

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ALESSANDRA MARIA GRANDO
ALICE PAIM DE OLIVEIRA

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS RDC/DTM EM PACIENTES TRATADOS PARA
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Porto Alegre
2015

ALESSANDRA MARIA GRANDO
ALICE PAIM DE OLIVEIRA

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS RDC/DTM EM PACIENTES TRATADOS PARA
DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian Chiada Mainieri

Porto Alegre
2015

CIP- Catalogação na Publicação

Grando, Alessandra Maria

Análise dos questionários RDC/DTM em pacientes tratados para disfunções temporomandibulares / Alessandra Maria Grando, Alice Paim de Oliveira. – 2015.

57 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

Orientadora: Vivian Chiada Mainieri

1. Desordens temporomandibulares. 2. Dor orofacial. 3. Bruxismo. I. Oliveira, Alice Paim de. II. Mainieri, Vivian Chiada. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

À esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram, contribuíram e enriqueceram nossos conhecimentos em toda nossa vida acadêmica.

À nossa querida orientadora Professora Vivian Mainieri, que durante esta trajetória nos mostrou o caminho, ensinando-nos a trilhá-lo. Transmitindo além dos conhecimentos científicos, lições de conduta, respeito ao próximo e amizade.

Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, os quais nos serviram de exemplos e de metas a serem conquistadas.

Aos nossos irmãos pelo carinho e apoio de sempre.

Aos amigos que fizemos durante a faculdade, assim como os amigos de longa data, que nunca deixaram esquecer o quanto é importante estar cercado de pessoas positivas e que uma vida sem diversão não faz sentido.

Aos participantes da pesquisa que, com dedicação e carinho, contribuíram para o sucesso desse estudo.

*“Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridade, os sonhos não se tornam reais.
Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e
corra riscos para executar seus sonhos.
Melhor é errar por tentar, do que errar por se omitir”.*
Augusto Cury

RESUMO

GRANDO, Alessandra Maria; OLIVEIRA, Alice Paim de. **Análise dos questionários RDC/DTM em pacientes tratados para disfunções temporomandibulares.** 2015. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Uma parcela da população tem bruxismo, que é o ato de ranger ou apertar os dentes, isso pode ocorrer conscientemente ou não. Esta atividade é uma parafunção que tem maior prevalência à noite. O bruxismo pode provocar dores musculares e articulares, além de outros problemas como, a cefaleia. Este estudo visou avaliar o efeito do tratamento multidisciplinar de 20 pacientes que apresentavam dores provocadas pela disfunção temporomandibular. Para esta análise foi utilizado o RDC / DTM, que é um questionário contendo 31 itens e 1 exame clínico. Após a mensuração dos dados, concluímos que houve uma diminuição da dor após o tratamento, além de proporcionar uma maior amplitude dos movimentos mandibulares.

Palavras-chave: Desordens Temporomandibulares. Dor Orofacial. Bruxismo.

ABSTRACT

GRANDO, Alessandra Maria; OLIVEIRA, Alice Paim de. **Analysis of the questionnaires RDC / TMD in patients treated for temporomandibular disorders.**2015. 57 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

A portion of the population has bruxism, which is the ranger act or clenching, this can occur consciously or not. This activity is a parafunction that is more prevalent at night. Bruxism can cause muscle and joint pain, and other problems like the headache. This study aimed to evaluate the effect of the multidisciplinary treatment of 20 patients with pain caused by temporomandibular dysfunction. For this analysis we used the RDC / TMD, which is a questionnaire containing 31 items and one clinical examination. After the measurement data, we concluded that there was a decrease in pain after treatment, as well as providing a greater range of mandibular movements.

Keywords: Temporomandibular Disorders. Orofacial Pain. Bruxism.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES E BRUXISMO	7
1.2	QUESTIONÁRIO RDC-DTM	13
2	OBJETIVOS	16
3	METODOLOGIA;	17
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA E AMOSTRA	17
3.1.1	Critérios de Inclusão	17
3.1.2	Critérios de Exclusão	17
3.2	PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.	18
3.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	19
4	RESULTADOS	21
5	DISCUSSÃO	25
6	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33
	ANEXO B - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA DAS DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES (RDC/ TMD) EIXOS I E II	37
	ANEXO C - ESCALA ANÁLOGA VISUAL	53
	ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	54
	ANEXO E – DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	57

1 INTRODUÇÃO

O termo disfunção temporomandibular (DTM) pode ser definido como um conjunto de manifestações clínicas de má função mandibular, associadas ou não à dor, que são ocasionadas por agentes agressores à integridade morfológica ou funcional do sistema temporomandibular, composto por músculos mastigatórios, articulações temporomandibulares (ATM), tendões e ligamentos associados. Mais comum entre as mulheres de 20 a 40 anos, os sintomas podem incluir estalos articulares; restrições de abertura, fechamento, protrusão, retrusão e lateralidades mandibulares; dores de cabeça e de pescoço e rigidez articular (OKESON et al., 1990; OKESON; PHILIPS; BERRY, 1991).

1. 1 DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES E BRUXISMO

Chama-se de bruxismo uma atividade sonora dos dentes, mais frequente no período noturno que pode ser observado em sujeitos dentro de um contexto emocional, principalmente com manifestações de ansiedade e de estresse ou com uma doença dentária (OKESON; PHILIPS; BERRY, 1991).

O bruxismo é o movimento rítmico de atrito dos dentes durante o sono com produção de ruídos. Ocorre por despertar parcial durante o estágio II do sono NREM ou durante o sono REM. Pode também ocorrer em vigília. Como decorrência do esforço muscular do masseter pode ocorrer cefaleia, dor facial, desgaste dentário ou da articulação temporomandibular. A incidência anual de algum episódio de bruxismo é de 10 a 15%, para a faixa etária de 5 a 20 anos, a mais acometida. O diagnóstico clínico é geralmente fácil, embora por vezes possa ficar mascarada pela queixa de cefaleia, alteração dentária ou de outros movimentos corpóreos anômalos concomitantes (OKESON; PHILIPS; BERRY, 1991).

No ano de 1968, Reding et al., realizou um estudo onde realizou o monitoramento noturno através de eletromiografia (EMG), eletrooculograma (EOG) e de eletroencefalograma (EEG) em dois grupos, um composto por 40 indivíduos bruxômanos e outro composto por 18 pacientes representando o grupo controle. Os pesquisadores observaram que o bruxismo ocorreu em todas as fases do sono e predominantemente no estágio II do sono NREM, os mesmos relataram a presença de

frequência cardíaca aumentada. Os autores sugeriram que mais estudos fossem realizados em laboratórios do sono por noites consecutivas e que o bruxismo noturno e diurno devem ser estudados separadamente, pois o bruxismo noturno, com resultados de apenas uma noite de sono em laboratório, pode gerar resultados não confiáveis.

Rugh et al., em 1975, realizaram um trabalho no qual registravam a atividade do músculo masseter na residência do paciente. Os autores desenvolveram essa unidade móvel que fornecia um registro elétrico de $20\mu\text{V}$ acumulados durante a noite. Os autores utilizavam essa faixa, pois presumiam como sendo a partir desta que os pacientes desenvolveriam bruxismo. Os autores através desse método notaram algumas limitações como, por exemplo, o fato de que o bruxismo não era mensurado segundo a segundo e eles não podiam estabelecer uma correlação entre a atividade motora e os estágios do sono.

Um estudo realizado em 1990, pelos autores Okeson et al., recrutou 30 pacientes (19 homens e 11 mulheres) com idades variando entre 60 e 87 anos os quais foram avaliados durante uma noite em laboratório do sono. Além do exame polissonográfico foi avaliada a atividade unilateral do músculo masseter. Foram registrados um total de 394 episódios de contrações do músculo masseter com uma média de 3.03 episódios por hora ou a cada 19 minutos. Os pesquisadores puderam observar uma tendência maior na produção dos eventos de bruxismo durante o sono REM em relação ao sono NREM.

Okeson, Philips e Berry (1991) registraram os incidentes de bruxismo noturno durante o sono por uma noite em um grupo de 12 pacientes com alterações respiratórias e 12 pacientes do grupo controle. Os autores observaram nos resultados que os episódios de bruxismo são muito comuns em ambos os grupos e relacionados à interrupção do sono. Os incidentes de bruxismo ocorreram principalmente na primeira e segunda fase do sono e durante o sono REM, enquanto que raramente ocorriam na terceira e quarta fase do sono. Os pacientes apresentaram mais episódios de bruxismo quando dormiam de decúbito ventral do que de lado.

Sjöholm et al., em um estudo em 1992, registraram a atividade motora noturna associada com o bruxismo, durante o sono, em 12 pacientes e 12 indivíduos que representavam o grupo controle por meio de eletromiografia do músculo masseter e por um aparato estático e sensível a cargas que detectavam os movimentos do paciente enquanto dormia. Os resultados obtidos sugerem que o distúrbio motor do bruxismo, não está limitado aos músculos mandibulares, mas é uma forma de atividade motora elevada do corpo em geral. Os pacientes com bruxismo reclamaram frequentemente de

dificuldades para iniciar o sono e que sofriam de extrema fadiga. Os autores ressaltaram ainda que as evidências foram mais claras nos movimentos corporais temporários associados ao aumento da EMG durante o primeiro estágio do sono.

Velly Miguel et al. (1992), observaram que os episódios de bruxismo ocorreram principalmente nos estágios I e II do sono NREM. Esses autores realizaram um estudo de diferenciação dos padrões comportamentais durante o sono os quais pudessem ser confundidos com bruxismo através de exame polissonográfico. Para essa pesquisa os autores selecionaram cinco pacientes com bruxismo para a realização do exame polissonográfico. Os pacientes foram filmados com uma câmera de captação infravermelha. Os pesquisadores puderam observar outros tipos de movimentos orofaciais não relacionados ao bruxismo para que apenas critérios de EMG sejam usados para registros. Esses resultados salientam a importância de registros polissonográficos noturnos para diagnóstico de bruxismo e pesquisas clínicas do bruxismo.

Segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, o bruxismo relacionado ao sono é um distúrbio com movimentos estereotipados de ranger ou apertar os dentes durante o sono, sendo classificado dentro das parassônias. Quanto ao estágio de sono que ocorre o ranger dos dentes, estudos recentes sugerem que possa ocorrer tanto durante o sono REM como nos estágios NREM (LAVIGNE; ROMPRE; MONTPLAISIR, 1996). Esses autores realizaram este estudo com uma amostra de 18 indivíduos com bruxismo e 18 indivíduos sem bruxismo com idades variando entre 20 e 45 anos. A polissonografia foi realizada por duas noites seguidas no laboratório do sono. A primeira tinha o objetivo de proporcionar a adaptação do paciente e captar o padrão de suas desordens do sono e na segunda noite era então realizada a coleta dos dados experimentais. Os pesquisadores puderam observar uma atividade orofacial motora maior nos pacientes com bruxismo em relação aos indivíduos sem bruxismo. Os autores também puderam verificar que há episódios de atividade rítmica dos músculos mastigatórios (ARMM) durante o sono tanto de indivíduos com ou sem bruxismo, sendo que o que diferencia um grupo do outro é a frequência dos eventos.

McGuire e Nunn realizaram um estudo em 1996 onde avaliaram os efeitos dos parâmetros clínicos na manutenção dentária. O trabalho foi realizado com uma amostra de 100 pacientes tratados periodontalmente e foram analisados os dentes perdidos por esses pacientes. Para essa análise os autores utilizaram uma série de parâmetros clínicos para determinar a atribuição de um prognóstico acurado na conservação dentária.

Muitos estudos relacionaram o prognóstico dentário nas condições particulares dos dentes. Esse estudo analisou a manutenção dentária e sua relação com parâmetros clínicos. Nele os autores relacionaram o bruxismo como um dos parâmetros clínicos a serem observados na manutenção dentária visto que o bruxismo gera sensibilidade dentária, desgaste, fraturas, acometendo a longevidade dos elementos dentários.

Ikeda e al., em 1996, realizaram um trabalho com uma amostra de nove indivíduos (cinco homens e quatro mulheres). O trabalho consistiu na realização de exames polissonográficos por quatro noites consecutivas em todos os pacientes. Os autores notaram que nas duas primeiras noites houve uma variação grande do bruxismo e que houve um aumento significativo nas duas noites consecutivas. Os autores registraram os níveis de contrações em todos os pacientes e escolheram o valor mais frequente. Os autores elegeram o valor de 10% da contração máxima voluntária para a média eletromiográfica integral suavizada.

Um estudo realizado por Dal Fabbro (1997) procurou mostrar a variabilidade do bruxismo noturno em um paciente por 30 noites consecutivas por meio de polissonografia noturna e avaliação psicológica. Um paciente adulto (sexo masculino, 33 anos) com queixas de desgaste dental e desconforto muscular foi selecionado respeitando-se os critérios para diagnóstico descrito pela American Sleep Disorders Association (ASDA) em 1990. O paciente apresentava ainda ruídos associados com bruxismo durante o sono relatado por familiares. O paciente foi submetido a uma polissonografia prévia para confirmação do bruxismo e a possível associação com outros distúrbios de sono. Foi utilizado um sistema SAC da Oxford Medical com 15 canais para polissonografia convencional adicionado de EMG bilateral do músculo masseter e microfone para detecção dos ruídos provocados quando os pacientes executavam os movimentos de ranger os dentes. Nesse exame prévio foi confirmado o diagnóstico de bruxismo e ausência de outro distúrbio durante o sono. Após 15 dias, o experimento começou com uma noite de adaptação e testes psicológicos (idade, traço e estado) seguida por 30 noites consecutivas com polissonografia. Toda a noite, antes de dormir o paciente marcava seu estado de ansiedade numa linha de 100 mm. Os resultados obtidos na idade, traço e estado foram de 31 e 36 respectivamente e indicam que o paciente avaliado não apresenta traço ou estado ansioso.

Shinkai et al. (1998) estudaram a prevalência de bruxismo excêntrico noturno e suas características em 213 crianças de 2 a 11 anos. Dessas crianças 130 foram atendidas na Faculdade de Odontologia da UNICAMP e 83 em consultório particular.

As crianças foram divididas em cinco faixas etárias. Os dados foram coletados por duas examinadoras calibradas e a entrevista foi realizada com o responsável pela criança. Os resultados foram analisados utilizando-se o teste Qui-quadrado com correção de Yates e de Kruskal-Wallis. Os autores relataram a dificuldade de comparação da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos devido a várias metodologias aplicadas na literatura. Entre os bruxômanos (N=61) 27, 8% eram crianças ansiosas, 31,1% eram hiperativas e 51% tinham infecções alérgicas respiratórias. Em relação à idade observou-se uma maior prevalência do bruxismo em crianças de 2 a 5 anos e de 10 a 11 anos.

Molina et al. (2000) realizaram um estudo para avaliar o perfil de pacientes portadores de disfunções temporomandibulares, bruxismo e pacientes com ausência de bruxismo. A amostra foi composta por 340 indivíduos com distúrbios temporomandibulares, 275 pacientes portadores de bruxismo e 65 indivíduos sem bruxismo. Os autores evidenciaram que os portadores de bruxismo podem ser caracterizados como indivíduos que apresentam uma forte tendência ao uso de analgésicos, anti-inflamatórios, miorrelaxantes, antidepressivos e placas de mordida antes da consulta inicial para diagnóstico e tratamento mais procedente. Constataram que seus pacientes acreditavam que os sinais e sintomas podiam ser eliminados com o uso de medicação; apresentaram uma ideia vaga sobre seus distúrbios e sobre os profissionais que devem ser consultados para obter-se um diagnóstico, plano de tratamento e, finalmente, apresentaram dor como queixa principal, confirmando achados prévios da literatura.

Os pacientes com bruxismo do sono, geralmente mostram uma incidência mais elevada da atividade rítmica dos músculos mastigatórios durante o sono do que grupos controle normais e são considerados pacientes com boa qualidade de sono. A macroestrutura do sono (tempo do sono, latência do sono, número de despertares, latência do estágio REM e a duração do estágio de sono) é similar entre grupos. As diferenças de microestrutura do sono entre pacientes com bruxismo e normais foram investigadas somente em poucos estudos.

Lavigne et al., em 2001, escreveram um artigo com o objetivo de avaliar ARMM em pacientes com bruxismo e sem bruxismo. Esse estudo foi realizado através de exames polissonográficos em que o paciente dormiu apenas uma noite no laboratório do sono. A amostra era constituída por 82 pacientes sem bruxismo (grupo controle) e 33 com bruxismo que formavam o grupo experimental. Dos 82 pacientes

do grupo controle 44 eram mulheres e 38 homens com uma idade média de 40 anos, sem bruxismo e com ausência de DTM. O grupo experimental era composto por 15 mulheres e 18 homens com hábito de ranger os dentes pelo menos três vezes na semana. Além desses sinais os pacientes apresentavam dor e fadiga muscular, desconforto e desgastes dentários. Os autores observaram que 60% dos indivíduos do grupo controle tinham episódios de ARMM, no entanto com menor frequência que os pacientes bruxômanos, além disso, os grupos não se diferenciavam quanto a organização do sono. Outra observação é que tanto nos pacientes bruxômanos como nos não bruxômanos a ARMM do músculo masseter estava sempre associada à ativação dos músculos supra-hióideos. Os autores sugeriram que essa alta atividade observada em indivíduos sem bruxismo esteja relacionada a atividades fisiológicas.

Em uma revisão de literatura extensa sobre o bruxismo, Oliveira (2002) relatou que o bruxismo que ocorre na fase REM é mais destrutivo e com mais sintomatologia; quadros de bruxismo acentuados durante o sono estão associados à redução do estágio REM; a posição de dormir pode exercer força lateral na mandíbula, rangendo mais quando dorme de lado do que de decúbito ventral, contribuindo fortemente para a gravidade do bruxismo noturno; 10% dos pacientes bruxômanos relataram a síndrome das pernas inquietas e 15 % dos indivíduos que queixaram-se de movimentos das pernas na síndrome das pernas inquietas rangiam os dentes.

Os autores Lavigne et al., em 2003, escreveram uma revisão sobre os mecanismos neurobiológicos que envolvem o bruxismo do sono. Os autores relatam nesse artigo que 8% da população adulta possui bruxismo do sono e está associada à atividade rítmica dos músculos mastigatórios caracterizados pelas contrações repetitivas do músculo masseter. As consequências do bruxismo noturno são dores articulares, dores de cabeça, limitações no movimento mandibular assim como desgastes dentários e sons de ranger os dentes que são incômodos para os companheiros de quarto. O bruxismo noturno é provavelmente uma manifestação extrema da atividade dos músculos mastigatórios que ocorre durante o sono na maioria dos indivíduos normais desde que ARMM são observados em 60% dos indivíduos normais sem estar associado ao som de ranger os dentes.

Huynh et al., em 2006, realizaram um estudo de revisão de literatura comparando os vários tratamentos indicados para pacientes com bruxismo do sono. Analisando todos os estudos, esses autores chegaram à conclusão que as placas de

avanço mandibular seguido do Clodine são os tratamentos mais promissores. Mas, os autores relatam que ambos possuem alguns efeitos indesejáveis como o desconforto das placas de avanço mandibular e a hipotensão provocada pelo Clodine pela manhã.

Ommerborn et al., em 2007, realizaram um estudo in vivo avaliando lesões cervicais não cariosas em indivíduos com bruxismo noturno. A amostra foi composta por 91 voluntários, 58 mulheres e 33 homens com as idades variando de 20 a 29 anos. Os indivíduos foram divididos em 2 grupos de 58 indivíduos com bruxismo noturno e 33 indivíduos que formavam o grupo controle. O exame dentário foi realizado por um cirurgião-dentista calibrado analisando: média de número de dentes, a existência ou a ausência de lesões cervicais não cariosas, a frequência dessas lesões relacionadas a um tipo de dente, tipo de oclusão guiada, existência de deslize de oclusão cêntrica para máxima intercuspidação e presença de hipersensibilidade dentária. Os resultados foram avaliados através do uso dos testes Qui-quadrado e Mann-Whitney. Os autores obtiveram o seguinte resultado: as lesões não cariosas cervicais foram significativamente mais prevalentes em pacientes com bruxismo do sono do que no grupo controle.

Diversos autores salientam mais a influência da personalidade do indivíduo que tem predisposição ao bruxismo do que o estresse que ele enfrenta. Os pacientes bruxômanos seriam perfeccionistas, exigentes consigo mesmos, competindo com o tempo. Outras características de personalidade sugerem que seriam mais introvertidos, apresentam dificuldade em reagir a situações de frustrações, dirigem a hostilidade para si, são mais irritáveis, agressivos, possuem uma tendência maior a desenvolver quadros depressivos, doenças psicossomáticas, instabilidade emocional do que os sujeitos assintomáticos (LAVIGNE, 2001; OLIVEIRA, 2002).

Uma vez que o bruxismo é um distúrbio complexo e multifacetado requer um tratamento multifatorial. O tratamento odontológico requer uma correção da oclusão dentária com a utilização de placas para proteção dos dentes. Somado ao tratamento médico para outras condições associadas.

1.2 QUESTIONÁRIO RDC-DTM

A dor crônica é uma das mais frequentes características da DTM e geralmente está acompanhada de fenômenos vegetativos como: distúrbios do sono e apetite, redução da libido, aumento da irritabilidade, os quais são indicadores da depressão.

A prevalência dos sinais e sintomas da DTM na população em geral varia de acordo com as diferentes investigações (ABOU-ATME; ZAWAWI; MELIS, 2006). De acordo com a *American Academy of Orofacial Pain* (1996), 40 a 75% da população apresentam um sinal de DTM e 33% pelo menos um sintoma.

Existem divergências entre os pesquisadores em relação à etiologia, diagnóstico e tratamento das disfunções temporomandibulares em virtude da falta de padronização dos procedimentos de avaliação (MEDLLICOTT; HARRIS, 2006).

Em função da necessidade de padronizar os métodos de diagnóstico para DTM, Dworkin e LeResche (1992) criaram o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/DTM), esse instrumento é dividido em dois eixos de avaliação, o Eixo I que avalia as condições físicas da DTM e o Eixo II que considera o relato de dor e o *status* psicológico (depressão e sintomas físicos não específicos).

Segundo Dworkin e LeResche (1992), o diagnóstico do eixo I é dividido em três grupos:

Grupo I – Diagnóstico de disfunção muscular:

a- Dor miofascial: dor de origem muscular incluindo queixa de dor espontânea e dor à palpação.

b- Dor miofascial com limitação de abertura: movimento limitado e rigidez do músculo durante o alongamento na presença de uma dor miofascial.

Grupo II – Alterações no deslocamento do disco:

a- Deslocamento do disco com redução: o disco encontra-se deslocado da sua posição entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, porém reduções na abertura completa frequentemente resultam em ruído.

b- Deslocamento do disco sem redução, com abertura limitada: o disco é deslocado da posição normal entre côndilo e a fossa para uma posição anterior e medial ou lateral, associada com depressão mandibular limitada.

c- Deslocamento do disco sem redução sem limitação de abertura: disco é deslocado de sua posição normal entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, não associada com abertura limitada.

Grupo III - Artralgia, artrites, artroses:

a- Artralgia: dor e sensibilidade na cápsula articular e/ou no revestimento sinovial da ATM.

b- Osteoartrite da ATM: condição inflamatória dentro da articulação que leva a condição degenerativa das estruturas articulares.

c- Osteoartrose da ATM: disfunção degenerativa da articulação na qual a forma e a estrutura da articulação são anormais.

O Eixo II é um questionário que permite avaliar e classificar a severidade global das condições de dor em termos de: intensidade de dor, dor relacionada à disfunção, depressão e sintomas físicos não específicos. É composto por sete questões sobre graduação de dor crônica, três para intensidade de dor crônica, 20 sobre depressão, 12 para sintomas físicos não específicos com dor incluída e sete para sintomas físicos não específicos sem dor incluída.

Manfredini, Chiappe e Bosco (2006) avaliaram 377 pacientes italianos com DTM por meio do RDC e observaram que, 38,2% dos indivíduos apresentaram disfunção muscular, 52,3% deslocamento do disco e 52,6% artralgia, osteoartrite ou osteoartrose.

Campos et al. (2007) aplicaram RDC/TMD versão em português, em 109 indivíduos com DTM e reaplicaram em 36 indivíduos para testar a consistência interna e reprodutibilidade do RDC/DTM – Eixo II. O método obteve excelente validade interna, excelente confiabilidade intra-examinador para as questões referentes ao tempo de presença da dor e sua graduação, e boa para as questões referentes à dor presente. Concluíram que a versão em português do RDC/TMD é confiável para detecção das alterações psicológicas e psicossociais associadas à DTM.

Dworkin et al. (2002) avaliaram a confiabilidade, validade e utilidade clínica do Eixo II – RDC/DTM. Os resultados revelaram boa para excelente confiabilidade, validade e utilidade clínica das medidas de depressão, somatização e graduação da dor crônica. Os autores concluíram que as medidas do Eixo II demonstram propriedade psicométricas válidas para avaliação e acompanhamento de pacientes com DTM.

Lucena et al. (2006) avaliaram a validade da versão em português do RDC/DTM – Eixo II em 155 pacientes com sinais e sintomas da DTM. A versão em português foi considerada consistente, reprodutível e válida. Concluíram que o RDC/DTM versão em português é reprodutível e válido para a população brasileira.

2 OBJETIVOS

Esse estudo visou analisar os resultados obtidos em 20 pacientes submetidos somente ao tratamento conservador para DTM de uma amostra maior submetida a tratamento multidisciplinar antes e após o uso de placas mio-relaxantes. Mensurando a dor muscular em região de músculo masseter, temporal, trapézio e esternocleidomastoideo antes e após o tratamento.

3 METODOLOGIA

Nesta pesquisa foram recrutados pacientes diagnosticados com bruxismo, que receberam tratamento conservador. Esses leram e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e após foram submetidos ao questionário RDC/DTM, que através deste foi possível mensurar a dor e amplitude de movimentos mandibulares antes e após o tratamento multidisciplinar.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA E AMOSTRA

Uma amostra desse estudo clínico randomizado de vinte pacientes foram selecionados e diagnosticados com DTM junto à disciplina de disfunção temporomandibular e dor orofacial da Faculdade de Odontologia da UFRGS sem necessidade de controle de sexo, idade e medidas craniométricas semelhantes, pois o paciente foi o controle dele mesmo (LAVIGNE et al., 2001; LAVIGNE et al., 2003; NISHIGAWA et al., 2001). Todos estes pacientes procuraram a clínica de disfunção temporomandibular e dor orofacial da Faculdade de Odontologia da UFRGS e foram diagnosticados através do questionário RDC-DTM e pelo fato de se enquadrarem nos critérios de inclusão da pesquisa foram convidados a participar.

Este foi um estudo “antes e depois” onde cada participante foi o controle dele mesmo. Os primeiros 5 pacientes foram examinados individualmente, com a finalidade de estabelecer um plano piloto de pesquisa, bem como calibrar o operador para evitar variabilidades durante o exame da coleta de dados (OKESON et al., 1990; OKESON; PHILIPS; BERRY, 1991; DUTRA et al., 2008; LAVIGNE et al., 2008).

3.1.1 Critérios de Inclusão

- a) Pacientes Portadores de Bruxismo;
- b) Pacientes Portadores de dores musculares em região dos músculos (masseter, temporal, trapézio e esternocleidomastoideo);
- c) Pacientes que façam uso de placa mio-relaxante acrílica rígida por 1 ano ou mais.

3.1.2 Critérios de Exclusão

- a) Pacientes que estejam utilizando aparelhos ortodônticos para correções dentárias;
- b) Pacientes que fizeram cirurgias de face ou ortognática a menos de 2 anos;

- c) Pacientes em Tratamento para periodontite severa.
- d) Pacientes com diagnóstico de artralgia, artrite ou artrose.

3.2 PROCEDIMENTOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Instrumentos de coleta de dados: Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (RDC/ DTM) Eixos I e II (ANEXO A, B e C).

Procedimentos de coleta de dados: Os sujeitos deste estudo foram recrutados a partir dos pacientes com DTM pelo serviço da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Um total de 20 pacientes consecutivos com idades entre 18 e 60 anos participaram da pesquisa após o diagnóstico de DTM através do RDC/ DTM versão brasileira.

Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (RDC/ DTM) Eixos I e II:

O RDC/ DTM é composto por um questionário de 31 itens e um exame clínico com 10 itens. Todos esses itens estão relacionados aos sinais e sintomas do paciente; às limitações funcionais da mandíbula; e aos dados sócio-demográficos, sócio-econômicos, psicológicos e psicossociais. Essas informações podem ser utilizadas de duas maneiras. A primeira como Eixo I que visa a avaliação clínica (Figura A e B) e classificação da DTM, e a segunda que seria o Eixo II que propõe um protocolo de pontuação para a dor crônica avaliada podendo se quantificar os acometimentos psicossociais e mostrar um perfil do avaliado.

Figura A – exame clínico



Mensuração da abertura bucal

* Foto de Vivian Chiada Mainieri

Figura B – exame clínico



Palpação pré-auricular

* Foto de Vivian Chiada Mainieri

Essa classificação foi proposta no intuito de fornecer critérios padronizados para fins de pesquisa, baseados no estágio atual do conhecimento sobre as DTM. É importante enfatizar que os critérios de classificação e os métodos de avaliação foram criados para maximizar a confiabilidade das pesquisas e minimizar a variabilidade nos métodos de exame e no julgamento clínico que possam influenciar o processo de classificação. Sendo assim, os critérios de classificação são para fins de pesquisas clínicas e epidemiológicas.

Este sistema de diagnóstico, como é proposto, não é hierárquico e permite a possibilidade de múltiplos diagnósticos para um mesmo indivíduo. Nesse projeto foram analisados os itens do RDC que envolveram principalmente dores musculares e a sua melhora antes e após o tratamento.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A fórmula para o cálculo de amostragem para duas médias independentes entre os grupos I (teste antes do uso) e II (depois do uso do aparelho intra-oral) foi a seguinte: $n/grupo = 2[(Z_{(\alpha)} + Z_{(\beta)}) \sigma/\Delta]^2$; na qual, n = é o número estimado de indivíduos em cada grupo, Z_{α} = valor da distribuição normal padrão correspondente ao nível de significância de alfa (ex., 1.96 para um teste de duas direções em um nível de 0.05), Z_{β} =

valor da distribuição normal padrão correspondente ao desejado nível de poder estatístico (ex., 0.84 para um poder de 80%), $\sigma^2 =$ amostragem da variância presumindo uma variabilidade igual entre os dois grupos, e $\Delta =$ suposta diferença esperada. O tamanho da amostra foi calculado usando as médias e desvios-padrão dos resultados de um estudo semelhante previamente feito (MARKLUND, 1998), chegando-se ao número de 20 indivíduos. O número foi aumentado para 50 para compensar por perdas na reavaliação. O cálculo foi refeito após os primeiros testes e re-testes para averiguação.

Para obtenção dos dados foi utilizado o programa SPSS 17.0. Os resultados foram testados estatisticamente e analisados para ver se houve diferença entre as duas médias, de amostras não independentes e o que vem a ser um exemplo típico de um estudo comparativo de uma amostragem prévia em relação à outra obtida após a realização de uma série de experimentos, atualizados estatisticamente pelo emprego do teste t de Student. Nos testes de melhora após o uso do aparelho, o teste t pareado ou o teste dos sinais foram utilizados após a avaliação da normalidade pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks (HENNEKENS; BURING, 1987).

4 RESULTADOS

Este estudo mostrou que a maioria dos pacientes que procurou o serviço foi do sexo feminino (80%), sendo 40% com idade entre 18 e 30 anos, 50% entre 31 e 59 anos, 10% com 60 anos. Quanto ao estado civil, 50% eram casados morando na mesma casa, 30% solteiro, 10% divorciados, 5% separados e 5% morando junto. A maior parte dos pacientes possuía o 2º grau completo (55%), o nível de 2º grau incompleto teve 30% e o 1º grau completo 15% dos participantes. Em relação à raça, 95% referiram serem brancos e 5% negros (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição Sócio-Demográfica e Variáveis Corporais do Total da Amostra (continua)

Variável(is) Independente(s):	Pacientes Bruxômanos (n = 20)
Variável(is) Dependente(s):	
Dor Orofacial (%):	
Ausente =	0
Presente=	100
Nível Educacional (%)=	
1º grau incompleto= 1	0
1º grau completo= 2	15
2º grau incompleto= 3	30
2º grau completo= 4	55
Superior incompleto= 5	0
Superior completo= 6	0
Superior e pós graduação= 7	0
Gênero (%)	
Feminino= 0	80
Masculino= 1	20
Idade em anos	
Média (desvio-padrão)	34.85 (10.2)
Peso em kg	
Média (desvio-padrão)	74.5 (15.6)

Tabela 1 – Descrição Sócio-Demográfica e Variáveis Corporais do Total da Amostra (conclusão)

Altura em cm	
Média (desvio-padrão)	169.2 (9.7)
Índice de Massa Corporal (IMC)	
Média (desvio-padrão)	25.3 (4.2)
Raça (%)	
Branca	95
Negra	5
Estado Civil (%)	
Casado morando na mesma casa= 1	50
Casado não morando na mesma casa= 2	0
Viúvo= 3	0
Divorciado= 4	10
Separado= 5	5
Nunca casei= 6	30
Morando junto= 7	5

A origem do encaminhamento destes pacientes foi pela triagem da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul à clínica de disfunção temporomandibular e dor orofacial da mesma instituição de ensino.

Com o objetivo de se avaliar a normalidade das variáveis contínuas, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov. Esse teste é utilizado para analisar a possibilidade do uso de testes paramétricos ou não. Se o teste gerar resultados não significativos, onde $p < 0.05$, pode-se usar testes paramétricos, pois resultados não significativos geram um gráfico de curvatura semelhante a curva de Bell mostrando a sua normalidade. Esses princípios estatísticos foram utilizados para o desenvolvimento da tabela 2, mostrando a normalidade das variáveis contínuas dessa pesquisa, o que possibilita o uso de testes paramétricos (Tabela 2).

Tabela 2 - Teste de normalidade nas variáveis contínuas (continua)

Variável(is)	Pacientes	Teste
Independente(s):	estudados (n=20)	Kolmogorov-Smirnov
Variável(is) Dependente(s):	média (desvio-padrão)	Amostra Única

Tabela 2 - Teste de normalidade nas variáveis contínuas (conclusão)

<u>Abertura de Boca (mm)</u>	55.8 (4.4)	NS
<u>Protrusão (mm)</u>	5.4 (2.4)	NS
<u>Lateralidade direita (mm)</u>	4.2 (3.3)	NS
<u>Lateralidade esquerda (mm)</u>	4.7 (3.8)	NS
<u>Overbite (mm)</u>	1.9 (1.4)	NS
<u>Overjet (mm)</u>	2.3 (1.4)	NS

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

A avaliação das variáveis contínuas antes e após foram realizadas através do teste paramétrico t student pareado. Os resultados das variáveis contínuas: abertura bucal, protrusão, lateralidade direita e esquerda foram significativos; “overbite” e “overjet” não foram significativos (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação antes e depois nas variáveis contínuas nos pacientes bruxômanos

Variável(is) Independente(s):	Bruxômanos antes (n=20) média (desvio- padrão)	Bruxômanos depois (n=20) média (desvio- padrão)	Teste T Pareado de Student
Variável(is) Dependente(s):			
<u>Abertura de Boca (mm)</u>	45.8 (4.4)	55.2 (4.6)	P = 0.000***
<u>Protrusão (mm)</u>	5.4 (2.4)	5.8 (2.1)	P = 0.000***
<u>Lateralidade direita (mm)</u>	4.2 (3.3)	5.2 (3.3)	P = 0.000***
<u>Lateralidade esquerda (mm)</u>	4.7 (3.8)	5.5 (3.6)	P = 0.000***
<u>Overbite (mm)</u>	1.9 (1.4)	1.8 (1.5)	NS
<u>Overjet (mm)</u>	2.3 (1.4)	2.3 (1.5)	NS

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Em relação às variáveis dicótomas foi utilizado o teste de McNemar específico para variáveis binárias. Na tabela apresentada abaixo podemos analisar que neste estudo as variáveis binárias como ruído articular, sensibilidade à palpação dos músculos masseter, temporal, esternocleidomastoideo e trapézio sofreram alteração significativa

antes e após o uso da placa, o que demonstra que a placa interferiu nessas variáveis (Tabela 4).

Tabela 4- Avaliação antes e depois nas variáveis dicótomas (binárias) nos pacientes bruxômanos

<u>Variável(is) Independente(s):</u>	Bruxômanos antes (n=20)	Bruxômanos depois (n=20)	Teste de McNemar
<u>Variável(is) Dependente(s):</u>			
<u>Ruído na Articulação</u> <u>Temporo-mandibular</u>			
<u>Direita :</u>			
Ausente = 0	14	16	P = 0.03*
Presente = 1	6	4	
<u>Ruído na Articulação</u> <u>Temporo-mandibular</u>			
<u>Esquerda :</u>			
Ausente = 0	8	14	P = 0.03*
Presente = 1	12	6	
<u>Masseter (sensibilidade</u> <u>palpação)</u>			
Ausente = 0	6	11	P = 0.04*
Presente = 1	14	9	
<u>Temporal (sensibilidade</u> <u>palpação)</u>			
Ausente = 0	8	14	P = 0.03*
Presente = 1	12	6	
<u>Esternocleidomastoide</u> <u>(sensibilidade palpação)</u>			
Ausente = 0	11	14	P = 0.04*
Presente = 1	9	6	
<u>Trapezio (sensibilidade</u> <u>palpação)</u>			
Ausente = 0	9	15	P = 0.03*
Presente = 1	11	5	

*p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

5 DISCUSSÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é um grupo de afecções ou doenças que envolvem a articulação temporomandibular, musculatura mastigatória e estruturas associadas (OKESON; LEEUW, 2011). Pacientes que possuem a DTM podem apresentar alguns destes sintomas: dor facial, dor na articulação, dores musculares, alteração ou limitação dos movimentos mandibulares, dor de cabeça e ruídos articulares (MCNEELY; ARMIJO; MAGEE, 2006).

As dores que emanam da Articulação Temporomandibular (ATM) e músculos da mastigação são classificadas como dores musculoesqueléticas da categoria somática profunda, apresentando características típicas que as identificam: a) dor intimamente ligada à função mastigatória; b) dor/sensibilidade à palpação manual; c) a resposta à provocação no local da dor é pouco confiável em incidência e intensidade (OKESON, 2006)

Em relação à avaliação e mensuração da dor não podemos esquecer que a dor é definida de acordo com a IASP (*International Association for Study of Pain*), como uma experiência subjetiva emocional, desagradável e sensitiva, e também está relacionada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão, estando presente em quase todos os indivíduos (CARVALHO, 1999).

Para Melzack (1999), a dor estava associada com um estímulo, e quando o removiam, a dor desapareceria. Entretanto, quando utilizamos estímulos repetidos por certo período, há uma modificação, tanto aumentando quanto diminuindo a relação entre o estímulo e o tempo; conseqüentemente, a resposta a dor dependeria de outros fatores.

Para os autores Sousa e Silva (2005), a dor é um fenômeno psicofisiológico complexo, não sendo apenas relacionada com um simples sinal neurofisiológico, como que era vista antigamente. De acordo com esses autores, algumas pesquisas mostraram que a dor registrada pode ter uma associação de variáveis psicológicas e fisiológicas.

Logo, podemos observar que a dor por mais que seja subjetiva, ela envolve vários fatores que podem intensificar ou diminuir a sensação desagradável sentida pelos indivíduos. Portanto, variáveis comportamentais, sócio-culturais, afetivos, sensoriais, fisiológicos, cognitivos podem estar associadas a essas dores que o paciente relata. Além disso, ela pode sofrer a influência da memória, pelas expectativas e pelas

emoções. Portanto, devido a sua complexidade de variáveis, a mensuração torna-se difícil e subjetiva.

O principal objetivo do tratamento da DTM é controlar a dor, recuperar a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente e amenizar cargas adversas que podem perpetuar o problema (LEEuw; KLASSER, 2010).

As placas oclusais são consideradas a forma de tratamento mais utilizada e mais aceita pelos clínicos gerais e pelos especialistas na terapia para as DTM, pela sua característica de ser um tratamento reversível, além de ser uma terapia não invasiva e de baixo custo (DAO; LAVIGNE, 1998). Muitos estudos demonstram diversos efeitos positivos principalmente os relacionados à redução da dor orofacial e em outros sintomas associados com o uso dessa terapia (FORSSEL, 1999; GREENE; LASKIN, 1972).

Vários mecanismos têm sido propostos para explicar a efetividade, tais como: aumento da dimensão vertical de oclusão, alteração da posição condilar para uma posição musculo-esqueleticamente mais estável, diminuição das cargas transmitidas às ATM pela redução da intensidade, frequência e/ou duração das atividades parafuncionais e pela interrupção do engrama neuromuscular existente nos contatos dentais e nos movimentos de abertura e fechamento mandibular, que podem estar alterados (DAO; LAVIGNE, 1998; OKESON, 2000; GREENE; LASKIN, 1972).

Uma das queixas mais comuns em pacientes com DTM é a dor muscular. A palpação muscular é um método amplamente aceito e extremamente importante na avaliação das DTM. O estímulo mecânico aplicado pela pressão digital em estruturas alteradas leva à sensação dolorosa por causa de um estímulo das fibras que conduzem a dor ao sistema nervoso central, localizadas na massa das estruturas musculares (OKESON, 2000).

Fitins e Sheikholeslam (1993) relataram que presença de guia canina, nas placas, é capaz de reduzir a atividade eletromiográfica nos músculos elevadores da mandíbula e atribuíram essa redução a dois fatores: redução do número de contatos dentários, diminuindo a informação sensorial vinda dos mecanorreceptores e aumento da dimensão vertical.

Neste estudo as variáveis binárias como ruído articular, sensibilidade à palpação dos músculos masseter, temporal, esternocleidomastoideo e trapézio sofreram alteração significativa antes e após o uso da placa, o que demonstra que a placa interferiu nessas variáveis. Os resultados das variáveis contínuas: abertura bucal, protrusão, lateralidade

direita e esquerda também foram significativos; já “overbite” e “overjet” não foram significativos. É importante ressaltar que os pacientes que constituíram a amostra eram pacientes que possuíam apenas bruxismo sem associação de desordens temporomandibulares do tipo artralgia, artrites ou artroses.

6 CONCLUSÃO

Em vista aos resultados parciais obtidos na presente pesquisa, podemos concluir que:

1. Houve remissão e /ou redução significativa da dor à palpação nos músculos masseter, temporal, trapézio e esternocleidomastoideo;
2. Houve aumento significante nas medidas de movimentos excursivos (abertura bucal, protrusão, lateralidade direita e esquerda);
3. Resultados para “overbite” e “overjet” não foram significativos

Observamos que o tratamento multidisciplinar é fundamental para pacientes que têm disfunção temporomandibular e que estudos de curto prazo trazem resultados positivos; entretanto, devem-se realizar estudos de longo prazo para averiguar se as expectativas são as mesmas.

REFERÊNCIAS

- ABOUT-ATME, Y. S.; ZAWAWI, K.H.; MELIS, M. Prevalence, intensity, and correlation of different TMJ symptoms in Lebanese and Italian Subpopulations. **J. Contemp. Dent. Pract.**, Cincinnati, v.7, no. 4, p. 71-78, Sept. 2006.
- CAMPOS, J. A. D. B. et al. Consistência interna e reprodutibilidade da versão em português do critério de diagnóstico na pesquisa para distúrbios temporomandibulares (RDC/TMD – Eixo II). **Ver. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v.11, n. 6, p. 451-459, nov./dez. 2007.
- CARVALHO, M. M. M. J. Prefácio. In: _____. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. p. 7-8.
- DAL FABRO, C. **Estudo Linear de um paciente com bruxismo através da avaliação eletromiográfica do músculo masseter, avaliação polissonográfica e psicológica**. 1997. 184 p. Bauru. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru.
- DAO, T. T.; LAVIGNE, G. J. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? **Crit. Rev. Oral Biol. Med.**, Boca Raton, v. 9, no. 3, p. 345-361, 1998.
- DUTRA, K. M. C. et al. Oro-facial activities in sleep bruxism patients and in normal subjects: a controlled polygraphic and audio-video study. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 36, p. 86-92, Feb. 2008.
- DWORKIN, S. F. et al. Reliability, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders Axis II scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. **J. Orofac. Pain**, Carol Stream, v. 16, no. 3, p. 207-220, 2002.
- DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J. Craniomandib. Disord.**, Lombard, v.6, no. 4, p. 301-355, 1992.
- FITINS, V. F.; SHEIKHOLESLAM, A. Effect of canine guidance of maxillary occlusal splint on level of activation of masticatory muscles. **Swed Dent. J.** Jönköping, v. 17, no. 6, p. 235-241, 1993.
- FORSSELL, H. et al. Occlusal treatments in temporomandibular disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials. **Pain**. Amsterdam, v. 83, no. 3, p. 549-560, Dec. 1999.
- GREENE, C. S.; LASKIN, D. M. Splint therapy for the myofascial pain: dysfunction syndrome: a comparative study. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 84, no. 3, p. 624-628, 1972.
- HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiology in Medicine**. Boston: Lippincott Williams & Wilkins, 1987. 383 p.

- HUYNH, T. N. et al. Comparison of Various treatments for sleep bruxism using determinants of number needed to treat and effect size. **Int. J. Prosthodont.**, Lombard, v.19, no.5, p.435-441, Sept./Oct. 2006.
- IKEDA, T. et al. Criteria for the detection of sleep-associated bruxism in humans. **J. Orofac. Pain**, Carol Stream, v. 10, no. 3, p. 270-282, 1996.
- LAVIGNE, G. J.; ROMPRE, P. H.; MONTPLAISIR, J. Y. Sleep bruxism. Validity of clinical research diagnostic criteria uncontrolled polysomnographic study. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 75, p. 546-552, Jan. 1996.
- LAVIGNE, G. J. et al. Rhythmic masticatory muscle activity during sleep in humans. **J. Dent. Res.**, Whashington, v.80, no.2, p.443- 448, Feb. 2001.
- LAVIGNE, G. J. et al. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. **Crit. Rev. Oral Biol. Med.**, Boca Raton, v.14,no. 1, p. 30-46,2003.
- LAVIGNE, G. J. et al. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.35, p. 476-494, July 2008.
- LEEUEW, R.; KLASSER, G. D. **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management**. Chicago: Quintessence, 2013.
- LUCENA, L. B. et al. Validation of the portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v. 20, no. 4, p. 312-317, Oct./Dec. 2006.
- MANFREDINI, D.; CHIAPPE, G.; BOSCO, M. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) axis I diagnoses in an Italian patient Population. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 33, no. 8, p. 551- 558, Aug. 2006.
- MARKLUND, G. **Indicators of innovation activities in services**. New York: Continuum, 1998.
- MCGUIRE, M. K.; NUNN, M. E. Prognosis versus actual outcome: III. The effectiveness of clinical parameters in accurately predicting tooth survival. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 67, no. 7, p. 666-674, July 1996.
- MEDLLICOTT, M. S.; HARRIS, S. R. A Systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. **Phys. Ther.**, New York, v. 86, no. 7, p. 955- 973, July 2006.
- MELZACK, R.; KATZ, J. The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. In: TURK, D. G.; MELZACK, R. **Handbook of pain assessment.**, 3rd ed. New York: Guilford, 1992. p. 152-165.
- MOLINA, O. F. A queixa principal de pacientes portadores de distúrbios craniomandibulares e bruxismo: um estudo comparativo. **J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial**, Curitiba, v. 5, n. 26, p. 22- 31, mar./ abr. 2000.

- MOLLER, E. The chewing apparatus an electromyography study of the action of the muscles of mastication and its correlation to facial morphology. **Acta. Phys. Scand.**, Oxford, v. 69, p. 1-229, 1966.
- NISHIGAWA, K.; BANDO, E.; NAKANO, M. Quantitative study of bite force during sleep associated bruxism. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.28, no.5, p.485-491, May 2001.
- OKESON, J. P. et al. Nocturnal bruxing events in healthy geriatric subjects. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.17, no. 5, p. 411-418, Sept. 1990.
- OKESON, J. P.; PHILIPS, B. A.; BERRY, D. T. Nocturnal bruxism events in subjects with sleep-disordered breathing and control subjects. **J. Craniomandib. Disord.**, Lombard, v.5, p.258-264, 1991.
- OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. 504 p.
- OKESON, J. P. **Dores bucofaciais de Bell: tratamento clínico da dor bucofacial**. São Paulo: Quintessence, 2006. 568 p.
- OKESON, J. P.; LEEUW, R. de. Differential diagnosis of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 55, no. 1, p. 105-120, Jan. 2011.
- OLIVEIRA, W. **Disfunções temporomandibulares**. São Paulo: Artes médicas, 2002. v. 6.
- OMMERBORN, M. A. et al. In vivo evaluation of noncarious cervical lesions in sleep bruxism subjects. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 98, no.2, p. 150-158, Aug. 2007.
- RAMFJORD, S. P. Bruxism, a clinical and electromyographic study. **J. Prost. Dent.**, St. Louis, v. 62, p. 22-43, Jan. 1961.
- REDING, G. R. et al. Nocturnal teeth-grinding: all-night psychophysiological studies. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 47, no. 5, p. 786- 797, Sept./Oct. 1968.
- RUGH, J. D. et al. Nocturnal electromyographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy. **J. Oral Rehabil.**, California, v. 2, p. 215- 223, Oct. 1975.
- SHINKAI, R. S. A. et al. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 29- 37, jan./ mar. 1998.
- SJÖHOLM, T. T.; POLO, O. J.; ALIHANKA, J. M. Sleep Movements in Teethgrinders. **J. Craniomandib. Disord.**, Lombard, v. 6, no.3, p. 184- 191, 1992.
- SOUSA, F. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor (dormetria) : problemas teóricos e metodológicos. **Rev. DOR**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 469-513, jan./fev./mar. 2005.

VELLY-MIGUEL, A. M. et al. Bruxism and other orofacial movements during sleep. **J. Craniomandib. Disord. Facial Oral Pain**, Lombar, v. 6, p. 71-81, 1992.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, na área da saúde, com o seguinte título: “Análise dos Efeitos do Tratamento Osteopático em Portadores de Disfunções Temporomandibulares: Ensaio Clínico Randomizado”. Este estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da abordagem osteopática (avaliação da mobilidade e manipulações para normalização das restrições) na melhora da dor nas regiões da boca, rosto e cabeça; bem como, a relação entre sua duração e sua intensidade; também, avaliar se existe ganho de abertura da boca em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular com acompanhamento dos tratamentos odontológico e fonoaudiológico.

Os benefícios que as terapias propostas podem trazer são alívio das dores, aumento da abertura e dos movimentos laterais da boca e a melhora da mastigação dos alimentos. Os riscos (efeitos adversos) inerentes a essa pesquisa são baixos, mas podem ocorrer desconfortos articular e muscular devido a uma adaptação ao tratamento odontológico pelo uso da placa acrílica, fonoaudiológico pelos exercícios, e osteopático pelas manipulações. Caso isso ocorra, será disponibilizada uma assistência no mesmo local da pesquisa (Ambulatório da Faculdade de Odontologia) com medicamentos anti-inflamatórios e relaxantes musculares sob responsabilidade da pesquisadora dentista. O tema escolhido se justifica pela importância desse método poder vir a ser mais uma alternativa de tratamento para a DTM. Além disso, se um dos grupos apresentar resultados superiores com as terapias empregadas, e você não fizer parte dele, você, também, poderá realizar esse tratamento do outro grupo.

A pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da Prof^ªDra. Karen Dantur Batista Chaves e Profa. Dra. Vivian Chiada Mainieri

Para alcançar os objetivos do estudo:

1. Será realizada uma entrevista individual, na qual você irá responder 31 perguntas e realizar um exame clínico para diagnóstico de disfunção temporomandibular.

2. Será realizada a quantificação da sua dor e do seu desconforto através de um traço vertical feito por você em uma linha, na qual haverá a indicação de “nenhuma dor” em uma extremidade e “a pior dor possível” na outra.
3. Será medida a abertura da boca através de um paquímetro digital, que é uma régua precisa para medir em milímetros.
4. Será medida a dor na região da cabeça através de um aparelho chamado dolorímetro, onde será aplicada uma pressão em determinados pontos e você deverá dizer o quanto de pressão você aguenta sem sentir dor.
5. Será feito um sorteio, no qual vai ser decidido se você participará do grupo de intervenção, onde você receberá o tratamento odontológico, fonoaudiológico e osteopático, ou do grupo controle, onde você receberá o tratamento odontológico e fonoaudiológico.
6. Caso você faça parte do grupo controle, no tratamento odontológico, serão feitas medições e moldes para confecção de aparelhos odontológicos (placas para relaxamento da musculatura da boca) pelo estudante de Odontologia e, no tratamento fonoaudiológico serão feitas avaliação, medições, alongamentos e exercícios para as regiões da cabeça, boca e pescoço (movimentos de abertura, fechamento e lateralidades da boca e movimentação de cabeça e pescoço) realizados por uma fonoaudióloga.
7. Caso você faça parte do grupo de intervenção, além dos procedimentos citados no item 6, serão realizados a avaliação e o tratamento osteopático que consistirá de manobras manuais (manipulações) para a liberação de restrições de mobilidade das articulações e dos músculos das regiões da cabeça, boca e pescoço.
8. Os tratamentos osteopático e odontológico serão realizados com você deitado, confortavelmente, em uma cadeira de dentista, mas em momentos diferentes; e durante o fonoaudiológico você estará sentado, confortavelmente, em uma cadeira.
9. Qualquer dúvida ou questão você deve perguntar aos autores da pesquisa.

10. Todas as informações e os objetivos sobre a pesquisa deverão ser compreendidos.
11. Sua participação é de forma voluntária, podendo sair da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo. Não havendo nenhum custo aos participantes do estudo.
12. Seus dados de identificação serão mantidos em sigilo, não sendo, em hipótese nenhuma, divulgados.
13. Seus dados serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS 466/12).

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre os assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de desistir a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia que não serei identificado na divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos desse projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRGS) pelo telefone (51) 3308-3738. E, com a pesquisadora, ProfªDra. Karen Dantur Batista Chaves, e Profa. Dra. Vivian Mainieri pelo telefone (51) 3029-4753 e pelo email dtmpesquisa@yahoo.com.br.

Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Nome:

Assinatura da orientadora e responsável científica

Dra. Karen Dantur Batista Chaves

Assinatura da orientadora e responsável científica

Dra. Vivian Chiada Mainieri

ANEXO B**CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA DAS DESORDENS
TEMPOROMANDIBULARES (RDC/ TMD) EIXOS I E II**

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 (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?

0 Não

1 Sim

15.d. Durante o dia, você range (ringi) 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 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?

0-NÃO 1-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:

0-Nem um pouco 1-Um pouco 2-Moderadamente 3-Muito 4-Extremamente

- a. Por sentir dores de cabeça 0 1 2 3 4
- b. Pela perda de interesse ou prazer sexual 0 1 2 3 4
- c. Por ter fraqueza ou tontura 0 1 2 3 4
- d. Por sentir dor ou “aperto” no peito ou coração 0 1 2 3 4
- e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão 0 1 2 3 4
- f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer 0 1 2 3 4
- g. Por ter falta de apetite 0 1 2 3 4
- h. Por chorar facilmente 0 1 2 3 4
- i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor 0 1 2 3 4
- j. Por sentir dores na parte inferior das costas 0 1 2 3 4
- k. Por se sentir só 0 1 2 3 4
- l. Por se sentir triste 0 1 2 3 4
- m. Por se preocupar muito com as coisas 0 1 2 3 4
- n. Por não sentir interesse pelas coisas 0 1 2 3 4

- o. Por ter 43B43oo 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 bom
- 3 Bom
- 4 Razoável
- 5 Ruim

22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?

- 1 Excelente
- 2 Muito bom
- 3 Bom
- 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 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano

2 Asiático ou Insulano Pacífico

3 Preta

4 Branca

5 Outra [Se sua resposta foi outra, PASSE para as próximas alternativas sobre sua cor ou raça]

6 Parda

7 Amarela

8 Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

1 Porto Riquenho

2 Cubano

3 Mexicano

4 Mexicano Americano

5 Chicano

6 Outro Latino Americano

7 Outro Espanhol

8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi nenhuma acima, PASSE para as próximas alternativas sobre sua origem ou de seus familiares]

9 Índio

10 Português

11 Francês

12 Holandês

13 Espanhol

14 Africano

- 15 Italiano
- 16 Japonês
- 17 Alemão
- 18 Árabe
- 19 Outra, favor especificar _____
- 20 Não sabe especificar

27. Até que ano da escola / faculdade você frequentou?

Nunca frequentei a escola 0

Ensino fundamental (primário)

1ª Série 1

2ª Série 2

3ª Série 3

4ª Série 4

Ensino fundamental (ginásio)

5ª Série 5

6ª Série 6

7ª Série 7

8ª Série 8

Ensino médio (científico)

1º ano 9

2º ano 10

3º ano 11

Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)

1º ano 12

2º ano 13

3º ano 14

4º ano 15

5º ano 16

6º ano 17

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?

0 Não

1 Sim

[Se a sua resposta foi sim, PULE para a pergunta 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 $\frac{1}{4}$ do salário mínimo

De $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo

De $\frac{1}{2}$ 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

Dor Articular

0 Nenhuma

0 Nenhuma

1 Direito

1 Direito

2 Esquerdo

2 Esquerdo

3 Ambos

3 Ambos

c. Abertura máxima com auxílio __mm

Dor Muscular

Dor Articular

0 Nenhuma

0 Nenhuma

1 Direito

1 Direito

2 Esquerdo

2 Esquerdo

3 Ambos

3 Ambos

d. Trespasse incisal vertical __mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

Direito

Esquerdo

0 Nenhum

0 Nenhum

1 Estalido

1 Estalido

2 Crepitação grosseira

2 Crepitação grosseira

3 Crepitação fina

3 Crepitação fina

__mm

__mm

(Medida do estalido na abertura)

b. Fechamento

Direito	Esquerdo
Nenhum	Nenhum
Estalido	Estalido
Crepitação grosseira	Crepitação grosseira
Crepitação fina	Crepitação fina
_ _mm	_ _mm

(Medida do estalido no fechamento)

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito	Esquerdo
0 Não	0 Não
1 Sim	1 Sim
2 NA	2 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**

0-Nenhum 1-Estalido 2-Crepitação grosseira 3-Crepitação fina

7.a Excursão Direita 0 1 2 3

7.b Excursão Esquerda 0 1 2 3

7.c Protrusão 0 1 2 3

Ruídos esquerdo

0-Nenhum 1-Estalido 2-Crepitação grosseira 3-Crepitação fina

7.d Excursão Direita 0 1 2 3

7.e Excursão Esquerda 0 1 2 3

7.f Protrusão 0 1 2 3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das 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

a. Temporal posterior (1,0 Kg.) “Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

b. Temporal médio (1,0 Kg.) “Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

c. Temporal anterior (1,0 Kg.) “Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 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).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

e. Masseter médio (1,0 Kg.) “Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

f. Masseter inferior (1,0 Kg.) “Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) “Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) “abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula).”

Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

9. Dor articular com palpação

a. Polo lateral (0,5 Kg.) “Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM).” Direita 0 1 2 3

Esquerda 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).” Direita 0 1 2 3 Esquerda

0 1 2 3

10. Dor muscular intraoral com palpação

a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) “Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar).”

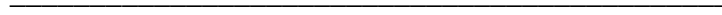
Direita 0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

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).” Direita

0 1 2 3 Esquerda 0 1 2 3

ANEXO C**ESCALA ANÁLOGA VISUAL**

Assinale com um traço na reta abaixo o equivalente à intensidade da sua dor neste momento.

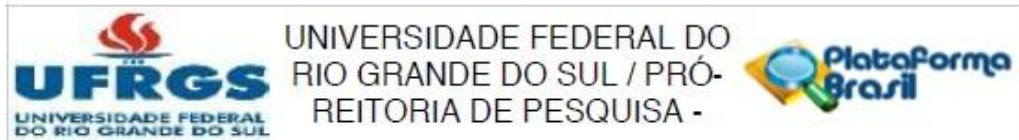


Nenhuma dor

A pior dor possível

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos Efeitos do Tratamento Manipulativo Osteopático em Portadores de Disfunções Temporomandibulares: Ensaio Clínico Randomizado.

Pesquisador: Karen Dantur Batista Chaves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26905514.1.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 657.417

Data da Relatoria: 22/05/2014

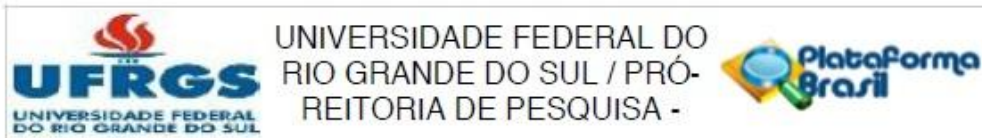
Apresentação do Projeto:

O presente estudo é um ensaio clínico controlado randomizado, no qual participarão indivíduos de ambos os sexos com idade entre 18 e 60 anos. Após lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os indivíduos que apresentarem dor orofacial e limitação de abertura de boca serão incluídos na pesquisa. Serão excluídos os que fizerem uso contínuo de medicamentos analgésicos, apresentarem qualquer outra condição de dor orofacial e terem feito ou estejam sob tratamento para DTM. Será realizada a avaliação inicial, na qual o avaliador irá coletar os dados pessoais e de identificação do voluntário, sinais e sintomas que vem apresentando, e diagnosticar e classificar o mesmo de acordo com o instrumento de avaliação. Para o tratamento haverá randomização em dois grupos. O grupo OST: tratamento osteopático mais o tratamento convencional, o grupo COT: somente o tratamento convencional. O tratamento osteopático será realizado por um pesquisador diferente do avaliador e cegado para os resultados da avaliação inicial/final. As variáveis do estudo serão a intensidade do desconforto orofacial, frequência do desconforto em vezes por semana, abertura máxima da boca em milímetros e dor, medida através da escala analógica visual (VAS) e do dolorímetro.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é avaliar os efeitos do tratamento manipulativo osteopático (TMO) no

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 857.417

desconforto orofacial e craniano quanto ao tempo de duração e à intensidade do desconforto, ao ganho de amplitude da ATM e ao tempo do tratamento da DTM em pacientes com acompanhamento odontológico e fonoaudiológico. Os objetivos secundários são: avaliar os efeitos do TMO em uma escala de dor e desconforto; observar se nos indivíduos atendidos com TMO, há alteração no tempo de tratamento odontológico; observar se há alteração antes e após TMO na duração do desconforto orofacial e craniano e observar se há alteração da amplitude de movimento da ATM após o TMO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios potenciais foram devidamente considerados, bem como as medidas a serem adotadas caso os pacientes relatem eventuais efeitos adversos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo possui mérito científico e o objeto de estudo está descrito de forma clara e coerente. O mesmo será desenvolvido nas dependências da Faculdade de Odontologia da UFRGS e tem aprovação da COMPEQ da Unidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi corrigida, e a nova versão apresenta a pesquisadora Karen Chaves como responsável e a UFRGS como proponente.

A resolução CNS 466/2012 foi mencionada no TCLE e o cronograma foi corrigido, atendendo às solicitações do CEP.

Os pesquisadores descreveram como serão os tratamentos oferecidos a cada grupo (odontológico, fonoaudiológico e osteopático), tanto no projeto completo quanto no TCLE.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi modificado, e a nova versão tem linguagem mais compreensível ao público leigo. Além disso, este documento indica que se um dos grupos apresentar resultados superiores com as terapias empregadas, haverá disponibilização do mesmo ao grupo originalmente randomizado para o outro tratamento.

Os possíveis efeitos adversos foram incluídos no formulário específico.

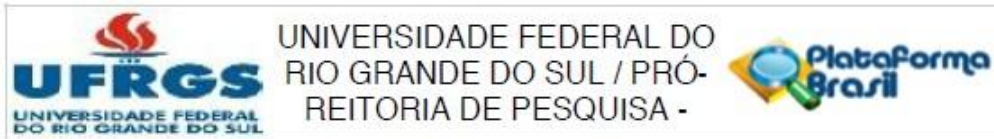
Recomendações:

O parecer é pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem comentários adicionais.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 657.417

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 22 de Maio de 2014

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO E**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 23557**Título:** ANÁLISE DOS EFEITOS DO TRATAMENTO OSTEOPÁTICO EM PORTADORES DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES.**Área do Conhecimento:** Clínica Odontológica**Início:** 27/06/2012**Previsão de conclusão:** 05/07/2013**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Conservadora
Projeto Isolado com linha temática NULL**Projeto com finalidade adicional:** Outra Finalidade

Objetivo: O presente estudo é um ensaio clínico controlado randomizado, no qual participarão indivíduos de ambos os sexos com idade entre 18 e 50 anos. Após lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os indivíduos que apresentarem dor orofacial e limitação de abertura de boca serão incluídos na pesquisa. Porém, aqueles que fizerem uso contínuo de medicamentos analgésicos, não tiverem todos os dentes e/ou tiverem implantes ortodônticos, apresentarem qualquer outra condição de dor orofacial, tiverem feito ou estiverem sob tratamento para DTM e histórico de efeitos adversos ao tratamento osteopático serão excluídos. Então será realizada a avaliação inicial, na qual o avaliador irá coletar os dados pessoais e de identificação do voluntário, sinais e sintomas que vem apresentando, e diagnosticar e classificar o mesmo de acordo com o instrumento de avaliação. Para o tratamento haverá randomização em dois grupos. O grupo A: tratamento osteopático mais o tratamento convencional. E, o grupo B: somente o tratamento convencional. O tratamento osteopático será realizado por um pesquisador diferente do avaliador e cegado para os resultados da avaliação inicial/final. As variáveis do estudo serão a intensidade do desconforto orofacial. Frequência do desconforto em vezes por semana. Abertura máxima da boca em milímetros. E, dor medida através da VAS e do dolorímetro.

Palavras-ChaveMedicina Osteopática
Síndrome Da Disfunção Da Articulação Temporomandib**Equipe UFRGS****Nome:** Karen Dantur Batista Chaves**Participação:** Coordenador**Início:** 27/06/2012**Nome:** Vivian Chiada Mainieri**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/06/2012**Nome:** Annemarie Warstat Saudades**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/06/2012**Nome:** Fabiane Miron Stefani**Participação:** Pesquisador**Início:** 27/06/2012**Equipe Externa****Nome:** Thiago Boeira Susin**Instituição:** Instituto Brasileiro De Osteopatia**Participação:** Coordenador**Início:** 27/06/2012**Nome:** Márcia Elisabeth Rodrigues**Instituição:** Instituto Brasileiro De Osteopatia**Participação:** Pesquisador