuw, 2010; Dworkin; Le Resche, 1992; Okeson, 2005; Scrivani et al., 2008). Dos pacientes que buscaram tratamento, a proporção entre homem/mulher encontrado nesta amostra foi de 6:1, relato também encontrado no trabalho de Bayat et al. (2018) mostrando que a prevalência ainda se mantêm maior em mulheres que homens, como a literatura vem mostrando desde 1990 (Schiffman,1990).

Na literatura, o indício da causa dessa expressiva diferença sexual na manifestação da DTM, são os fatores hormonais. O motivo pelo qual a maior prevalência de dor por DTM entre mulheres, com padrão de início após a puberdade e menores taxas de prevalência na pós-menopausa, sugerem que os hormônios reprodutivos femininos podem desempenhar um papel etiológico na DTM (LeResche et al., 1997).

A literatura relata a DTM como uma doença limitante, ou seja, que pode chegar a impossibilitar o indivíduo que apresenta esta desordem, realizarem suas tarefas diárias (Dworkin, Le Resche 1992). A dor orofacial pode interferir com as atividades diárias de um paciente e as consequências mais comuns são psicológicas (Segú et al., 2003). Do total dos participantes dessa pesquisa 44% relataram que ficaram afastados de suas atividades diárias devido á disfunção. Contudo ao final do tratamento com o automanejo foi registrado pelo OHIP-14 que os pacientes se apresentavam com menos dor ($p=0.007$), logo com menor dificuldade de realizar suas atividades diárias ($p=0.0022$).

Ainda sobre os dados obtidos pelo OHIP-14, há evidências na literatura que eventos estressantes da vida precedem o início dos sintomas tanto da dor crônica da face quanto depressão (Speculand et al.,1984, de Leeuw et al. 2005).

Podendo supor uma linha de causa-efeito entre eventos estressantes e aparecimento de dores de origens miogênicas. Esta correlação também foi encontrada com o auxílio do OHIP-14 no atual trabalho, em que os sítios que

pontuavam alteração nos níveis de stress e quantidade de dor apresentaram melhora com significância estatística em ambos os sítios, ou seja, quanto menos estressados os pacientes se encontravam, menor foi o grau de dor relatado pelo paciente. Era esperado que o tratamento tivesse um maior impacto na qualidade de vidas dos pacientes que o registrado pelo OHIP-14, entretanto apesar de não encontrar diferenças relevantes em todos os domínios do questionário, os domínios que se relacionam com as principais queixas dos pacientes com DTM, como a dificuldade em realizar suas atividades diárias, que segundo relatos dos pacientes era causada pela dor, e nos domínios que mensuravam apenas “dor”, ambos apresentaram significância estatística.

É interessante observar que houve melhora significante em duas variáveis no relato da dor (p>0.0001), pelo OHIP-14 que mensura a frequência da manifestação da dor, e também pela a escala EVA, ferramenta que mensura a intensidade da manifestação dor espontânea. Apontando, que o automanejo influencia na melhora da qualidade vida dos pacientes.

Dor e desordens do sono estão entre as queixas mais comuns na sociedade, tanto que não é surpresa que essas duas condições frequentemente coexistam, e que a má qualidade do sono interfere negativamente na exacerbação de sinais e sintomas da DTM, e que clinicamente podem estar associados ao aumento severo de dor e estresse psicológico (Harness et al., 1990; Yatani et al., 2002; Riley et al., 2001; Moldofsky, 2001; Almoznino et al.,2017; Lavigne, Sessle, 2016).

O tratamento a “educação e auto manejo” também engloba a melhora da qualidade do sono em seu programa, uma vez que na literatura o feedback negativo que existe entre a dor e a qualidade do sono já serem fundamentadas. Com as orientações dadas acerca da higiene do sono, consumo da cafeína, consumo de alimentos estimuladores de liberação da serotonina, foi observado que houve uma considerável melhora na percepção dos pacientes quanto a melhora na qualidade do sono (p=0,0200).

O automanejo apresenta a mesma eficácia que a placa interoclusal (Michelotti, et al.,2004; Michelotti, et al., 2012; Truelove et al., 2006; Craane, 2012), visto que o objetivo do tratamento da DTM, dentre outros é restaurar a função (De Leeuw, 2010), neste trabalho foi observado melhora na amplitude dos movimentos excursivos direito (p=0,0040) e esquerdo (p=0,0002), mas não na abertura bucal. Isso pode ter ocorrido devido ao fato de os pacientes já apresentarem uma boa

abertura bucal média (43,17 mm ± 9,63) no início do tratamento. O aumento da amplitude dos movimentos excursivos são pouco discutidos na literatura, assim não temos parâmetros bem estabelecidos para afirmar se a diferença de amplitude encontrada configura melhora clínica relevante na vida do paciente com DTM, ainda se faz necessário um maior numero de trabalhos acerca desde achado.

A partir da premissa que pacientes respondem de maneiras diferentes quando é aplicada a mesma terapêutica, (Dahlstrom et al. 1997) e também que deve-se sempre instaurar o tratamento menos invasivo porém efetivo (Abouelhuda et al., 2018; Crider et al., 2005), buscamos uma relação entre potencial de melhora e cronicidade da doença e não foi observada influência no desfecho do tratamento (p= 0.115), demostrando que esta terapêutica pode ser instaurada a qualquer tempo de evolução da dor que no paciente com DTM. A hipótese inicial é que o automanejo seria mais eficaz em pacientes com DTM aguda (menos de 3 ou 6 meses de queixa) do que DTM crônica (mais de 3 ou 6 meses de queixa).

Segundo o Institute of Dental and Craniofacial Research, as DTMs são o segundo distúrbio musculoesquelético que afeta aproximadamente 5 a 12% da população, com um custo anual estimado em US $ 4 bilhões, podendo assim ser considerada um problema de saúde pública.

Visto que a DTM que acomete milhares de pessoas de todas as camadas econômicas da sociedade, os sinais e sintomas da DTM merecem uma atenção especial do cirurgião-dentista. O automanejo poderia vir como primeira abordagem ao paciente com diagnóstico de DTM.

A terapêutica de educação e automanejo é uma ferramenta importante para o tratamento da disfunção temporomandibular, desordem que apresenta remissão e reinstalação recorrente dos sintomas e amplo alcance na sociedade. Por tratar-se de um tratamento eficaz, com baixo risco e baixo custo para o paciente, com potencial de promover melhora na qualidade de vida, qualidade do sono e parâmetros clínicos deveria ser a terapêutica inicial recomendada ao paciente com sinais e sintomas dolorosos da DTM. Portanto deve e merece ser amplamente difundido entre os profissionais competentes para tratar essa disfunção.

A falta de conhecimento do automanejo faz com que os cirurgiões-dentistas encaminhem os pacientes para o tratamento especializado para a instalação de placa oclusal, assim os pacientes já chegam ao serviço sugestionados em busca da

“placa” e quando são tratados com o automanejo e melhoram as queixas álgicas, ainda sim querem a instalação da “placa”.

A divulgação do automanejo entre os profissionais auxiliaria a adesão dos pacientes para essa modalidade terapêutica.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, a educação e automanejo de pacientes com DTM influenciaram:

-Na melhora da dor aferida pela escala EVA,

-Na cinemática mandibular, confirmando melhora com significância estatística nos movimentos excursivos de lateralidade, direito e esquerdo;

-Na qualidade de vida (OHIP-14), pois os pacientes se apresentavam com menos dor e menor dificuldade de realizar suas atividades diárias;

-Na qualidade de sono (PSQI) com a melhora geral na qualidade do sono.

REFERÊNCIAS[1]

Abouelhuda AM, Khalifa AK, Kim YK, Hegazy AS. Non-invasive different modalities of treatment for temporomandibular disorders: review of literature. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2018;44:43-51.

Alencar F Jr, Becker A. Evaluation of different occlusal splints and counselling in the management of myofascial pain dysfunction. J Oral Rehabil. 2009 Feb;36(2):79-85. doi: 10.1111/j.1365-2842.2008.01913.x.

Almoznino G, Benoliel R, Sharav Y, Haviv Y. Sleep disorders and chronic craniofacial pain: Characteristics and management possibilities. Sleep Med Rev. 2017 Jun;33:39-50. doi: 10.1016/j.smrv.2016.04.005.

Bayat M, Abbasi AJ, Noorbala AA, Mohebbi SZ, Moharrami M, Yekaninejad MS. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders: A case-control study considering psychological aspects. Int J Dent Hyg. 2018 Feb;16(1):165-70. doi: 10.1111/idh.12266.

Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo ICS, Barba MEF, Barreto SSM. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Medicine. 2011,12:70-5.

Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28:193–213.

Bitiniene D, Zamaliauskiene R, Kubilius R, Leketas M, Gailius T,Smirnovaite K. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. A systematic review Stomatologija. 2018;20(1):3-9.

Blanco-Aguilera A, Blanco-Aguilera E, Serrano-Del-Rosal R, Biedma-Velázquez L, Rodriguez-Torronteras A, Segura-Saint-Gerons R, et al. Influence of clinical and psychological variables upon the oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017 Nov; 1;22(6):669-78. doi: 10.4317/medoral.21746.

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28:193–213.

Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 1999 Fall;13(4):232-37.

Carlson CR, Bertrand PM, Ehrlich AD, Maxwell AW, Burton RG. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2001;15:47–55.

Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1o. Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Dental Press J Orthod. 2010 May-Jun; 15(3):114-20.

Craane B, Dijkstra PU, Stappaerts K, De Laat A. Randomized controlled trial on physical therapy for TMJ closed lock. J Dent Res. 2012 Apr;91(4):364-9. doi: 10.1177/0022034512438275.

Crider A, Glaros AG, Gevirtz RN. Efficacy of biofeedback-based treatments for temporomandibular disorders. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2005 Dec;30(4):333-45.

Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. Sleep Med Rev. 2017 Feb;31:70-78. doi: 10.1016/j.smrv.2016.01.006.

Cunha LA et al. Influência do método de aconselhamento nos sintomas de disfunção temporomandibular. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2006; 60(5), 370-3.

Dahlstrom L, Widmark G, Carlson SG, Cognitive-behavioural profiles among different categories of orofacial pain patient: diagnostic and treatment implications. Eur J Oral Sci. 1997; 105:377-83.

De Freitas RF, Ferreira MÂ, Barbosa GA, Calderon PS. Counselling and self-management therapies for temporomandibular disorders: a systematic review. J Oral Rehabil. 2013 Nov;40(11):864-74. doi: 10.1111/joor.12098.

De Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4a. Ed. São Paulo. Quintessence; 2010.

De Leeuw R, Bertoli E, Schmidt JE, Carlson CR.Prevalence of traumatic stressors in patients with temporomandibular disorders. J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63: 42–50.

Dworkin SF, Behavioral and educational modalities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997;83.128-33.

Dworkin SF. Psycological and psychosocial assessment In Temporomandibular disorders: an evidence-based approach to diagnosis and treatment Edited by: Laskin DM, Greene CS, Hylander WL. Chicago: Quintessence publishing. Co., Inc; 2006. 203-28.

Dworkin S, Le Resche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord Fac Oral Pain. 1992; 6:301-55.

Edward F. Wright, Manuel a. Domenech, joseph r. Fischer jr., Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 2000 Feb;131(2):202-10.

Flake NM, Bonebreak DB, Gold MS. Estrogen and inflammation increase the excitability of rat temporomandibular joint afferent neurons. J Neurophysiology. 2005;93(3):1585–97. doi: 10.1152/jn.00269.2004.

Fillingim RB, Ness TJ. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. Neurosci Biobehav Rev. 2000 Jun;24(4):485-501.

Gatchel RJ et al. Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder-related pain: a one-year outcome study. JADA 2006;137(3):339-47.

Harness DM, Donlon WC, Eversole LR. Comparison of clinical characteristics in myogenic, TMJ internal derangement and atypical facial pain patients. Clin J Pain. 1990 Mar;6(1):4-17.

Ksenija Rener-Sitar , Mike T. John , Snigdha S. Pusalavidyasagar , Dipankar Bandyopadhyay , Eric L. Schiffman. Sleep quality in temporomandibular disorder cases. Sleep Medicine. 2016;25: 105–12.

Kokkola O, Suominen AL, Qvintus V, Myllykangas R, Lahti S, Tolvanen M, Sipilä K. Efficacy of stabilisation splint treatment on the oral health-related quality of life-A randomised controlled one-year follow-up trial. J Oral Rehabil. 2018 May;45(5):355-62. doi: 10.1111/joor.12622

Lavigne GJ, Sessle BJ. The Neurobiology of Orofacial Pain and Sleep and Their Interactions. J Dental Res. 2016; Vol. 95(10): 1109 –16.

LeResche L, Saunders K, Von Korff MR, Barlow W, Dworkin SF. Use of exogenous hormones and risk of temporomandibular disorder pain. Pain. 1997;69(1–2):153–60.

Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc. 1993 Oct;124(10):115-21.

List T, Helkimo M. A scale for measuring the activities of daily living (ADL) of patients with craniomandibular disorders. Swedish Dent J.1995;19(1-2): 33–40.

Locker D,Slade G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. Community Dent Oral Epidemiol. 1988 Oct;16(5):310-3.

Machado KCG. Protocolo de Avaliação Fisioterapêutica em pacientes com desordens temporomandibulares. [Trabalho de Conclusão de Curso] Aracaju. Universidade Tiradentes;2000.

Manfredini D, Lobbezoo F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010; 109:e26-e50.

Marcus, D,A. Interrelationships of neurochemicals, estrogen, and recurring headache. Pain. 1995 Aug;62(2):129-39.

Michelotti A. Evaluation of the short-term effectiveness of education versus an occlusal splint for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles. JADA 2012;143;47-53.

Michelotti A . The additional value of a home physical therapy regimen versus patient education only for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: short-term results of a randomized clinical trial. J Orofac Pain. 2004; 18(2):114-25.

Miettinen O, Lahti S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. Acta Odonto.Scandinavica. 2012; 70: 331–6.

Moldofsky H. Sleep and pain. Sleep Med Rev. 2001 Oct;5(5):385- 96.

Oliveira B, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. Commun Dent Oral Epidemiol. 2005;33(4):307-14.

Okeson JP. Etiology and treatment of occlusal pathosis and associated facial pain. J Prosthet Dent. 1981;45(2):199-203.

Okesson JP (ed). Bell's orofacial pains. 6ª ed. Chicago: Quintessence; 2005. p.344,539.

Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7ª ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda; 2013.

Okeson JP. Tratamento da desordens temporomandibulares e oclusão. 4 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

Pereira FJ Jr, Vieira AR, Prado R, Miasato JM. Visão geral das desordens temporomandibulares. RGO. 2004; 52(2):117-21.

Pereira TC, Brasolotto AG, Conti PC, Berretin-Felix G. Temporomandibular disorders, voice and oral quality of life in women. J Appl Oral Sci 2009; 17(sp. issue):50-6.

Peuhkuri K, Sihvola N, Korpela R. Diet promotes sleep duration and quality. Nutr Res. 2012 May;32(5):309-19. doi: 10.1016/j.nutres.2012.03.009.

Riley JL 3rd, Myers CD, Currie TP, Mayoral O, Harris RG, Fisher JA, Gremillion HA, Robinson ME. Self-care behaviors associated with myofascial temporomandibular disorder pain. J Orofac Pain. 2007 Summer;21(3):194-202.

Riley JL 3rd, Benson MB, Gremillion HA, Myers CD, Robinson ME, Smith CL Jr, Waxenberg LB. Sleep disturbance in orofacial pain patients: pain-related or emotional distress? Cranio. 2001 Apr;19(2):106-13.

Romero-Reyes M, Uyanik J M. Orofacial pain management: current perspectives. J Pain Res. 2014 Feb 21;7:99-115. doi: 10.2147/JPR.S37593. eCollection 2014.

St-Onge MP, Mikic A, Pietrolungo CE. Effects of Diet on Sleep Quality. Adv Nutr. 2016 Sep 15;7(5):938-49. doi: 10.3945/an.116.012336. Print 2016 Sep. Review.

Sanders AE, Akinkugbe AA, Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD, Maixner W, Bair E, Slade GD. Causal Mediation in the Development of Painful Temporomandibular Disorder.J Pain. 2017 Apr;18(4):428-36. doi: 10.1016/j.jpain.2016.12.003.

Schiffman EL1, Fricton JR, Haley DP, Shapiro BL.The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 1990 Mar;120(3):295-303.

Schmitter M, Kares-Vrincianu A, Kares H, Bermejo JL, Schindler HJ. Sleep-associated aspects of myofascial pain in the orofacial area among Temporomandibular Disorder patients and controls. Sleep Med. 2015 Sep;16(9):1056-61. doi: 10.1016/j.sleep.2015.03.022.

Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. N Engl J Med. 2008 Dec 18;359(25):2693-705. doi: 10.1056/NEJMra0802472.

Segù M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. Minerva Stomatol. 2003 Jun;52(6):279-87.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997 Aug;25(4):284-90.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Commun Dent Oral Epidemiol, 1994;11(1):3-11.

Stohler CS, Zarb GA. On the management of temporomandibular disorders: A plea for a lowtech, high-prudencee approach. J Orofac Pain. 1999; 13:255-61.

Speculand B, Hughes AO, Goss AN: Role of recent stressful life events experience in the onset of TMJ dysfunction pain. Community Dent Oral Epidemiol.1984;12:19

Stowell AW, Gatchel RJ, Wildenstein MA. Cost-effectiveness of treatments for temporomandibular disorders – Biopsychosocial intervention versus treatment as usual. J Am Dent Assoc. 2007 Feb;138(2):202-8.

Truelove E, Huggins KH, Mancl L, Dworkin SF. The efficacy of traditional, low-cost and nonsplint therapies for temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. J Am Dent Assoc. 2006 Aug;137(8):1099-107; quiz 1169.

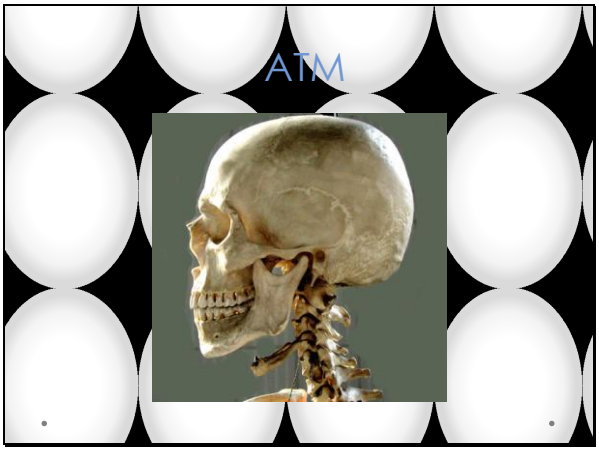
Wright EF, Domenech MA, Fischer JR Jr Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 2000 Feb;131(2):202-10.

Yatani H, Studts J, Cordova M, Carlson CR, Okeson JP. Comparison of sleep quality and clinical and psychologic characteristics in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2002;16(3):221-8.

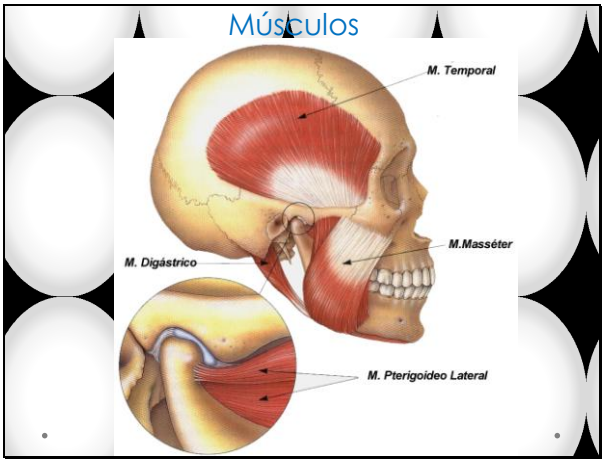
APÊNDICE A – Palestra ministrada

Slide 1

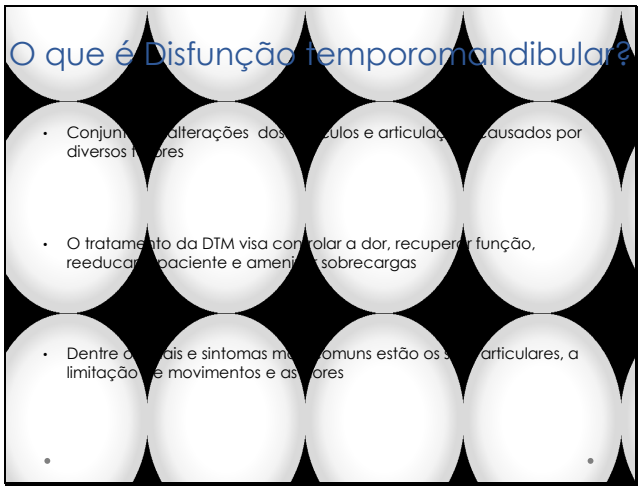
Slide 2



Slide 3



Slide 4



Slide 5

Slide 6

Slide 7

Slide 8

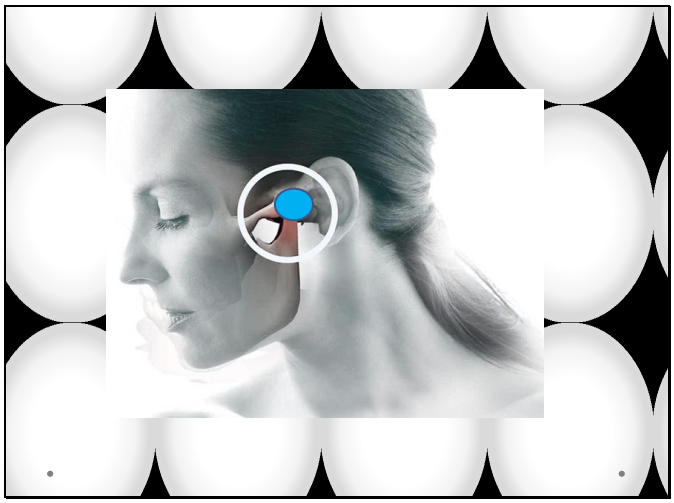
Slide 9

Slide 10

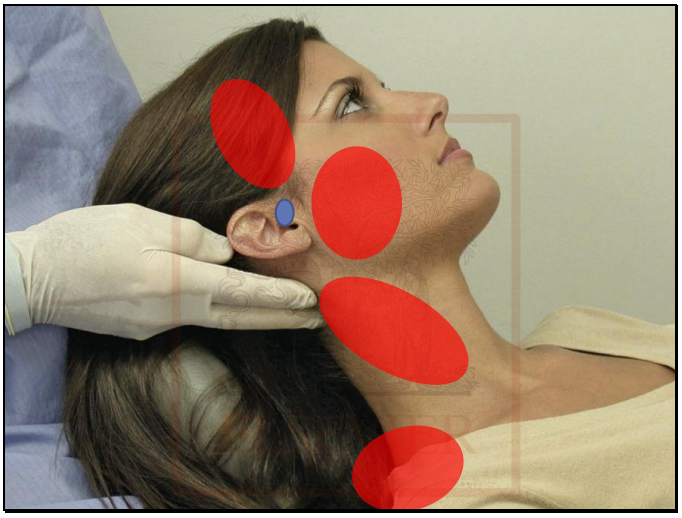
Slide 11

Slide 12

Slide 13



Slide 14



Slide 15

Orientações

- **Mante[illegible] boa postu[illegible]**
  - Mant[illegible]ndo boa postura [illegible]e cabeça, pesco[illegible]o e costas irá ajuda[illegible] a relaxar seus mús[illegible]culos da mandíbu[illegible]a.
- **Pratique exercícios aeróbicos**
  - Cam[illegible]adas e hidrogin[illegible]tica são excelen[illegible]s meios de aju[illegible] combater a s[illegible]or, além de m[illegible]ar a sua s[illegible]l.
- **Melho[illegible]eu sono**
  - Tente[illegible]er um sono neces[illegible]ário para descans[illegible]r. Evite dormir em posições que estiverem tensionando seus músculos da mandíbula e pescoço.

Slide 16

Slide 17

Slide 18

Slide 19

Orientações

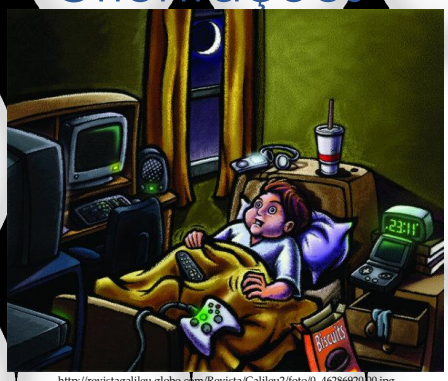
Fique no clima para a soneca

-Deixar su[illegible]o escuro na [illegible]sono é mui[illegible]tante

-Diminuir gra[illegible]ativamente a ilum[illegible]ação simula um an[illegible]tecer e o corpo compreende que está na hora de desligar.

Slide 20

Orientações



http://revistagalileu.globo.com/Revista/Galileu2/foto/0,,462869200,00.jpg

Na hora de dormir, esqueça seu computador, TV, celular e vídeo game

Slide 21

LEMBRE-SE:

A ***SEU COMPROMETIMENTO*** É MUITO **IMPORTANTE** PARA O **SUCESSO** DO SEU TRATAMENTO

Slide 22

APÊNDICE B - Educação do paciente e automanejo

1. Consciência dos hábitos: modificar os hábitos usando estratégias como lembretes visuais adaptados às atividades diárias (em casa, no carro, no trabalho, p. ex.), que levem a aumentar a percepção dos mesmos (apertar os dentes, morder lábios e língua, morder objetos, mascar chicletes, p.ex.).

2. Descansar os músculos e estruturas articulares afetadas: alimentar-se com alimentos pastosos e moles, falar menos, segurar o queixo ao bocejar, limitando a abertura. Realizar as funções apenas dentro dos limites da ausência de dor.

3. Fisioterapia:

3.1 Aplicação de calor úmido: é feito colocando-se uma toalhinha quente e úmida sobre a área sintomática, e uma bolsa de gel aquecido ou bolsa de água quente sobre a toalha para ajudar a manter o calor. Cada aplicação deve ser feita 2x ao dia, por 20 minutos, nas seguintes regiões:

( ) Têmpora ( ) lado direito ( ) lado esquerdo

( ) Lateral do rosto ( ) lado direito ( ) lado esquerdo

( ) Lateral do pescoço ( ) lado direito ( ) lado esquerdo

( ) Nuca

Massagear a região, após a aplicação do calor úmido, com as pontas dos dedos.

3.2 Aplicação de gelo: o gelo deve ser aplicado diretamente sobre a articulação temporomandibular (ATM), em movimentos circulares, sem pressão nos tecidos. Haverá inicialmente uma sensação desconfortável, que rapidamente vai se transformar em uma sensação de queimação. Quando começar o entorpecimento (sensação de anestesia), o gelo deve ser removido (não deixar o gelo sobre a região por um tempo maior que 5 a 7 minutos).

Então, haverá um período de aquecimento, e após esse período uma segunda aplicação pode ser feita.

( ) ATM direita ( ) ATM esquerda

( ) 1x ao dia ( ) 2x ao dia

APÊNDICE C - Ficha de coleta de dados

FICHA DE COLETA DE DADOS **(Auto- Manejo)**

EXAMINADOR 1

Paciente:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade:

ETAPA 1 (7 dias Auto-manejo)

Músculo	Direito	Esquerdo
Temporal Anterior		
Temporal Médio		
Temporal Posterior		
Masseter Superior		
Masseter Medio		
Masseter Inferior		
Lateral à cápsula articular		
Posterior à cápsula articular		
Total Pontos Álgicos		

Abertura Ativa (mm)		
Dor Presente (P) ou Ausente (A)		
Abertura Passiva (mm)		
Dor Presente (P) ou Ausente (A)		

EVA:

ETAPA 1 (15 dias Auto-Manejo)

Músculo	Direito	Esquerdo
Temporal Anterior		
Temporal Médio		
Temporal Posterior		
Masseter Superior Masseter Medio		
Masseter Inferior		
Posterior à cápsula articular		
Lateral à cápsula articular		
Total Pontos Álgicos		

Abertura Ativa (mm)		
Dor Presente (P) ou Ausente (A)		
Abertura Passiva (mm)		
Dor Presente (P) ou Ausente (A)		

EVA:

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

USP - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFICÁCIA DA TERAPIA PALIATIVA COM LASER NA EMISSÃO DO ESPECTRO VERMELHO, INFRAVERMELHO OU COMBINADOS NO TRATAMENTO DA DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO DUPLO CEGO

Pesquisador: Sabrina Araújo Pinho Costa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63648016.8.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.006.176

Apresentação do Projeto:

O sistema estomatognático é constituído por diversas estruturas responsáveis pelo desempenho das funções mastigatórias, de fonação, deglutição e respiração. Fazem parte desse complexo os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular e as estruturas músculo-esqueléticas associadas da cabeça e pescoço. A Academia Americana de Dor Orofacial(AAOP) define a disfunção temporomandibular(DTM) como sendo um conjunto de distúrbios que acometem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas; classifica ainda a DTM em dois grandes grupos: DTM muscular e DTM articular, com suas respectivas subdivisões. A maioria dos casos associados à DTM envolve desordens do tipo: a) musculares, a exemplo da mialgia e da dor miofascial

b) os desarranjos do disco articular, como os deslocamentos do disco e

c) alterações degenerativas da articulação temporomandibular (ATM), exemplificada pela osteoartrite, ou ainda pela combinação dos itens descritos. A literatura tem descrito alguns itens de consenso ao relacionar os sinais e sintomas da DTM, são eles: dor e desconforto nas regiões da articulação temporomandibular (ATM) e da musculatura mastigatória; dores associadas a ruídos articulares (estalos, estalidos e crepitação), além das limitações dos movimentos mandibulares

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_833161.pdf	29/03/2017 13:11:55		Aceito
Outros	autorizacaoclinica.pdf	29/03/2017 13:08:10	Sabrina Araújo Pinho Costa	Aceito
Folha de Rosto	folharostonova.pdf	29/03/2017 13:07:11	Sabrina Araújo Pinho Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SabrinaCostaProjetoLaser220217CERTO2.pdf	22/02/2017 22:20:28	Sabrina Araújo Pinho Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexobtcle22fev2017.pdf	22/02/2017 22:17:37	Sabrina Araújo Pinho Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pendenciasceppesquisadores220217.pdf	22/02/2017 22:16:00	Sabrina Araújo Pinho Costa	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 07 de Abril de 2017

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

ANEXO B - RDC/TMD

Nome_____ Prontuário/Matrícula n°
RDC n°
Examinador_____Data___/____/_____

HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO
Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.
1. Como você classifica sua saúde em geral?
1 ( ) Excelente 2 ( ) Muito boa 3 ( ) Boa 4( ) Razoável 5( ) Ruim
2. Como você classifica a saúde da sua boca?
1 ( ) Excelente 2 ( ) Muito boa 3 ( ) Boa 4( ) Razoável 5( ) Ruim
3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?
0 ( ) Não 1 ( ) Sim
[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 14.a**]
[Se a sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?
[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a]
[Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?
____ ano(s)
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?
____ mês(es)
5. A dor na face ocorre?
1 ( ) O tempo todo 2 ( ) Aparece e desaparece 3 ( ) Ocorreu somente uma vez
6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?
1( ) Não 2 ( ) Sim, nos últimos seis meses. 3( ) Sim, há mais de seis meses.

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?
NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL
8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?
NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL
9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?

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

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

_____ dias

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

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

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

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

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

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

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

0 ( ) Não 1( ) Sim

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

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

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. já teve

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente

artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

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

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

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

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

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

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

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 iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?
1 ( ) Excelente 2 ( ) Muito boa 3 ( ) Boa 4( ) Razoável 5( ) Ruim
22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?
1 ( ) Excelente 2 ( ) Muito boa 3 ( ) Boa 4( ) Razoável 5( ) Ruim
23. Qual a data do seu nascimento?
Dia ____ Mês ____ Ano _____
24. Qual seu sexo?
1 ( ) Masculino 2 ( ) Feminino
25. Qual a sua cor ou raça?
1 ( ) Negro 2 ( ) Branca 3 ( ) Parda 4 ( ) Amarela 5 ( ) Indígena
26. Qual a sua origem ou de seus familiares?
1 ( ) Índio 2 ( ) Português 3 ( ) Francês 4 ( ) Holandês 5 ( ) Espanhol
6 ( ) Africano 7 ( ) Italiano 8 ( ) Japonês 9 ( ) Alemão 10 ( ) Árabe
11 ( ) Outra, favor especificar _____ 12 ( ) Não sabe especificar
27. Até que ano da escola / faculdade você frequentou?
Nunca frequentei a escola 0 ( )
Ensino fundamental (primário) 1 ( ) 1ªSérie 2 ( ) 2ªSérie 3 ( ) 3ªSérie 4 ( ) 4ªSérie
Ensino fundamental (ginásio) 5 ( ) 5ªSérie 6 ( ) 6ªSérie 7 ( ) 7ªSérie 8 ( ) 8ªSérie
Ensino médio (científico) 9 ( ) 1ºano 10 ( ) 2ºano 11( )3ºano
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação) 12 ( ) 1ºano 13 ( ) 2ºano 14 ( ) 3ºano 15 ( )4ºano 16 ( )5ºano 17 ( )6ºano
28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?
0( ) Não 1 ( ) Sim
[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]
[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]
28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?
0( ) Não 1 ( ) Sim
[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]
[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]
28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?
1 ( ) Sim, procurando emprego 2 ( ) Sim, afastado temporariamente do trabalho
3 ( ) Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho
4 ( ) Não
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 casei
7( ) Morando junto

30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?
R$ _____,___
Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- □ Até ¼ do salário mínimo De ¼ a ½ salário mínimo
- □ De ½ a 1 salário mínimo De 1 a 2 salários mínimos
- □ De 2 a 3 salários mínimos De 3 a 5 salários mínimos
- □ De 5 a 10 salários mínimos De 10 a 15 salários mínimos
- □ De 15 a 20 salários mínimos De 20 a 30 salários mínimos
- □ Mais de 30 salários mínimos Sem rendimento

31. Qual o seu CEP?
_____-_____
Muito Obrigado.
Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

EXAME CLÍNICO
1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?
0 ( ) Nenhum 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
2.Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?

Direito	Esquerdo
0 ( ) Nenhuma	0 ( ) Nenhuma
1 ( ) Articulação	1 ( ) Articulação
2 ( ) Músculos	2 ( ) Músculos
3 ( ) Ambos	3 ( ) Ambos

3. Padrão de abertura:
0 ( ) Reto
1 ( ) Desvio lateral direito (não corrigido)
2 ( ) Desvio lateral direito corrigido (“S”)
3 ( ) Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
4 ( ) Desvio lateral esquerdo corrigido (“S”)
5 ( ) Outro tipo _____ (Especifique)
4. Extensão de movimento vertical
Incisivo superior utilizado 11 21
a. Abertura sem auxílio sem dor _____mm
b. Abertura máxima sem auxílio _____mm
Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
c. Abertura máxima com auxílio _____mm
Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
d. Trespasse incisal vertical _____mm

5. Ruídos articulares (palpação)
a. abertura

Direito	Esquerdo
0 Nenhum 1 Estalido 2 Crepitação grosseira 3 Crepitação fina	0 Nenhum 1 Estalido 2 Crepitação grosseira 3 Crepitação fina
_____ mm	_____ mm

b. Fechamento

Direito	Esquerdo
0 Nenhum 1 Estalido 2 Crepitação grosseira 3 Crepitação fina	0 Nenhum 1 Estalido 2 Crepitação grosseira 3 Crepitação fina
_____ mm	_____ mm
(Medida do estalido na abertura)	

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito	Esquerdo
0 Não 1 Sim 8 NA	0 Não 1 Sim 8 NA
(NA: Nenhuma das opções acima)	

6. Excursões
a. Excursão lateral direita _____mm
Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
b. Excursão lateral esquerda _____mm
Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos
c. Protrusão ____mm
Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

d. Desvio de linha média ____mm

1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 8( ) NA (NA: *Nenhuma das opções acima*)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

7.a Excursão Dir. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.b Excursão Esq. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.c Protrusão 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

Ruídos esquerdo

7.a Excursão Dir. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.b Excursão Esq. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.c Protrusão 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

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 palpações 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 palpações 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-hioideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) “Mandíbula/ região da garganta (área	0	1	2	3	0	1	2	3

entre a inserção do esternocleidomastoideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula).”								
h. Região submandibular (pterigoideo medial/ supra-hioideo/ 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. Pólo 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 pterigoideo 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 coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo).”	0	1	2	3	0	1	2	3

ANEXO C - Escala visual analógica

ANEXO D - OHIP-14

QUESTIONARIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA SAUDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Abaixo serão feitas perguntas sobre como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a freqüência com que elas interferem na sua vida, ou seja, nunca, raramente, às vezes, constantemente ou sempre, em relação ao último mês. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

PERGUNTAS	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	CONSTANTE-MENTE	SEMPRE
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
3.Você já sentiu dores fortes em sua boca?					
4.Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
5.Vocêtem ficado pouco à vontade por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
7.Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
10. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
12. Você tem tido dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
13. Você já sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					

ANEXO E - Índice da qualidade do sono de Pittsburgh

Nome_____n_____

data____/_____/_____

Índice da qualidade do sono de Pittsburgh

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono **durante o último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do ultimo mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

Idade:

1. Durante o último mês, qual sua hora usual de deitar?

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono?

3. Durante o último mês, qual horário você se levantou?

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama):

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir:

A) não conseguiu adormecer em até 30 minutos
1 = nenhuma no último mês
2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

B) Acordou durante a noite ou de manhã cedo

1 = nenhuma no último mês
2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

C) precisou levantar para ir ao banheiro
1 = nenhuma no último mês
2 = menos de uma vez por semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

D) não conseguiu respirar confortavelmente
1 = nenhuma
2= no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana

E) tossiu ou roncou forte
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana

F) Sentiu muito frio
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana

G) sentiu muito calor
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana

H) teve sonhos ruins
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana

I) teve dor
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

J) outras razões, por favor descreva:

6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:
1 = Muito boa
2 = Boa
3 = Ruim
4 = Muito ruim

7. Durante o último mês, com que frequencia você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria)

1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

1.

8. No último mês, que frequencia você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?
Nenhuma dificuldade
Um problema leve
Um problema razoável
Um grande problema

10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?
A) Não
B) Parceiro ou colega, mas em outro quarto
C) Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama
D) Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto pergunte a ele com que freqüência, no ultimo mês você apresentou:

E) Ronco forte
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

F) Longas paradas de respiração enquanto dormia
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

G) contrações ou puxões de pernas enquanto
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

D) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono
1 = nenhuma
2 = no último mês semana
3 = uma ou duas vezes por semana
4 = três ou mais vezes na semana

E) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme, por favor descreva: