

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA

REJANE NUNES

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE TRATAMENTO EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO
DE OCLUSÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA PUCRS UTILIZANDO O
QUESTIONÁRIO RDC/DTM – UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Orientador Prof. Dr. Marcio Lima Grossi

Porto Alegre
2014

REJANE NUNES

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE TRATAMENTO EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO
DE OCLUSÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA PUCRS UTILIZANDO O
QUESTIONÁRIO RDC/DTM – UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Protocolo no CCE: 050/09, em 5 de novembro de 2009

Aprovado no CEP – Hospital São Lucas, Ofício CEP 498/10 de 07/05/2010, registro
10/05027

CONEP, Folha de Rosto de 09/04/2010 FR330549, CEP No Doc 0075.0.002.000-10
de 23/04/2010

Tese apresentada como requisito para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade
de Odontologia da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador Prof. Dr. Marcio Lima Grossi

Porto Alegre
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N972a Nunes, Rejane

Avaliação dos resultados de tratamento em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) atendidos no Ambulatório de Oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS utilizando o questionário RDC/DTM - um estudo longitudinal / Rejane Nunes. – Porto Alegre, 2014.

78 f. : il.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, PUCRS.

Orientadora: Prof. Dr. Marcio Lima Grossi.

1. Odontologia. 2. Articulação Temporomandibular - Disfunções.
3. Dor Facial. 4. Placas Oclusais. 5. Qualidade de Vida.

I. Grossi, Marcio Lima. II. Título.

CDD 617.643

**Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

AGRADECIMENTOS

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na pessoa do Professor Alexandre Bahlis, Diretor da Faculdade de Odontologia, todos os professores e funcionários, por me acolherem nesta casa, contribuindo muito para meu crescimento profissional.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia, pela oportunidade de fazer parte deste excelente programa.

À Capes pelo incentivo que proporcionou a mim e a todos que se comprometem com o crescimento científico do país.

Ao prof. Marcio Lima Grossi, pela orientação.

RESUMO

O **objetivo** deste trabalho foi avaliar os resultados de tratamento realizado com Placa de Michigan, em pacientes com Dor Orofacial, que buscaram atendimento no Ambulatório de Oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS, utilizando o questionário RDC/DTM, e associar algumas variáveis entre os resultados encontrados. Os **métodos** empregados foram o questionário RDC/DTM, um método já consagrado no uso para pesquisa nesta área, e ainda a aplicação de um questionário de acompanhamento sobre a dor após três meses do início do tratamento. Os **resultados** obtidos foram satisfatórios.

Palavras-chave: Articulação Temporomandibular. Dor Orofacial. RDC/DTM. Placas Oclusais. Desordens Temporomandibulares. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the treatment results when the stabilization (Michigan-type) splint was used, in patients with orofacial pain, who were seeking treatment in the Occlusion clinical at the Faculty of Dentistry of PUCRS, using the RDC/TMD, and associate some variables among the results found. The methods employed were the RDC/TMD, a established method for research in this área, and also a pain follow-up questionnaire three months after the beginning of treatment. Satisfactory results were obtained.

Keywords: Temporomandibular Joint. Orofacial Pain. RDC/TMD. Occlusal Splints. Temporomandibular Disorders. Quality of Life

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ANOVA	Análise de Variáveis
ATM	Articulação Temporomandibular
CCEFO	Comissão Científica e de Ética da Faculdade de Odontologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DOF	Dor Orofacial
DTM	Disfunção Temporomandibular ou Desordem Temporomandibular
EAV	Entity-Attribute-Value model
Fig.	Figura
JADA	The Journal of the American Dental Association
nrDTM	Não respondentes ao tratamento
PO	Placa Oclusal
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RC	Relação Cêntrica
RDC/DTM	Research Diagnostic Criteria
RDC/TMD	Critérios de Diagnósticos para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares
rDTM	Respondentes ao tratamento
SAQ	Questionário de Avaliação do Sono
CID	Característica da intensidade da dor
ESS-BR	Escala de Sonolência de Epworth

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sócio-econômicas	34
Tabela 2 - Resultados do RDC/DTM Eixo II em pacientes com DTM e DOF para variáveis relacionadas à intensidade, frequência e impacto da dor, além da melhora da dor após o tratamento	35
Tabela 3 - Resultados do RDC/DTM Eixo II e do SAQ em pacientes com DTM e DOF para variáveis psicossociais relacionadas à dor crônica.....	36
Tabela 4 - Resultados da correlação de Pearson entre a intensidade de dor e as variáveis psicossociais relacionadas em pacientes com DTM e DOF.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 DOR OROFACIAL.....	12
2.2. RDC (RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS).....	17
2.3 PLACAS OCLUSAIS	21
2.4. QUALIDADE DE VIDA	23
3 PROPOSIÇÃO	26
3.1 PROPOSIÇÃO GERAL	26
3.2 PROPOSIÇÕES ESPECÍFICAS	26
4 MATERIAIS E MÉTODOS	27
4.1 AMOSTRA.....	27
4.2 PROCEDIMENTOS.....	28
4.2.1 Protocolo Terapêutico	28
4.2.2 Aplicação do Questionário de Acompanhamento.....	29
4.2.3 Critérios de Sucesso no Tratamento	29
4.2.4 Delineamento	30
4.3 CÁLCULO DE AMOSTRAGEM E ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
4.4 CONSENTIMENTO E CONFIDENCIALIDADE	32
5 REPERCUSSÃO CLÍNICA	33
6 RESULTADOS	34
7 DISCUSSÃO	38
8 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXO A - Questionário de Acompanhamento	55
ANEXO B - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens temporomandibulares - RDC / TMD	56
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
ANEXO D – Termo de Aprovação pelo CEP	73

1 INTRODUÇÃO

A primeira referência sobre a articulação temporomandibular foi feita por Prentiss no ano de 1918, em artigo relatado no primeiro periódico voltado totalmente para a Odontologia: o Dental Cosmos.

O periódico foi fundado em 1859 por S. S. White e começou a ser publicado neste ano. Em 1936 fundiu-se com o Journal of American Dental Association, posteriormente a JADA.

No artigo, Prentiss (1918, p. 509) escreveu: “[...] quando os dentes são extraídos o côndilo é tracionado para cima pela forte musculatura e a pressão sobre os meniscos resulta em atrofia dos mesmos.”

A partir deste momento artigos de vários outros como Summa (1918), Monson (1920), Wright (1920) e Goodfriend (1932), enfatizaram como resultado da perda dos dentes e da perda da dimensão vertical, no deslocamento da mandíbula, causando muitos dos sintomas que os pacientes relatavam.

Disfunção Temporomandibular (DTM) é definida como um conjunto de sinais e sintomas que envolvem os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares (ATM), ou ambos. (BALLEGAARD et al., 2008; DWORKIN et al., 1992).

A articulação temporomandibular recebe este nome pelos dois ossos que a formam o osso temporal e a mandíbula. O termo desordem craniomandibular é usado como sinônimo do termo desordem temporomandibular e é considerada a maior causa de dor não dental na região orofacial. (SHALENDER et al., 2011).

As Disfunções Temporomandibulares (DTMs) representam um termo coletivo relacionado a um grupo de problemas musculoesqueléticos e articulares que afetam a articulação temporomandibular e estruturas associadas. (LASKIN, 2008).

Entre essas disfunções, destaca-se a dor miofacial, que tem sido documentada como a causa mais prevalente de dor nessa região (FRICTON et al., 1985; FRICTON; DUBNER, 2003), podendo afetar a rotina de seus portadores em maior ou menor grau (ROS MENDOZA; CAÑETE CELESTINO; VELILLA MARCO, 2008). Sua etiologia ainda não é bem determinada e aceita-se como sendo

multifatorial, tendo como co-fatores condições psicossociais e neurobiológicas (SUVINEN et al., 2005; BELL, 1989; WIESE et al., 2008). Poderá estar associada com desarmonia oclusal, hábitos parafuncionais orais, desequilíbrios posturais, variações hormonais, além de alterações psicossociais e de comportamento neurobiológicas. (SUVINEN et al., 2005).

Os sintomas da DTM incluem diminuição do movimento mandibular, dor muscular e /ou articular, ruídos articulares, limitação da função e desvio mandibular na abertura da boca. (WIESE et al., 2008).

A DTM atinge entre 5 – 12% da população, e a idade mais afetada está entre 20 – 40 anos de idade. (KUMAR et al., 2013). Depressão e outros fatores psicológicos aumentam o risco de cronicidade. (VELLY et al., 2011).

Dworkin et al. (1992), ressaltam que, na literatura, não existe um critério diagnóstico de consenso.

Kosminsky (2004), enfatiza que a falta de padronização de um mesmo critério para avaliação dos aspectos relacionados a essa patologia leva a resultados muitas vezes discrepantes.

Svensson (2002) aponta a necessidade de se utilizar um critério de classificação que seja universalmente aceito e validado.

O desenvolvimento do RDC/TMD teve como objetivo estabelecer critérios confiáveis e válidos para diagnosticar e definir subtipos de DTM. (KOSMINSKY, 2004).

No presente estudo o tratamento proposto foi o uso da Placa Oclusal (PO) tipo Michigan.

Villalón et al. (2013), verificaram a remissão da dor miofascial ao fim de um estudo utilizando PO pelo período de três meses, sem mudanças significantes nas relações crânio cervicais e medidas de atividade eletromagnética EMG.

Terapia com PO estão comprovadas como uma modalidade que alivia a dor de muitos tipos de distúrbios temporomandibulares e bruxismo ainda que ainda existam questões com referência a como os splints atuam. (DYLINA, 2001).

Em 1978, Carraro e Cafesse, já diziam que tanto a dor quanto a sintomatologia da disfunção temporomandibular se beneficiavam do uso dos (POs). Observaram que a dor respondia melhor que os sintomas da disfunção. Oito por cento (8%) dos pacientes que sofriam de síndrome de ATM, melhoravam ou ficavam curados mesmo quando somente a terapia com (PO) era empregada.

O mecanismo de ação pelo qual o PO atua na mialgia localizada e na artralgia provavelmente seja pela modificação do apertamento entre os dentes. Se não houver este controle e o apertamento continuar intenso, mesmo o melhor (PO) não será atuante. (KREINER et al., 2001).

Estudos mostram que o (PO) reduz a atividade eletromagnética no masseter e feixe anterior do temporal em pacientes com bruxismo e estresse ocupacional. (AMORIN et al., 2012).

O RDC/TMD tem sido utilizado na Faculdade de Odontologia da PUCRS no exame do atendimento de pacientes com DTM que procuram a disciplina de Oclusão. O objetivo da aplicação deste questionário é obter dados para auxiliar no diagnóstico, bem como avaliar o resultado dos tratamentos realizados pelos alunos da graduação, no Ambulatório da disciplina de Oclusão da PUCRS. Neste sentido, este estudo pretende analisar os dados dos questionários e compará-los com o questionário de acompanhamento elaborado pelos autores, no que diz respeito à redução da sintomatologia dolorosa, além de determinar a validade de uma avaliação psicossocial como fatores prognósticos no tratamento de pacientes com desordens temporomandibulares. Caso seja validada, a avaliação psicossocial seria um instrumento clínico útil para prever os casos com bom prognóstico (pacientes com DTM que respondem ao tratamento ou respondentes, rDTM) e casos com prognóstico reservado (os que não respondem ao tratamento ou não-respondentes, nrDTM).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Faz uma abordagem dos itens; Dor Orofacial, RDC, Placas Oclusais e Qualidade de vida.

2.1 DOR OROFACIAL

A dor é um dos mais desafiadores problemas nas áreas da saúde. Constitui um desafio não só para o indivíduo que precisa aprender a conviver com a sua dor, para a qual, muitas vezes, nenhuma terapia foi encontrada, como também para os profissionais da área de saúde que procuram de várias maneiras, aliviar o sofrimento do paciente. É também um desafio para os cientistas que tentam entender os mecanismos que podem causar intensos sofrimentos, bem como para a sociedade, que deve encontrar recursos médicos, científicos e financeiros para prevenir ou aliviar o sofrimento o mais rapidamente possível. (MELZACK, 1984).

Na antiguidade, acreditava-se segundo Homero, que a dor devia-se ao disparo de flechas pelos deuses. Para Platão, a dor e o prazer nasciam de dentro do corpo, idéia que pode ter dado origem ao conceito de que a dor é muito mais uma experiência emocional do que um distúrbio orgânico. A medida que os conhecimentos de anatomia e fisiologia aumentaram, foi possível entender a dor como um distúrbio corporal localizado. Aristóteles, provavelmente o primeiro a distinguir os cinco sentidos físicos, considerava a dor como uma “paixão da alma”, que decorria da intensificação de outra experiência sensorial. (MERSKEY, 1980).

A definição de dor, Dorlands et al. (1981), demonstra muito bem o que se entende tradicionalmente como tal: Uma maior ou menor sensação localizada de desconforto, sofrimento ou agonia, resultante da estimulação de terminais nervosos especializados. Isto serve como mecanismo de proteção e induz o sofredor a remover ou afastar-se da fonte. Tal definição indica a dor como uma sensação localizada, que ocorre como resultado de uma estimulação nociva ao organismo e a coloca como um mecanismo de proteção contra a injúria. Porém esta definição recobre apenas um tipo de dor, a dor somática superficial, que ocorre por estimulação de estruturas cutâneas por agentes que afetam nociceptores exteroceptivos.

De acordo com o conceito proposto pelo Subcommittee on of International Association of Study of Pain, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita como se fosse decorrente dessa lesão (MERSKEY, 1979). Esta definição tem uma abrangência mais ampla, ao associar a dor a uma lesão “real ou potencial”.

A dor **somática** resulta de estimulação nociceptiva em estruturas neurais normais que inervam os tecidos. A deformação mecânica através da pressão, calor ou frio excessivo e irritantes químicos podem estimular os receptores (nociceptores) os quais transmitem impulsos resultando em percepção da dor. A dor **neurogênica** é gerada por anormalidades das estruturas neurais. Essa dor surge na ausência de qualquer estimulação nociva e geralmente é acompanhada de parestesia ao longo da distribuição de um nervo. A dor **psicogênica** não resulta nem de estimulação nociceptiva nem de anormalidades neurais, mas de causas psíquicas. O grau de dor expressado pelo paciente pode ser exagerado, e tem pouca ou nenhuma relação com qualquer fator patogênico que possa estar presente. (BELL, 1989).

Podem-se classificar as dores orofaciais somáticas em superficiais e profundas. As superficiais são de dois tipos: cutânea e mucogengival. Clinicamente, caracterizam-se por serem excitantes, terem sua localização anatômica indicada com precisão pelo paciente, terem a correta localização de sua fonte identificada pelo local em que ocorrem e por apresentarem resposta a provocação. Já a dor profunda é “desanimadora”, “depressiva”, “triste” e muitas vezes, causa náusea e até vômito. Tal sensação pode ser aumentada momentaneamente, sendo descrita como uma dor lancinante, normalmente iniciada por tração súbita, distensão, ou distorção dos tecidos profundos. As dores profundas originadas da polpa dentária e de vasos sanguíneos são pobremente localizáveis pelos pacientes. Algumas dores de origem profunda, como as musculoesqueléticas ou as dos ligamentos periodontais, tem uma melhor localização anatômica. Entretanto, tal localização é considerada menos acurada, e a habilidade do paciente em descrever o local anatômico da dor é menos precisa do que na dor superficial. Devido à descrição variável e inconsistente da síndrome de dor profunda, muitas vezes o local não indica sua origem. A dor profunda não é necessariamente proporcional ao estímulo. Embora algumas dores profundas respondam mais fielmente ao estímulo, a resposta não é tão fiel como à

observada nas dores superficiais. São classificadas como dores orofaciais somáticas profundas as dores dentárias, musculares e articulares. (BELL, 1989).

A sensação de dor na face é mediada por neurônios aferentes primários do V, VII, IX, e X pares craniais e pelo 1, 2 e 3 nervos espinais. (BELL, 1989).

O nervo trigêmeo (V) inerva parte da cabeça e cavidade oral. O nervo facial (VII), o glossofaríngeo (IX) e o vago (X), inervam certas áreas da pele na região, peri auricular, a faringe, a laringe, a cavidade nasal, os seios maxilares e o ouvido médio. Estas fibras aferentes destes nervos que inervam a pele e outras áreas projetam para o complexo nuclear trigeminal. As outras fibras que inervam as estruturas viscerais (por exemplo, laringe e membranas mucosas) projetam para a porção caudal do núcleo do trato solitário. (MARTIN, 1996).

Os nociceptores são classificados de acordo com sua resposta às diversas formas de estímulos e com velocidade de condução de seus axônios periféricos. Todos os aferentes nociceptivos são fibras do tipo A-delta ou C, que podem ser mielinizadas ou não-mielinizadas respectivamente. Algumas respondem somente a intensas formas de estímulos mecânicos, outras a estímulos mecânicos e térmicos e outras ainda, chamadas polimodais, respondem também a estímulos químicos. (DUBNER; BENNET, 1983).

Os nociceptores mecânicos respondem somente a estímulos mecânicos, moderados ou intensos. Tem velocidade de condução de 5 a 35 m/seg e são classificadas como A-delta. Esses nociceptores já foram identificados na pele da região facial de gatos e no periodonto humano, sugerindo-se seu envolvimento com mecanismos doloroso. Nas pesquisas iniciais, foi usada polpa dental em gatos como modelo, passando após, a estudar receptores nociceptivos que supriam outras estruturas faciais, como articulação temporomandibular e músculos, na tentativa de elucidar não só os problemas de neuralgias, mas também de dores orofaciais agudas e crônicas (SESSLE; HU, 1981).

Os receptores polimodais são representados por uma significativa quantidade de fibras C e se caracterizam por sua resposta a estímulos térmicos e mecânicos, sendo muitos deles também excitados por estímulos químicos. Essas fibras tem um

limiar variado para sua sensibilidade máxima. (GRACELY; LYNCH; BENNETH, 1992).

Toda a informação nociceptiva da face é transmitida por aferentes primários que tem o corpo celular localizado no gânglio semilunar trigeminal, ou gânglio de Gasser e chega aos núcleos trigeminais. As raízes das fibras aferentes entram no tronco encefálico na porção intemediária da ponte e descendem pela parte dorsolateral formando o denominado trato espinal trigeminal. (COOPER, 1996).

A dor orofacial é a dor proveniente da boca, face e pescoço (BELL, 1989).

A dor orofacial é a dor decorrente dos dentes (dentina e polpa); do periodonto (apicais, laterais, gengivais); da mucosa; das articulações temporomandibulares; dos músculos do sistema mastigatório; das glândulas salivares; dos seios maxilares; de mecanismos vasculares, neurálgicos, referidos e psicogênicos. (SHARAV et al., 1987).

A dor orofacial de origem não dental foi descrita primeiramente por Costen em 1934, e tem como denominação mais comum síndrome de dor e disfunção temporomandibular (SCHWARTZ, 1959), ou síndrome de disfunção miofascial (COSTEN, 1934). Caracterizam esta síndrome os sinais e sintomas de dor e sensibilidade nos músculos e articulações temporomandibulares, normalmente agravadas na movimentação da mandíbula, limitação desta movimentação ou movimentação assimétrica e/ou trancamento e ruídos articulares, como cliques, crepitação ou ressaltos. (OKENSSON, 1996).

A dor orofacial analisada quando se usa o RDC/TMD é a dor miofascial com ou sem limitação da abertura da boca ou a dor da artrite. É uma dor associada com as ATMs. (DWORKIN; LERESCHE, 1992).

A dor orofacial persistente pode ser dividida em duas classes: nosciceptiva quando resulta da ativação direta dos nosciceptores e neuropática quando resulta da injúria nos nervos do sistema nervoso periférico ou central. (BASSEN, 2012).

De Rossi (2013), refere-se a dor orofacial como a dor associada com os tecidos moles e duros da cabeça, face e pescoço. Diz ainda que é uma experiência

comum na população com profundos efeitos sociológicos e impactos na qualidade de vida.

Claramente pacientes com dor podem apresentar desordens psicológicas, mas é difícil comprovar o quanto isto é a causa ou o resultado (OHRBACH; DWORKIN, 1998).

Os clínicos precisam lembrar que a dor pode ser o sintoma de alguma doença a ser diagnosticada e tratada, porém, a dor pode estar presente na ausência de qualquer achado físico. Fatores, psicológicos e sociais são forças influenciáveis para criar um infinito número de experiências de dor nos pacientes. (TENENBAUM et al., 2001).

O sistema biológico no qual se incluem o substrato anatômico, estrutural e molecular das doenças, interage com as reações psicológicas e sociais, nas quais se incluem os efeitos de motivações e personalidade na doença, advindos do envolvimento cultural e familiar na expressão e experiência da dor (MERRIL, 2007).

Ocasionalmente a dor pode ser de origem psicogênica. A dor psicogênica normalmente é inconsciente, involuntária e pode estar acompanhada por doenças psiquiátricas ou pode ser decorrente de um estresse ou sofrimento mental onde não existe uma doença orgânica, ou ainda pode até haver uma doença orgânica, porém decorrente das condições psicológicas, emocionais e de comportamento. (RENTON; DURHAM; AGGARWAL, 2012; AGGARWAL et al., 2011).

2.2. RDC (RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS)

A falta de uma terminologia comum para as Desordens Temporomandibulares, a carência de dados disponíveis sobre a confiabilidade da mensuração e do diagnóstico, associados com o pequeno número de sistemas de classificação que se apresentassem com especificidade suficiente para serem operacionalizados, levou à criação dos Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das DTMs (RDC). (DVORKIN; LERESCHE, 1992).

Kosminsky (2004) enfatiza que a falta de padronização de um mesmo critério para avaliação dos aspectos relacionados a essa patologia leva a resultados muitas vezes discrepantes.

Svensson (2002) aponta a necessidade de se utilizar um critério de classificação que seja universalmente aceito e validado. Para tanto, foi proposto um instrumento RDC/TMD (Eixos I e Eixo II), que reflete a interação complexa entre as dimensões físicas e psicológicas da dor. Essa evolução para um sistema de eixo duplo foi uma tentativa de permitir uma mensuração confiável de sinais e sintomas de desordens temporomandibulares (Eixo I), bem como fatores psicológicos e psicossociais associados (Eixo II).

O desenvolvimento do RDC/TMD teve como objetivo estabelecer critérios confiáveis e válidos, para diagnosticar e definir subtipos de DTM, pois um dos maiores problemas metodológicos, é a definição precisa, nas populações a serem investigadas. O RDC/TMD estabeleceu um sistema de classificação para pesquisa e consta de um questionário auto-aplicável com 31 questões e de um formulário para exame físico com 10 itens, além de especificações para realização do exame do paciente e critérios de diagnóstico que permitem classificar cada caso de acordo com suas condições físicas (Eixo I) e psicológicas (Eixo II). (PEHLING, 2002).

O RDC/TMD foi proposto inicialmente na língua inglesa, sendo o questionário posteriormente apresentado em versão oficial para a língua portuguesa com o título Critérios de Diagnóstico para a Pesquisa das Disfunções Temporomandibulares. O processo de tradução foi inicialmente realizado por um dos autores que traduziu o

questionário do original em inglês para o português. Em seguida um segundo autor, sem acesso aos originais, realizou a tradução novamente para o inglês. Após correções, os autores chegaram a um consenso. Este questionário e formulário de exame visam possibilitar a pesquisa da DTM no Brasil e em países de língua portuguesa. (PEREIRA JÚNIOR et al., 2004b).

Para a realização da adaptação cultural deste questionário, Kosminsky (2004) realizou uma avaliação da tradução inglês-português e a validação de face (avaliação por um comitê multidisciplinar e pré-teste).

Segundo Góes et al. (2006), esse processo de adaptação cultural resultou em um instrumento de fácil entendimento e aplicação. A versão em português do RDC/TMD foi considerada válida e com resultados reproduzíveis para a população do Brasil, solidificando o caminho na inclusão do Brasil em estudos epidemiológicos em DTM.

O RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) é o sistema de diagnóstico mundialmente utilizado. (WIESE et al., 2008). Este método de diagnóstico baseia-se no consenso dos líderes mundiais, investigadores e clínicos, testado extensivamente quanto a sua reprodutibilidade e hoje utilizado como método confiável e considerado como padrão ouro nas investigações e diagnósticos de DTM (DVORKIN; LERESCHE, 1992; DVORKIN et al., 1990; TRUELOVE et al., 1992; JOHN; DWORKIN; MANCL, 2005; LIST et al., 2006).

O RDC/TMD é um instrumento de avaliação, desenvolvido por um grupo de pesquisadores clínicos e epidemiológicos, com o objetivo de criar um conjunto de critérios de diagnóstico para classificar e tratar os indivíduos com DTM. É destinado à pesquisa e permite uma avaliação multidimensional da dor crônica advinda da DTM, incluindo variáveis clínicas, bem como fatores socioeconômicos que podem influenciar o resultado do tratamento (nível educacional, renda, idade, impacto da dor crônica, etc.). O RDC/TMD permite padronização na obtenção de dados, replicar estudos e fazer possíveis comparações dos achados entre os diversos investigadores. O RDC/TMD se baseia no fato de que não somente fatores clínicos (sinais e sintomas clássicos de DTM: grau de abertura de boca, sensibilidade à palpação, dor em repouso, etc.), como também fatores de ordem sistêmica e

psicossocial em pacientes com distúrbios temporomandibulares podem ser utilizados como fatores prognósticos. (GROSSI et al., 2001; BRILHANTE, 2001; SELAIMEN; BRILHANTE; GROSSI, 2005).

O RDC/TMD é constituído, em parte, por um questionário dividido em duas áreas denominadas de Eixo I, o qual busca o diagnóstico clínico das distúrbios dos músculos mastigatórios e das articulações, representando os fatores físicos baseados nos sinais e Eixo II, que classifica o indivíduo com base no impacto da dor, incapacidade relacionada à dor, além de avaliar os fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais relevantes ao tratamento de pacientes com DTM, representando os fatores psicossociais, baseados nos sintomas.

EIXO I: fatores físicos (sinais)

Os diagnósticos podem ser divididos em três grupos:

Grupo I Disfunções Musculares (dois tipos)

I.a Dor miofascial sem limitação de abertura bucal;

I.b Dor miofascial com limitação de abertura bucal.

Grupo II Deslocamento de Disco (três tipos):

II. a Deslocamento de disco (anterior) com redução (click);

II. b Deslocamento de disco (anterior) sem redução (sem click) com limitação de abertura bucal;

II. c Deslocamento de disco (anterior) sem redução (sem click) sem limitação de abertura bucal.

Grupo III Outras Condições Articulares (três tipos):

III. a Artralgia – quando o paciente sente dor articular na palpação;

III.b Osteoartrite- quando a artralgia esta presente com crepitação;

III. c Osteoartrose- quando não ha artralgia, somente crepitação.

EIXO II: fatores psicossociais (sintomas):

Através de questionário respondido pelo paciente referente aos fatores psicossociais.

- a) Intensidade da dor pela escala visual;
- b) Estado psicológico pela graduação da depressão;
- c) Presença e prevalência de sintomas físicos não relatados, por ex. acidez gástrica.

O uso deste questionário é justificável para diagnóstico pelo fato de que a presença de alguns sinais como estalido, por exemplo, nem sempre é considerada uma DTM, pois estudos demonstraram que um terço dos pacientes clinicamente assintomáticos, após ressonância magnética, teve alguma anormalidade de posicionamento de disco articular. (HAITER-NETO et al., 2002; KATZBERG et al., 1996).

Pereira Jr. et al. (2004) apresentaram a versão oficial para a língua portuguesa dos Critérios de Diagnóstico para a Pesquisa das Disfunções Temporomandibulares.

Grossi et al. (2001) avaliaram o valor prognóstico dos testes neuropsicológicos (testes de memória, concentração e aprendizagem) em pacientes com desordens temporomandibulares (DTM).

Barclay et al. (1999) buscaram validar os Critérios de Diagnóstico para a Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (RDC/TMD) para o diagnóstico do deslocamento de disco com redução, utilizando imagens de ressonância magnética como padrão ouro.

Schmitter et al. (2004) buscaram avaliar a prevalência das doenças articulares com dor miofascial, tanto com ou sem limitação de abertura bucal, e verificar a exatidão dos diagnósticos clínicos relacionados à articulação temporomandibular através do uso de ressonância magnética.

Schmitter et al. (2005a) investigaram a confiabilidade entre examinadores ao usar o eixo I dos critérios de pesquisa de diagnóstico das desordens temporomandibulares (RDC/TMD).

Schmitter et al. (2005b) avaliaram o comportamento psicossocial e as diferenças dos cuidados da saúde utilizados entre subgrupos de pacientes que sofrem de desordens temporomandibulares usando o exame clínico e imagens de ressonância magnética.

Ohlmann et al. (2006) investigaram a capacidade dos diagnósticos clínicos e de ressonância magnética em prever dor nas articulações temporomandibulares. Os achados de modificações anatômicas, assim como líquido articular, deslocamento de disco e osteoartrose não mostraram correlação com dor na ATM. Foi conclusivo que a proximidade anatômica da origem do músculo masseter e o polo lateral da ATM e a possível existência de pontos gatilhos na musculatura, e fatores psicossociais, podem levar a um falso-positivo ou falso negativo diagnóstico de artralgia. Adicionalmente os clínicos devem considerar os aspectos psicossociais da dor em um plano de tratamento ideal.

Kostrzewa-Janicka et al. (2013) sugerem, para diagnóstico de DTM e dor, que além do questionário de RDC/TMD se utilize imagens adicionais de tomografia computadorizada, ou ressonância magnética. Não está descartada a coleta de líquido sinovial, serum, ou urina simples para identificação de processos inflamatórios e degenerativos em curso da cartilagem.

2.3 PLACAS OCLUSAIS

As placas oclusais podem ser definidas como a arte e a ciência para estabelecer a harmonia neuromuscular no sistema mastigatório e criar uma desvantagem mecânica para as forças parafuncionais, com aparelhos removíveis. Os objetivos das placas são conseguir manter uma relação harmoniosa entre os músculos da mastigação, assentamento normal do disco articular, das articulações, dos ligamentos, dos ossos, dos dentes e tendões. (DYLINA, 2001).

No início do século passado, Karoly (1901) introduziu o uso das placas oclusais confeccionadas com vulcanite, e tinha como objetivo principal tratar pacientes com bruxismo. Desde então, vários aparelhos oclusais têm sido confeccionados e indicados para tratar os distúrbios musculares e articulares.

Na década de 1920, a perda da dimensão vertical de oclusão era tida como a principal causa dos problemas articulares. Para tratamento, as placas eram somente colocadas na região posterior. O que se observou com o uso da placa, era a intrusão de pré-molares e molares, o que agravava ainda mais os problemas oclusais. (MONSON, 1921; GOODFRIEND, 1933).

Na década de 1950, Posselt introduziu as placas oclusais de superfícies lisa, com finalidade de eliminar interferências oclusais e para que os côndilos assumissem uma porção ideal ou ótima dentro da cavidade glenóide. (POSSELT, 1955; POSSELT, 1963).

A partir desta placa plana, Ramfjord e Ash, na década de 1960, desenvolveram a placa total lisa, com desocclusão lateral e protrusão pelo canino, na qual todos os dentes se contatam em Relação Cêntrica (RC) conhecida hoje como placa de Michigam. Após o uso desta placa a relação cêntrica muitas vezes muda, quando os músculos relaxam, e a dor nos músculos e atms diminui. (RAMFJORD; ASH, 1994).

Embora a efetividade das placas tenha sido questionada, houve evidências suficientes que o seu uso levou a uma redução da hiperatividade dos músculos elevadores, diminuindo o tônus muscular e fazendo desaparecer o espasmo muscular. (RAMFJORD; ASH, 1971; JARABACK, 1956).

Uma redução significativa da atividade noturna do músculo masseter foi observada enquanto se utilizava a placa em pacientes com bruxismo. (SOLBERG; CLARK; RUGH, 1975).

Carraro e Caffesse. (1978) observaram que tanto as sintomatologias de dor como a de disfunção beneficiaram-se com uso de placas oclusais. 80% dos pacientes que sofrem da Síndrome de ATM melhoram ou podem ser curados somente com o tratamento com placas oclusais.

Alguns autores mostram a quantidade da remissão dos sintomas e sua melhora. Chung; KIN, (1993) encontraram mais de 80% da remissão total ou parcial dos sintomas. Major et al. (1997) encontraram total remissão dos sintomas em 70%

dos pacientes e remissão parcial em 17%. Placas oclusais são empregadas para promover uma função balanceada entre as articulações temporomandibulares, proteger os dentes, redistribuir as forças aplicadas nas articulações, relaxar os músculos mastigatórios e diminuir o bruxismo. (CAPP, 1999).

Goldstein (1999) sugere que as placas oclusais sendo regularmente ajustadas podem compensar as mudanças no inter-relacionamento maxilo-mandibular produzidas por hiperatividade muscular, inflamação e edema.

Kurita et al. (1997) observaram um aumento de 90% no sucesso do tratamento com placas oclusais e posterior ajuste oclusal nos dentes, se necessário, reabilitação oral. Isto demonstra que o uso da placa oclusal combinado com ajuste oclusal trás benefícios intra-articular e evita a progressão da disfunção temporomandibular e dos seus sintomas. Corroboram com estes estudos Kiverskari, Jamsa e Alanen (1998) quando relatam que a eliminação dos contatos prematuros e interferências oclusais reduzem a ocorrência das desordens temporomandibulares.

Murakami et al. (2002) observaram 10 anos após o tratamento com placas oclusais, 80% dos pacientes avaliaram a si mesmos como excelentes e 20% consideravam o tratamento bom. Nenhum paciente apresentou insatisfação.

A terapia com placas tem 6 funções: (1) relaxar os músculos, (2) deixar que o côndilo assente em relação cêntrica, (3) prover informações de diagnóstico, (4) proteger os dentes e estruturas associados do bruxismo, (5) atenuar a propriocepção no ligamento periodontal, (6) reduzir os níveis de hipoxia celular. Embora a terapia com placa seja uma modalidade para aliviar a dor de muitos tipos de desordens temporomandibulares e bruxismo, ainda permanecem dúvidas de quanto e como, as placas atuam. (DYLINE, 2001).

2.4. QUALIDADE DE VIDA

Geralmente, fatores físicos, sociais, e psicológicos estão associados à etiologia das DTMs. Esta informação sobre o desenvolvimento e manutenção das DTMs é definida como o modelo biopsicossocial das DTMs. (DOUGALL et al., 2012).

Baseado em conceitos etiológicos correntes, as condições sistêmicas e físicas, bem como os fatores psicológicos são responsáveis por manter as DTMs. O estresse, depressão e ansiedade mudam o limiar individual para a dor, assim como alteram a os impulsos nociceptivos do sistema nervoso central e a liberação de neurotransmissores (BERTOLI et al., 2007).

Somando-se a estes fatos, as alterações psicológicas aumentam a frequência, intensidade e duração dos hábitos parafuncionais, tais como, ranger e apertar os dentes, os quais causam hiperatividade nos músculos da mastigação, sobrecarga nas articulações temporomandibulares, favorecendo a doença nos indivíduos. (BONJARDIM et al., 2005; MONTEIRO et al., 2011).

Além disso, a dor e o estresse associados com DTM representam uma influência negativa na saúde sistêmica e qualidade de vida do indivíduo, comprometendo as atividades sociais diárias como escola e trabalho, funções afetivas, equilíbrio cognitivo, sono e atividades físicas. (OLIVEIRA et al., 2003).

Os fatores psicológicos podem ser a causa, podem manter, ou exacerbar os sintomas. (GRZESIAK et al., 1991).

Drangsholt e LeResche (1999), em estudo epidemiológico, concluíram que condições de dores pré-existentes, depressão, e o sexo feminino são fatores de risco para DTM.

A oclusão dentária foi previamente considerada como um importante fator etiológico, (RAMFJORD; ASH, 1966), porém atualmente é considerada como um fator contribuinte das DTMs. (SUVINEN et al., 2005; CARLSSON, 2009).

A DTM é caracterizada por uma combinação de fatores físicos, funcionais e psicossociais. Não somente o estresse tem sido qualificado como causa das DTMs, mas tem sido qualificado como fator importante para sua manutenção. (DWORKIN et al., 1990; SUVINEN; READE, 1995; CARLSON et al., 1993).

Oakley e colegas (1993) discutem sobre a necessidade de considerar os fatores psicossociais como fator contribuinte, quando os pacientes não respondem

ao tratamento tradicional médico e dental para a dor. Muitos pacientes que procuram tratamento para sua dor são confrontados com grandes frustrações devido à origem multifatorial da DTM.

Deve haver uma inter-relação entre os fatores biológicos, psicossocial e sociológico envolvidos na disfunção de ATM. Se somente um desses fatores for tratado o resultado pode ser favorável, porém, se os outros forem negligenciados, o resultado favorável conseguido, poderá ser somente temporário. (HAMPF, 1990).

Uma das grandes dificuldades no estudo da dor em DTM é que há uma grande recuperação espontânea nos episódios de dor: 80-90% melhoram por si só em 4-6 semanas; somente 5% de todos os pacientes com DTM têm necessidade de tratamento. (RAO; RAO, 1981; SOLBERG, 1983; KENT, 1985; LUKINMAA, 1989; (SCHIFFMAN, 1990).

A soma de fatores biomecânicos (oclusão e bruxismo) (MARKLUND; WÄNMAN, 2010), com fatores psicológicos como estresse (AKHTER et al., 2011) e depressão (BRADLEY et al., 2001) tem sido associada com DTM, especialmente com dor crônica.

Um número considerável de pacientes com DTM são clinicamente depressivos e esta situação tem influência na resposta destes pacientes às terapias convencionais. (MCNEILL, 1997).

O tratamento para DTM aguda é baseado em placa oclusal, porém, farmacoterapia, terapia física, diminuir o nível de estresse, assim como sono adequado e sem interrupções, são também muito importantes no tratamento de pacientes com DTM. O sono é necessário para as articulações e músculos passarem por um período de descanso, recuperação e reparo. (GEISSER; ROBINSON; RILEY, 1999).

3 PROPOSIÇÃO

O estudo apresenta uma proposição geral para avaliação do tratamento dos pacientes da Clínica de Oclusão da FO-PUCRS e proposições específicas obtidas através do resultado das respostas destes pacientes.

3.1 PROPOSIÇÃO GERAL

Verificar, através de questionário de acompanhamento, se os pacientes que tiveram diagnóstico de DTM e foram tratados pelos alunos da Clínica de Oclusão da FO-PUCRS, apresentaram resultados satisfatórios.

3.2 PROPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

Avaliar através de questionário de acompanhamento se os sinais e sintomas da DTM tiveram alteração, após um período mínimo de 3 meses de tratamento.

Determinar a validade de uma avaliação psicossocial como fator prognóstico no tratamento de pacientes com disfunções temporomandibulares (DTMs), para prever casos com bom prognóstico ou prognóstico reservado.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Os materiais e os métodos estão descritos a seguir e constam da amostra, e dos procedimentos utilizados.

4.1 AMOSTRA

O grupo experimental (DTM) foi constituído por 89 pacientes que procuraram tratamento para dor na região orofacial no Ambulatório da Clínica de Oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS, durante o segundo semestre de 2011 e 2012. Após um período mínimo de três meses de tratamento e/ou acompanhamento no Ambulatório da Clínica de Oclusão da Faculdade de Odontologia, os pacientes foram reavaliados através do Questionário de Acompanhamento. Com base nos dados coletados neste questionário, os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo I (rDTM – os que responderem ao tratamento) e Grupo II (nrDTM – os que não responderem ao tratamento).

Os pacientes atendidos pelos alunos de graduação que estiveram de acordo com os critérios de inclusão e de acordo com a pesquisa foram utilizados como amostra.

Critérios de inclusão:

- a) pacientes adultos (entre 18 e 80 anos);
- b) ambos os gêneros;
- c) pacientes com diagnóstico prévio de dor e/ou DTM realizado através do questionário RDC/TMD;
- d) pacientes com sintomatologia dolorosa de moderada a severa ($eav \geq 4$);
- e) pacientes com no mínimo três meses de acompanhamento;
- f) pacientes que foram tratados com a placa articular rígida de Michigan.

Critérios de exclusão:

- a) pacientes menores de 18 anos;
- b) pacientes com tempo de acompanhamento inferior a 3 meses;
- c) pacientes desdentados totais;
- d) pacientes que utilizam dispositivo interoclusal parcial;
- e) pacientes que necessitam de ajustes dentários;
- f) desdentados parciais com alguma necessidade de reabilitação protética;
- g) pacientes periodontalmente afetados;
- h) pacientes com odontalgia;
- i) pacientes que estejam fazendo uso de antiinflamatórios (exceto paracetamol), ansiolíticos, anticonvulsivantes e/ou analgésicos ópioides;
- j) pacientes que não tiveram diagnóstico de DTM realizado através do questionário RDC/TMD.

4.2 PROCEDIMENTOS

Os procedimentos foram realizados obedecendo os critérios utilizados na disciplina de Oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS.

4.2.1 Protocolo Terapêutico

Inicialmente, os pacientes foram atendidos pelos alunos da graduação, no Ambulatório da Clínica de Oclusão da FO-PUCRS, conforme protocolo da disciplina, que segue a seguinte ordem:

- a) aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais);
- b) aplicação do Eixo I do RDC/TMD (sinais e sintomas de DTM);

- c) acompanhamento dos tratamentos realizados.

Esta ordem foi seguida para evitar que o exame clínico (Eixo I), que exacerba a dor do paciente, pudesse interferir com os resultados dos testes psicossociais (Eixo II).

Após um período mínimo de três meses de tratamento/acompanhamento, os seguintes procedimentos serão realizados pelo pesquisador:

- a) entrega do folheto informativo aos pacientes interessados;
- b) leitura e assinatura do termo de consentimento por parte do paciente;
- c) aplicação do questionário de acompanhamento desta pesquisa para ver o grau de melhora da sintomatologia dolorosa três meses após.

Os pacientes com DTM que melhorarem serão incluídos no Grupo I (rDTM) e os que não melhorarem serão incluídos no Grupo II (nrDTM).

4.2.2 Aplicação do Questionário de Acompanhamento

Os pacientes foram chamados com no mínimo três meses de tratamento para a reavaliação da intensidade de dor orofacial, medida através de questionário de acompanhamento formulado para esta pesquisa. Tal questionário apresenta quatro questões subjetivas, sendo as três primeiras correspondentes às questões 7,8 e 9 do questionário RDC/TMD-Eixo II, respectivamente, e a última, analisa o efeito do tratamento na intensidade da dor (melhorou, continuou igual, piorou).

4.2.3 Critérios de Sucesso no Tratamento

O critério de melhora para que o paciente com DTM possa ser incluído no Grupo I (rDTM) é uma redução superior a 30% na intensidade da dor sobre a avaliação em repouso no início do tratamento (questões sete, oito e nove do RDC/TMD-EixoII) (MAGNUSSON; LIST; HELKIMO, 1995), através das escalas visuais análogas (VAS), correspondentes às questões um, dois e três do Questionário de Acompanhamento.

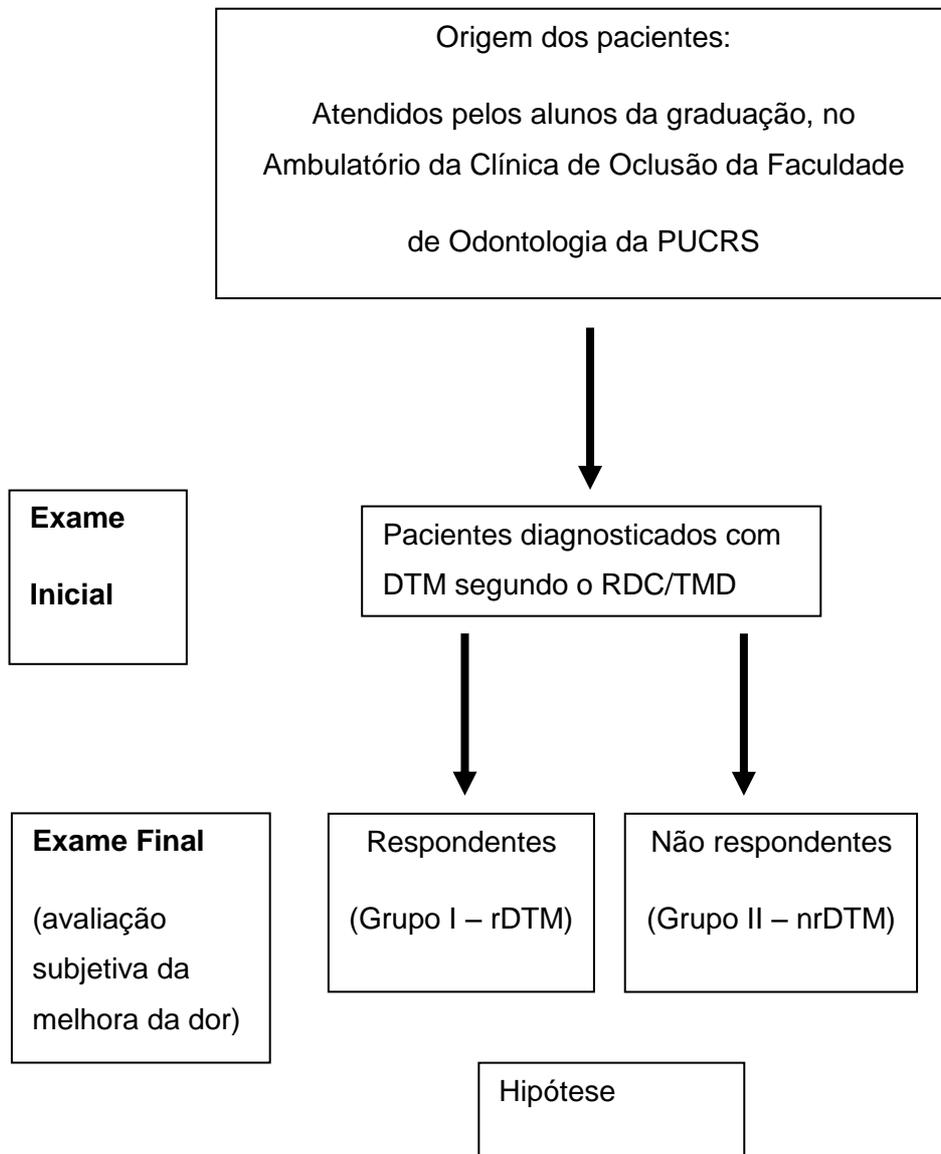
O indivíduo que não apresentar melhora mínima da dor de 30% do valor inicial será inserido no Grupo II (nrDTM).

De forma a determinar o grau de confiabilidade dos resultados, a questão quatro do Questionário de Acompanhamento será respondida. Em cada um dos grupos, comparar-se-á a melhora quanto à escala VAS e a resposta da mencionada questão (melhor/igual/pior).

4.2.4 Delineamento

Estudo Longitudinal Preditivo entre pacientes com DTM respondentes e não respondentes segundo o RDC/TMD. (HENNEKENS et al., 1987).

Figura 1 - Diagrama do protocolo de pesquisa



Fonte: A autora, 2013.

Base de dados e análise de dados utilizando o programa SPSS versão 17.

4.3 CÁLCULO DE AMOSTRAGEM E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados serão organizados de acordo com as normas de apresentação tabular e gráfica da estatística brasileira segundo a ABNT.

A fórmula para o cálculo de amostragem para duas médias independentes entre os grupos I (rDTM) e II (nrDTM) será a seguinte: $n/\text{grupo} = 2[(Z_{(\alpha)} + Z_{(\beta)}) \sigma/\Delta]^2$; na qual, n = é o número estimado de indivíduos em cada grupo, $Z_{(\alpha)}$ = 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%), σ^2 = amostragem da variância presumindo uma variabilidade igual entre os dois grupos, e Δ = suposta diferença esperada. O tamanho da amostra foi calculado usando as médias e desvio padrão dos resultados dos estudos retrospectivos previamente feitos chegando-se ao número de 17. (ROS MENDOZA; CAÑETE CELESTINO; VELILLA MARCO, 2008; BRILHANTE et al., 2001). O número foi aumentado para 30 para compensar as perdas na avaliação após 3 meses. Ao final a amostra totalizou 89 pacientes.

A base de dados será organizada, inserida e analisada através do programa SPSS versão 17 para Windows. Para a análise das variáveis, foram empregados testes não-paramétricos (ex: Pearson's Chi-Square, teste de Sinais Wilcoxon) e testes paramétricos (Student's t test, two-sided test, ANOVA).

4.4 CONSENTIMENTO E CONFIDENCIALIDADE

Embora os questionários que foram utilizados nos pacientes não apresentem nenhum risco aos mesmos, um formulário de informação e um de consentimento foi apresentado e assinado pelos pacientes antes dos testes (ANEXO C).

5 REPERCUSSÃO CLÍNICA

A repercussão clínica deste trabalho será a verificação da eficácia dos tratamentos realizados pelos alunos de graduação da disciplina de oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS (FO-PUCRS), após um período mínimo de três meses de tratamento. A partir dos dados obtidos seria possível prever casos com bom prognóstico e aqueles com prognóstico reservado relacionados ao tratamento para DTM.

6 RESULTADOS

Tabela 1 - Variáveis sócio-econômicas

Variáveis Independentes	
<u>Nível Educacional (%):</u>	(n = 84)
Primeiro grau	19.0
Segundo grau	52.4
Terceiro grau	28.6
<u>Sexo (%):</u>	(n = 89)
Feminino	80.9
Masculino	19.1
<u>Idade (anos):</u>	(n = 89)
Média (desvio-padrão)	42.4 (15.7)
<u>Etnia (%)</u>	(n = 85)
Européia	88.2
Africana ou afro-mista	7.1
Outra	4.8
<u>Renda Pessoal e/ou Familiar (%)</u>	(n = 79)
Até 3 salários-mínimos	36.7
4 a 6 salários-mínimos	46.8
6 a 9 salários-mínimos	11.4
Acima de 10 salários-mínimos	5.1
<u>Vínculo empregatício (%)</u>	(n = 85)
Empregado	64.7
Desempregado	10.1
Aposentado	15.3
Estudante	9.4
<u>Estado Civil (%)</u>	(n = 86)
Casado	45.3
Solteiro	39.5
Separado/Divorciado	12.8
Viúvo	2.3

Fonte: A autora, 2013.

Na Tabela 1 podemos observar que o nível educacional dos pacientes de dor crônica é elevado, o que provavelmente indica que os pacientes mais educados são os que tomam mais cuidado com o corpo.

A idade média elevada também corrobora a indicação que os pacientes mais maduros tem mais cuidado com o corpo e procuram mais tratamento, pois a DTM também ocorre em idades mais jovens.

A etnia européia predominante também confirma estes dados.

A renda foi baixa/média na maior parte dos pacientes o que indica a escolha da PUCRS como local de tratamento, devido ao baixo custo.

A maioria estava empregada ou aposentada, contudo o índice de desemprego foi maior do que a média do IBGE (6%). Isto pode indicar que o desemprego pode ser um fator de risco no desenvolvimento da DTM.

Tabela 2 - Resultados do RDC/DTM Eixo II em pacientes com DTM e DOF para variáveis relacionadas à intensidade, frequência e impacto da dor, além da melhora da dor após o tratamento

Variáveis Independentes	
Graduação da Dor Crônica (%):	(n = 89)
Grau 0 = sem dor nos últimos 6 meses	39.3
Grau I = baixa intensidade	21.3
Grau II = alta intensidade	27.0
Grau III = limitação moderada	11.2
Grau IV = limitação severa	1.1
Grau de Incapacidade (%):	(n = 71)
0 pontos de incapacidade	53.5
1 ponto de incapacidade	16.9
2 pontos de incapacidade	11.3
3 pontos de incapacidade	11.3
4 pontos de incapacidade	5.6
5 pontos de incapacidade	1.4
Frequência da dor (%):	(n = 68)
Ausente	2.9
Recorrente	30.9
Persistente	61.8
Uma vez só	4.4
Intensidade da dor antes do tratamento (CID)	(n = 72)
(EAV – 100 mm): Média (desvio-padrão)	53.0 (26.7)*
Intensidade da dor após o tratamento (CID)	(n = 66)
(EAV – 100 mm): Média (desvio-padrão)	23.3 (28.3)*
Duração da dor antes do tratamento (meses) : Média (desvio-padrão)	(n = 76)
	43.1 (70.0)
Melhora subjetiva da dor pelo paciente (%)	(n = 68)
Dor melhorou com o tratamento	82.4
Dor continua igual	4.4
Dor piorou	13.2
Procurou algum profissional de saúde (%)	(n = 87)
Sim	52.9
Não	47.1

* p < 0.001 (CID antes versus após), Wilcoxon signed ranks test

Fonte: A autora, 2013.

Na Tabela 2, a graduação da dor e o grau de incapacidade indicam um baixo impacto nas atividades diárias do paciente, mas ainda assim cerca de 12.3% dos pacientes tiveram uma limitação moderada ou severa nas suas atividades diárias.

O padrão de dor é recorrente, o que confirma a natureza crônica das dores de DTM. A dor foi de intensidade média (5 de 10), e de intensidade fraca (2 de 10) após o tratamento, comprovando uma redução de 60% na dor após o tratamento.

A melhora subjetiva foi de 82.4%, o que concorda com os dados objetivos de medição da dor.

A procura de pacientes por profissionais de saúde foi de 52.9%, pois a maioria dos pacientes ainda desconhece o problema e não sabem que o dentista pode ajudar.

Tabela 3 - Resultados do RDC/DTM Eixo II e do SAQ em pacientes com DTM e DOF para variáveis psicossociais relacionadas à dor crônica

Variáveis dependents	
<u>Depressão (escore de 0 a 4):</u>	(n = 89)
Média (desvio-padrão)	0.8 (0.7)
<u>Somatização com dor (escore de 0 a 4):</u>	(n = 89)
Média (desvio-padrão)	0.9 (0.8)
<u>Somatização sem dor (escore de 0 a 4):</u>	(n = 89)
Média (desvio-padrão)	0.8 (0.8)
<u>Questionário de Avaliação do Sono - SAQ</u>	
<u>(escore de 0 a 85):</u>	(n = 55)
Média (desvio-padrão)	26.2 (13.5)
<u>Epworth Sleepiness Scale – ESS-BR</u>	
<u>(escore de 0 a 18)</u>	(n = 48)
Média (desvio-padrão)	6.0 (5.1)

Fonte: A autora, 2013.

Na Tabela 3, os níveis de depressão e somatização foram baixos e a dor apenas provocou um leve aumento como mostrado nos dados de somatização com e sem dor. Contudo, os níveis de distúrbios de sono foram elevados.

Normalmente, qualquer resultado acima de 22 no SAQ é considerado um distúrbio de sono.

Os níveis no ESS-BR indicam apenas baixa sonolência.

Tabela 4 - Resultados da correlação de Pearson entre a intensidade de dor e as variáveis psicossociais relacionadas em pacientes com DTM e DOF

Variáveis Independentes	
<u>Intensidade da dor inicial (CDI) versus depressão: correlação (Spearman's rho)</u>	(n = 72) 0.17
<u>Intensidade da dor (CDI) versus somatização com dor: correlação (Spearman's rho)</u>	(n = 72) 0.21
<u>Intensidade da dor (CDI) versus somatização sem dor: correlação (Spearman's rho)</u>	(n = 72) 0.20
<u>Intensidade da dor (CDI) versus SAQ correlação (Spearman's rho)</u>	(n = 39) 0.33
<u>Intensidade da dor (CDI) versus ESS-BR: correlação (Spearman's rho)</u>	(n = 33) 0.36

Fonte: A autora, 2013.

Na Tabela 4, semelhante a Tabela 3 , houve uma baixa correlação entre dor com depressão e somatização, mas houve uma correlação média com os distúrbios de sono.

7 DISCUSSÃO

Porque algumas pessoas desenvolvem DTM e porque outras pessoas se mantêm saudáveis. Porque algumas pessoas respondem ao tratamento empregado e outras não. As DTMs apresentam preferencialmente dor e disfunção nas articulações temporomandibulares (ATMs) e dor e desconforto no tecido miofascial. A mais de 40 anos se estuda a etiologia da DTM artrogênica e miogênica e seus fatores contribuintes. Etiologicamente os fatores oclusais, parafuncões, (bruxismo e outras) trauma, hiper mobilidade, estresse, personalidade, idade, gênero, hereditariedade e doenças sistêmicas estão bem estabelecidos, porém a importância dos fatores associados pode ser diferente. Como a DTM apresenta etiologia multifatorial, também é difícil analisar e avaliar a importância dos componentes individuais. Quanto à morbidade da doença, nosso estudo faz um inquérito verbal através do RDC/DTM Eixo II e uma avaliação por diagnóstico através de exame clínico no RDC/DTM Eixo I. O nível educacional dos pacientes de dor crônica foi elevado, pois 52,4 % tem educação de segundo grau o que provavelmente indica que os pacientes mais educados são os que tomam mais cuidado com o corpo. São também os que procuram e tem maior acesso a informações sobre saúde. Normalmente fazem um controle preventivo de sua saúde. Em outras palavras, se um indivíduo com um nível educacional mais baixo alega sofrer mais dor do que uma pessoa com um nível educacional mais elevado, pode ser porque o primeiro sofre um distúrbio mais doloroso. No entanto, se, em geral, pacientes com nível educacional menor sofrem mais dor do que os indivíduos com maior nível educacional pode-se suspeitar da influência de algum componente social (BLANCO-HUNGRÍA et al., 2012). Pereira et al. (2009) relataram que o aumento da depressão e somatização pode diagnosticar como indicadores de DTM, particularmente em relação à intensidade da dor (IPC), com até 31 vezes maior influência em adolescentes do sexo feminino do que nos homens. Em nosso estudo 80,9% dos pacientes são mulheres e a maior procura pelas mulheres ao tratamento, tanto para si mesmas como para os filhos e marido, faz com que elas tenham mais facilidade para expor seus sintomas aos profissionais da área de saúde e assim serem encaminhadas para um tratamento adequado. Porém a literatura ainda não encontra uma explicação satisfatória para maior frequência em mulheres, sendo então atualmente, procurado resposta nos fatores sociais, psíquicos ou econômicos.

Através dos estudos revisados podemos dizer que a variável de pacientes do gênero feminino é dominante. Os trabalhos sempre mostraram isto e continuam mostrando. Várias teorias tentam explicar, desde os fatores biológicos próprios das mulheres, quanto os também fatores psicossociais próprios das mulheres. Mulheres são muito diferentes dos homens. Mulher tem hormônios diferentes dos homens. Meninas são orientadas diferentes dos meninos desde a infância. E isto está demonstrado nos estudos de dor e DTM.

A prevalência de mulheres nesta amostra é compatível com outros relatos publicados na literatura, e pode estar relacionada à presença de aspectos constitucionais, endócrinos, culturais e comportamentais das mulheres (TURNER; MANCL; AARON, 2006). O presente estudo mostra que as mulheres sofrem dor mais intensa do que os homens, em coincidência com as observações de outros estudos. De acordo com Rohlfs et al. (2000), a saúde da mulher e do homem são diferentes, pois homens e mulheres não sofrem a mesma doença como resultado de fatores biológicos, nem com a mesma intensidade e riscos, pois existem fatores sociais que influenciam a saúde, e estes fatores tem diferente compreensão de acordo com o gênero. De acordo com Bonjardin et al. (2009), há um claro desequilíbrio entre homens e mulheres. No entanto, a diferença se mostrou significativa para a ansiedade, mas não para depressão. Autores como LeResche et al. (2003; 2007), exploraram a influência dos hormônios, e particularmente dos estrogênios, como um fator etiológico no surgimento e perpetuação da dor orofacial e das desordens da articulação temporomandibular. A idade média em nosso estudo, foi de 42,4 anos de idade e o desvio padrão de 15,7, o que corrobora a indicação que os pacientes mais maduros tem mais cuidado com o corpo e procuram mais tratamento, pois a DTM também ocorre em idades mais jovens. Para Blanco-Hungría et al. (2012), a idade dos pacientes variou entre 18 e 86 anos, com uma média de 45,8 anos ($\pm 15,8$). Pereira Júnior (2004a), em trabalho de revisão abordando aspectos epidemiológicos, concluíram que a prevalência de sinais e sintomas de DTM é baixa em crianças, aumenta em adolescentes e adultos jovens e decresce a partir dos 45 anos de idade, sendo rara em idosos. Estudo em pré-adolescente com 12 anos de idade Pereira et al. (2009), concluíram que variáveis psicológicas e sexo feminino são importantes indicadores de risco na incidência da DTM, mesmo em adolescentes. Com relação à média de idade de 42,4 anos, que

encontramos, está de acordo com outros relatos na literatura (GOOSSENS et al., 2005).

A renda relatada em nosso estudo, foi baixa/média, na maior parte dos pacientes, 83,5% até 6 salários mínimos o que indica a escolha PUCRS como local de tratamento devido ao baixo custo. Normalmente os indivíduos de baixa renda estão expostos a trabalhos que apresentam riscos a sua saúde, além de possuírem habitações com piores condições de saneamento, portanto estes indivíduos têm maior chance de adoecer. A maioria estava empregada (64,7%) ou aposentada, (15,3%), assim como estudo em população canadense 67,8%. (GROSSI et al., 2001), e estudo em pacientes com síndrome do intestino irritável 74,3 % (GROSSI et al., 2008). Contudo o índice de desemprego neste estudo a (10,1%) foi maior do que a média do IBGE (4,6%). Isto pode indicar que o desemprego pode ser um fator de risco no desenvolvimento da DTM. Neste estudo, estavam casados 45,3%. Porém solteiros e separados somaram 52,3 %. O restante das variáveis sociodemográficas, tais como educação, estado civil, ou renda têm sido pouco investigados em relação à DTM (13) 2008. Os níveis de distúrbios do sono em nosso estudo foram elevados (26,2). Normalmente acima de 22 no SAQ é considerado um distúrbio do sono. Apesar de não ter sido identificado qual o distúrbio do sono predominante, sabemos que o bruxismo noturno é o mais estudado dentro da categoria dos distúrbios do sono de movimento. É muito difícil encontrar indivíduos que apresentam dor de cabeça crônica, especialmente, migraine, que estejam livres de DTM e bruxismo noturno, pois a associação do bruxismo noturno com a dor da DTM aumenta grandemente o risco de enxaqueca, de dor de cabeça por tensão e especialmente enxaqueca crônica. (CIANCAGLINI; GHERLONE; RADAELLI; 2001). Embora estudos prévios tenham explorado a associação do bruxismo com os sintomas de DTM, os achados não são conclusivos. Em geral estudos tem verificado uma forte associação entre o bruxismo do sono e a presença de sinais e sintomas de DTM, bem como aumentando o risco de seu desenvolvimento. (ROMPRE et al., 2007; PENNA; RECUPERO; GIL, 2009). Os níveis no ESS_BR indicam apenas baixa sonolência. A graduação da dor e o grau de incapacidade indicam um baixo impacto nas atividades diárias do paciente, mas ainda assim 12,3% dos pacientes tiveram uma limitação moderada ou severa nas suas atividades diárias. Em nosso estudo, 48,3% dos pacientes apresentaram dor, sendo 21,3 % com dor de baixa

intensidade e 27,0% com dor de alta intensidade, Mesmo que tenha havido uma limitação moderada de suas atividades diárias, a dor da DTM não foi um fator que impediu o paciente de realizar suas atividades. Ou melhor, mesmo com dor ele realizou suas atividades diárias. Provavelmente os pacientes façam uso de algum tipo de analgésico quando a dor atinja o seu nível de incômodo. Mesmo com o padrão de dor sendo persistente, ela foi de intensidade média (cinco de 10) e de intensidade fraca após o tratamento (dois de 10). A melhora subjetiva da dor pelo paciente foi de 82,4% o que concorda com os dados objetivos de medição da dor após o tratamento. Em nosso estudo os escores de depressão e somatização foram baixo o que sugere que não foram fortes fatores predisponentes ou iniciantes de DTM. Outras investigações são necessárias antes de estabelecer e confirmar uma relação entre DTM e fatores psicológicos Os resultados na Tabela 4, da correlação de Pearson entre intensidade da dor e as variáveis psicossociais relacionadas com pacientes com DTM e DOF foram semelhante aos encontrados na Tabela 3, ou seja, houve uma baixa correlação entre dor com depressão e somatização, mas houve uma correlação média com os distúrbios de sono. Atualmente há consideráveis descrições na literatura sobre a alta prevalência entre níveis moderados e severos de depressão e somatização em pacientes com DTM crônica, porém informação sobre sua correlação com a severidade da dor é pequena.

Estudos prévios entre DTM e depressão não determinam se a depressão ocorreu antes do início da DTM ou ocorreu como consequência da DTM. Os resultados deste estudo demonstram a importância das medidas da avaliação psicossocial (RDC/DTM Eixo II) de pacientes com DTM. Os transtornos mentais poderão exercer uma influência considerável na etiologia da DTM, na medida em que potencializam a dor. Isto ocorre em função do aumento da tensão muscular, dos distúrbios do sono e de outras alterações fisiológicas advindas destes transtornos. (PENNA; RECUPERO; GIL, 2009). A depressão é prevalente entre os pacientes de DTM crônica com dor, e pacientes com DTM mais fatores psicológicos tiveram uma fraca resposta ao tratamento dental sozinho (INCESU et al., 2004).

Pacientes depressivos tem mais problemas de DTM, o que os leva a procurar atendimento dental. Há necessidade de pesquisas para avaliar DTM entre pacientes geriátricos. Lopes et al. (2012), conclui que seus resultados sugerem que fatores

psicológicos em pacientes como depressão maior não é um forte fator para predispor ou iniciar DTMs em seu grupo. Mais investigações envolvendo fatores psicológicos são necessárias para confirmar a interrelação entre DTM e fatores psicológicos.

Nosso estudo produziu resultados que não podem ser estendidos para a população em geral, pois a seleção dos pacientes foi feita pela inclusão de um percentual do total da população atendida no Ambulatório da Clínica de Oclusão da PUCRS.

8 CONCLUSÃO

O uso do aparelho oclusal do tipo Michigan, tem resultados satisfatórios quanto a melhora da dor da DTM nos pacientes após três meses de uso. Nas variáveis analisadas observamos que embora existam muitos elementos biológicos que provoquem a diferença da resposta na saúde dos pacientes, há necessidade de intensificar os estudos nas diferenças sociais e culturais, que certamente poderão ser responsáveis por estas respostas diferentes.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, V. R. et al. Psychological interventions and management of chronic orofacial pain. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 11, CD008456, 9 nov. 2011.

AKHTER R. et al. Development of temporomandibular disorder symptoms: a 3-year cohort study of university students. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 38, n. 6, p. 395-403, 2011.

AMORIM, C. F. et al. Electromyographic analysis of masseter and anterior temporalis muscle in sleep bruxers after occlusal splint wearing. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, New York, v. 16, n. 2, p. 199-203, 2012.

BALLEGAARD, V. et al. Are headache and temporomandibular disorders related A blinded study ? **Cephalalgia**, Oslo, v. 28, p. 832-41, 2008.

BARCLAY, P. et al. Comparison of clinical and magnetic resonance imaging diagnoses in patients with disk displacement in the temporomandibular joint. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St. Louis, v. 88, p. 37-43, 1999.

BASSEN, D. S. Chronic pain : A neuroscientific understanding. **Medical Hypotheses**, New York, v. 78, p. 79-85, 2012.

BELL, W . **Orofacial pains: classifications, diagnosis, management**. 4. ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1989.

BERTOLI, E. et al. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 21, n. 2, p. 107-119, 2007.

BLANCO-HUNGRÍA, A. et al. Influence of sociodemographic factors upon pain intensity in patients with temporomandibular joint disorders seen in the primary care setting. **Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal**. Valencia, v. 17, n. 6, p. e1034-41.

BONJARDIM, L. R. et al. Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. **The International Journal of Prosthodontics**, Lombard, v. 18, n. 4, p. 347-52, 2005.

BONJARDIM, L. R. et al. Association between symptoms of temporomandibular disorder and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. **Indian. J. Dent. Res.** Ahmedabad, v. 20, p. 190-4, 2009.

BRADLEY, L. A. et al. Theoretical perspectives on the relationbetween catastrophizing and pain. **The Clinical journal of pain**, New York, v 17, n. 1, p. 52-64, 2001.

BRILHANTE, D. P. **Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares**. 2001. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

CAPP, N. J. Occlusion and splint therapy. **British Dental Journal**, London, v. 186, n. 5, p. 217- 222, mar. 1999.

CARLSON, C. R. et al. Comparisson of psychologic ans physiologic functioning between patients with mastigatory muscle pain and matched controls. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 7, p. 15-22, 1993.

CARLSSON, G. E. Critical review of some dogmas in prosthodontics. **Journal of Prosthodontic Research**, Amsterdam, v. 53, p. 3-10, 2009.

CARRARO, J. J.; CAFFESSE, R. G. Effect of occlusal splints on TMJ symptomatology. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis, Mo, v. 40, n. 5, p. 563-566, nov. 1978.

CHUNG, S. C.; KIN, H. S. The effect of the stabilization splint on the TMJ closed lock. **Cranio**, Chattanooga, v. 11, p. 95-101, 1993.

CIANCAGLINI, R.; GHERLONE, E. F.; RADAELLI, G. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from themasticatory system in the adult population. **J. Oral. Rehabil.** Oxford, v. 28, p. 842–48, 2001.

COOPER, K. R. **The biomechanical basis of neuropharmacology**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 1996.

COSTEN, J. B. Syndrome of ear and sinus symptom dependent upon disturbed functions of the temporomandibular joint. **The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology**, St. Louis, v.43, p. 1-15, 1934.

DE ROSSI, S. S. Orofacial pain: a primer. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 57, n. 3, p. 383-392, jul. 2013.

DORLANDS, I. **Dorlands ilustraded medical dicrionary**. 26. ed. Philladelphia: W. B. Saunders, 1981.

DOUGALL, A. L. et al. Biopsychosocial factors associated with thesubcategories of acute temporomandibular joint disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 26, n. 1, p. 7-16, 2012.

DRANGSHOLT, M.; LERESCHE, L. Temporomandibular disorder pain. In: CROMBIE, I. K. (Ed.). **Epidemiology of pain**. Seattle: IASP, 1999. p. 203–33.

DUBNER, R.; BENNET, G. J. Spinal and trigeminal mechanisms of nociception. **Annual review of neuroscience**, Palo Alto, v. 6, p.381-418, 1983.

DWORKIN, S. F. et al Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular joint disorders: clinical signs in cases and controls. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 120, n. 3, p. 273-281, 1990.

DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Reserch diagnostic criteria for tempormandibular disorders: review,criteria,examination and specifications, critique. **Journal of Craniomandiblar Disorders**, Lombard, v. 6, n. 4, p. 301-355, 1992.

DYLINA, T. J. A common-sense approach to splint therapy. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis, v. 86, n. 5, p. 539-545, nov. 2001.

FERNANDES, G. et al. Temporomandibular disorders, sleep bruxism, and primary headaches are mutually associated. **J. Orofac. Pain**. Carol Stream, v. 27, n. 1, p. 14-20, 2013.

FRICTON, J. et al. Myofascial pain and dysfunction of the head and neck: a review of the clinical characteristics of 164 patients. **Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology**, St. Louis, v. 60, p. 615-623, 1985.

FRICTON, J. R.; DUBNER, R. **Dor orofacial e desordens temporomandibulares**. São Paulo: Santos, 2003.

GEISSER, M. E; ROBINSON, M. E; RILEY, J. L. Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain: let's focus more on the negative. **Pain Forum**, Philadelphia, v. 8, n. 4, p. 161-168, 1999.

GÓES, P. S. et al. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 312-317, 2006.

GOLDSTEIN, B. H. Temporomandibular disorders. A review of current understanding. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St. Louis, v. 88, n. 4. p. 379-385, 1999.

GOODFRIEND, D. J. Dysarthrosis and subarthrosis of the mandibular articulation. **The Journal of the American Dental Association and the Dental Cosmos**, Chicago, v. 74, n. 6, p. 523-535, 1932.

GOODFRIEND, D. J. Symptomatology and treatment of abnormalities of the mandibular articulation(normal). **The Journal of the American Dental Association and the Dental Cosmos**, Chicago, v. 75, p. 844-855, 947-960, 1933.

GOOSSENS, M. E. et al. Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. **Clin. J. Pain.** Hagerstown, v. 21, n. 1, p. 18-26, jan.-feb. 2005.

GRACELY, R. H.; LYNCH, S. L.; BENNETH, G. J. Painful neuropathy: altered central processing maintained dynamically by peripheral input. **Pain**, Amsterdam, v.51, n. 2, p.175-194, 1992.

GROSSI M. L. et al. Reduced neuropsychologic measures as predictors of treatment outcome in patients with temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 15, n. 4, p. 329-339, 2001.

GROSSI, M. L. et al. Irritable bowel syndrome patients versus responding and nonresponding temporomandibular disorder patients: a neuropsychologic profile comparative study. **Int. J. Prosthodont.** Lombard, v. 21, n. 3, p. 201-9, may-jun. 2008.

GRZESIAK, R. C. Psychologic Consideration in Temporomandibular Dysfunction- A biopsychosocial view of symptom formation. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 209-226, 1991.

HAITER-NETO, F. et al. Disk position and the bilaminar zone of the temporomandibular joint in asymptomatic Young individuals by magnetic resonance imaging. **Oral Surgery Oral Medicine, Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics**, St. Louis, v. 94, n. 3, p. 372-378, 2002.

HAMPF, G. A biopsychosocial approach to TMJ pain--or looking for keys in the dark. **Proceedings of the Finnish Dental Society**, Helsinki, v. 86, n. 3-4, p. 171-181, 1990.

HENNEKENSCH, C. H.; BURING J. E. **Epidemiology in medicine**. Boston: Little Brown and Company, 1987.

INCESU, L. et al. Relationship of condylar position to disc position and morphology. **J. Radiol.** Paris, v. 51, p. 269-73, 2004.

JARABACK, J. An electromyographic analysis of muscular and temporomandibular joint disturbances due to imbalances in occlusion. **The Angle orthodontist**, Appleton, v. 26, p. 170, 1956.

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

KAROLYI, M. Beobachtungen uber pyorrhoea alveolaris. **Oeslerreich-Ungarische Viecljahrsschriftfur Zahnheilkunde**, Wien, v. 17, p. 273, 1901.

KATZBERG, R. W. et al. Anatomic disorders of the temporomandibular joint disk in asymptomatic subjects. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 54, n. 2, p. 147-153, 1996.

KENT, G. Prevalence vs. incidence of mandibular pain dysfunction syndrome: implications for epidemiological research. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 13, n. 2, p. 113-116, 1985.

KIVERSKARI, P.; JAMSA, T.; ALANEN, P. Occlusal adjustment and the incidence of demand for temporomandibular disorder treatment. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis, v. 79, n. 4, p. 433-448, 1998.

KOSMINSKY, M. Adaptação cultural do questionário research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Axis II para o português. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, Curitiba, v. 8, n. 43, p. 51-61, 2004.

KOSTRZEWA-JANICKA, J. et al. **Advances In Experimental Medicine and Biology**, New York, v. 788, p. 207-111, 2013.

KREINER, M.; BETANCOR, E.; CLARK, G. T. Occlusal stabilization appliances. Evidence of their efficacy. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 132, n. 6, p. 770-777, jun. 2001.

KUMAR, A.; BRENNAN, M. T. Differential Diagnosis of orofacial pain and temporomandibular disorder. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 57, n. 3, p. 465-479, jul. 2013.

KURITA, H.; KURASHITA, K.; KOTANI, A. Clinical effect of full coverage occlusal splint therapy for specific temporomandibular disorder conditions and symptoms. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis v. 78, n. 5, p. 506-510, 1997.

LASKIN, D. M. Etiology of the pain dysfunction syndrome. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 79, n. 1, p. 147, 1969.

LASKIN, D. M. Temporomandibular disorders: a term past its time? **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 139, n. 2, p. 124-128, 2008.

LERESCHE, L. et al. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. **Pain**, Amsterdam, v. 106, p. 253-61, 2003.

LERESCHE, L. et al. Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. **Pain**, Amsterdam, v. 129, p. 269-7, 2007.

LIST, T. et al. Recalibration improves inter-examiner reliability of TMD examination. **Acta Odontologica Scandinavica**, Stockholm, v. 64, n. 3, p. 146- 52, 2006.

LOPES, S. L. et al. Clinical and MRI investigation of temporomandibular joint in major depressed patients. **Dentomaxillofac. Radiol.** Erlangen, v. 41, n. 4, p. 316-22, 2012.

LUKINMAA, A. Low back pain as a biopsychosocial problem. A controlled clinical trial and a cost-effectiveness analysis. **Kansaneläkelaitoksen Julkaisuja**, Tokio, ML, p. 90, 1989.

MAGNUSSON, T; LIST, T. HELKIMO, M. Self-assessment of pain and discomfort in patients with temporomandibular disorders: a comparison of five different scales with respect to their precision and sensitivity as well as their capacity to register memory of pain and discomfort. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 22, n. 8, p. 549-556, 1995.

MAJOR, P. W.; NEEBE, B. Use and effectiveness of splint appliance therapy. Review of literature. **Cranio**, Chattanooga, v. 15, p. 159-166, 1997.

MARKLUND, S.; WÄNMAN, A. Risk factors associated with incidence and persistence of signs and symptoms of temporomandibular disorders. **Acta Odontologica Scandinavica**, Stockholm, v. 68, n. 5, p. 289-299, sep. 2010.

MARTIN, J. H. **Neuroanatomy: text and atlas**. 2. ed. Stamford: Appleton & Lange, 1996.

MARTINS, R. J. et al. The relation between socio-economic class and demographic factors in the occurrence of temporomandibular joint dysfunction. **Cien. Saude Colet.** Rio de Janeiro, v. 13, p. 2089-96, 2008.

MCNEILL, C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis, v. 77, n. 5, p. 510-522, may 1997.

MCNEILL, C. **Temporomandibular disorders: guidelines for classification, assessment and management**. 2. ed. Chicago: Quintessence, 1993.

MELZACK, R.; WALL, P. D. **The challenge of pain**. New York: Penguin Books, 1984.

MERRIL, R. L. Central mechanisms of orofacial pain. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v. 51, n. 1, p. 45-46, 2007.

MERSKEY, H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by IASP Subcommittee on taxonomy. **Pain**, Amsterdam, v. 6, n. 3, p.249, Jun. 1979.

MERSKEY, H. Some features of the history of the Idea of pain. **Pain**, Amsterdam, v. 9, n. 1, p. 3. aug.1980.

MONSON, G. S. Impaired function as a result of closed bite. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 7, n. 5, p. 399-404, 1920.

MONSON, G. S. Impaired function as a result of a closed bite. **National Dental Association Journal**, Washington, DC, v. 8, p. 833-839, 1921.

MONTEIRO D. R. et al. Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. **Journal of Prosthodontic Research**, Amsterdam, v. 55, n. 3, p. 154-158, jul. 2011.

MURAKAMI, K. et al. Ten-year outcome of nonsurgical treatment for the internal derangement of the TMJ with closed lock. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St. Louis, v. 94, p. 572-575, 2002.

OAKLEY, M. E. et al. Screening for psychological problems in temporomandibular disorders patients. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 7, n. 2, p. 143-149, 1993.

OHLMANN, B. et al. Prediction of TMJ arthralgia according to clinical diagnosis and MRI findings. **The International Journal of Prosthodontics., Lombard**, v. 19, p. 333-338, 2006.

OHRBACH, R.; DWORKIN, S. F. Five –years outcomes in TMD: relationship of changes in pain to changes in physical and psychological variables. **Pain**, Amsterdam, v. 74, n. 2-3, p. 315-326, 1998.

OKENSSON, J. P. **Orofacial pain**: guidelines for assesement, diagnosis and management. Chicago: Quintessence, 1996.

OLIVEIRA, A. S. et al. [Pain impact on life of patients with temporomandibular disorder]. **Journal of Applied Oral Science**: revista FOB, Bauru, v. 11, n. 2, p. 138-143, 2003.

PEHLING, J. Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 16, n. 4, p. 296-304, 2002.

PENNA, P. P.; RECUPERO, M.; GIL, C. Influence of psychopathologies craniomandibular disorders. **Braz. Dent. J.** Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 226-30, 2009.

PEREIRA JÚNIOR, F. J Visão geral das desordens temporomandibulares. Parte I: definição, epidemiologia e etiologia. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 52, n. 2, p. 117 -21, 2004a.

PEREIRA JÚNIOR, F. J. et al. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções

temporomandibulares (RDC/TMD). **Jornal Brasileiro de Clinica Odontologica Integrada**, Curitiba, v. 8, n. 47, p. 384-395, out.-dez. 2004b.

PEREIRA, L. J. et al. Psychological factors and the incidence of temporomandibular disorders in early adolescence. **Braz. Oral. Res.** São Paulo, v. 23, p. 155-60, 2009.

POSSELT, U. **Bettlara och bettanalys**. Copenhagen: Dansk Videnskabs Forlag, 1955.

POSSELT, U. Treatment of bruxism by bite guards and bite plates. **Journal of Canadian Dental Association**, Ottawa, v. 29, p. 773-778, 1963.

PRENTISS, H. J. A preliminary report upon the temporomandibular articulation in the human. **The Journal of the American Dental Association and the Dental Cosmos**, Chicago, v. 60, n. 6, p. 505-512, 1918.

RAMFJORD, S. P.; ASH, M. M. Diagnosis and treatment of functional disturbance of temporomandibular joints and muscles. In: RAMFJORD, S. P.; ASH, M. M. (Ed). **Occlusion**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1966. p. 355-88.

RAMFJORD, S. P.; ASH, M. M. **Occlusion**. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1971.

RAMFJORD, S. P.; ASH, M. M. Reflections on the Michigan occlusal splint. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 491-500, 1994.

RAO, M. B.; RAO, C. B. Incidence of tempero-mandibular joint pain dysfunction syndrome in rural population. **International Journal of Oral Surgery**, Copenhagen, v. 10, n. 4, p. 261:265, 1981.

RENTON, T.; DURHAM, J.; AGGARWAL, V. R. The classification and differential diagnosis of orofacial pain. **Expert Review of Neurotherapeutics**, London, v. 12, n. 5, p. 569-576, 2012.

ROBINSON DE SENNA, B. et al. Condyle-disc-fossa position and relationship to clinical signs and symptoms of temporomandibular disorders in women. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.** St. Louis, v. 108, p. 117-24, 2009.

ROHLFS, I. et al. The importance of gender perspective in health interview surveys. **Gac. Sanit.** Madrid, v. 14: p. 146-55, 2000.

ROMPRE, P. H. et al. Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. **J. Dent. Res.** Chicago, v. 86 p. 837-42, 2007.

ROS MENDOZA, L. H.; CAÑETE CELESTINO, E.; VELILLA MARCO, O. O. Magnetic resonance imaging of the temporomandibular joint. **Radiologia**. Madrid, v. 50, n. 5, p. 377-385, 2008.

SCHIFFMAN, E. L. et al. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 120, n. 3, p. 295-303, 1990.

SCHMITTER, M. et al. Psychosocial behavior and health care utilization in patients suffering from temporomandibular disorders diagnosed on the basis of clinical findings and MRI examination. **European Journal of Pain**, London, v. 9, n. 3, p. 243-250, 2005a.

SCHMITTER, M. et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a calibration and reliability study. **Cranio**, Chattanooga, v. 23, n. 3, p. 212-218, 2005b.

SCHMITTER, M. et al. The effect of quality of temporomandibular joint MR images on interrater agreement. **Dento Maxillo Facial Radiology**, Erlangen, v. 33, n. 4, p. 253-258, jul. 2004.

SCHWARTZ, L. Temporomandibular joint disorders of concepts and methods of treatments. **New York State Dental Journal**, Albany, v. 25, p. 419-420, nov. 1959.

SELAIMEN, C. M. P.; BRILHANTE, D. P.; GROSSI, M. L. Avaliação de depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com disfunção temporomandibular/depression and neuropsychologic testing in patients with temporomandibular disorders. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 20, n. 48, 2005.

SESSLE, B. J.; HU, J. W. Raphe-induced of the jaw-opening reflex and single neurons in trigeminal subnucleus oralis, and influence of naxolone and subnucleus caudalis. **Pain**, Amsterdam, v. 10, n. 1, p. 19-36, 1981.

SHALENDER, S. Etiological factors of temporomandibular joint disorders. **National Journal of Maxillofacial Surgery**. v. 2, n. 2, p. 116-119, jul.-dec. 2011.

SHARAV, Y. et al. The analgesic effect of amitriptyline on chronic facial pain. **Pain**, Amsterdam, v. 31, n. 2, p. 199-209, 1987.

SOLBERG, W. K. ; CLARK, G.; RUGH, J. Nocturnal electromyographic evaluation of bruxism patients undergoing shortterm splint therapy. **Journal of Oral Rehabilitation**, Oxford, v. 2, p. 215, 1975.

SOLBERG, W. K. Epidemiology, incidence and prevalence of temporomandibular disorders: a review. In: THE PRESIDENT'S CONFERENCE ON THE EXAMINATION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS. [**Proceedings**]. Chicago: American Dental Association, 1983.

SUMMA, R. The importance of the interarticular fibrocartilage of the temporomandibular articulation. **The Journal of the American Dental Association and the Dental Cosmos**, Chicago, v. 60, n. 6, p. 512-514, 1918.

SUVINEN, T. I. et al. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. **European Journal of Pain**, London, v. 9, p. 613-633, 2005.

SUVINEN, T. I.; READE, P. C. Temporomandibular disorders: a critical review of the nature of pain and its assessment. **Journal of Orofacial Pain**, Carol Stream, v. 9, n. 4. p. 317-339, 1995.

SVENSSON, P. Orofacial musculoskeletal pain. In: GIAMBERARDINO, M. A. **Pain 2002 – an updated review: refresher course syllabus**. Seattle: IASP Press, 2002. p. 447-466.

TENENBAUM, H. C. et al. Sensory and affective components of orofacial pain: is it all in your brain? **Critical Reviews in Oral Biology and Medicine**, Boca Raton, v. 12, n. 6, p. 455-468, 2001.

TRUELOVE, E. L. et al. Clinical diagnostic criteria for TMD: new classification permits multiple diagnoses. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 123, n. 4, p. 47–54, 1992.

TURNER, J. A.; MANCL, L.; AARON, L. A. Short and long term efficacy of brief cognitive- behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized controlled trial. **Pain**. Amsterdam, v. 121, n. 3, p. 181-94, 2006.

VELLY, A. M. et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain--a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. **Pain**, Amsterdam, v. 152, n. 10, p. 2377–2383, 2011.

VILLALÓN, P. et al. The occlusal appliance effect on myofascial pain. **Cranio**, Chattanooga. v. 31, n. 2, p. 84-91, apr. 2013.

WIESE, M. et al. Osseous changes and condyle position in TMJ tomograms: impact of RDC/TMD clinical diagnoses on agreement between expected and actual findings. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, St. Louis. v. 106, n. 2, p. 52-63, aug. 2008.

WRIGHT, WH. Deafness as influenced by malposition of the jaws. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 7, n. 12, p. 979-992, 1920.

ANEXO A - Questionário de Acompanhamento

(Avaliação Objetiva e Subjetiva de Dor)

MARQUE UM 'X' SOBRE A LINHA DEMARCADA

1. Como você classificaria a sua dor facial em uma escala de 0 a 10, no presente momento, isto é exatamente agora, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ?

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

2. Nos últimos seis meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ?

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

3. Nos últimos seis meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ? [Isto é, sua dor usual nas horas que você estava sentindo dor].

Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

4. O que você pensa sobre o efeito do tratamento na sua intensidade de dor média em repouso?

1 2 3
 A dor melhorou A dor continua igual A dor piorou

5. Duração do tratamento: _____

6. Clínico responsável: _____

7. Tratamento(s) realizado(s) _____

Nome: _____

Data: _____

**ANEXO B - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens
Temporomandibulares - RDC / TMD**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

MESTRADO EM PRÓTESE DENTÁRIA - 2009

Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares- RDC / TMD

Editado por
Francisco J. Pereira Jr. – DDS, MS, PhD

Colaboradores
Kimberly H. Huggins – RDH, BS
Samuel F. Dworkin – DDS, PhD

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Edited by
Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD
(see language translation at website: RDC-TMDinternational.org)

Back-translation, Eduardo Favilla, DDS

História – Questionário

Favor ler cada pergunta e responder de acordo. Para cada pergunta abaixo, circule somente uma resposta.

Você diria que a sua saúde em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária (ruim)?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Precária (ruim)	5

Você diria que a sua saúde bucal em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária (ruim)?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4

Precária (ruim) 5

Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora (cabeça), na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?

Não 0
Sim 1

[Em caso de Não ter tido dor no mês passado, PULE para a pergunta 14. Se a sua resposta foi Sim,

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

[Se um ano atrás ou mais, PULE para a pergunta 5]

[Se há menos de um ano, marque 00]

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

5. A sua dor facial é persistente (não para), recorrente (vai e volta), ou foi um problema que ocorreu somente uma vez?

Persistente (não para) 1
Recorrente (vai e volta) 2
Uma vez 3

Você alguma vez já foi a um médico, dentista, quiroprático ou outro profissional de saúde devido a dor facial?

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

Como você classificaria a sua dor facial em uma escala de 0 a 10, no presente momento, isto é exatamente agora, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ?

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

Nos últimos seis meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ?

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

Nos últimos seis meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada pela escala de 0 a 10, onde 0 é “sem dor” e 10 é a “pior dor possível” ? [Isto é, sua dor usual nas horas que você estava sentindo dor].

Sem dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A pior dor possível

10. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades usuais (trabalho, escola, serviço doméstico) devido a dor facial?

_____ dias

11. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial interferiu com suas atividades diárias de acordo com uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade” ?

Nenhuma interferência 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz de realizar
qualquer atividade

12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de participar de atividades recreativas, sociais e familiares onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema” ?

Nenhuma alteração 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema

13. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviço domésticos) onde 0 é “nenhuma alteração” e 10 é “alteração extrema” ?

Nenhuma alteração 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteração extrema

14.a. Você alguma vez teve travamento articular de forma que não foi possível abrir a boca por todo o trajeto?

Não 0
 Sim 1

[se nunca apresentou este tipo de problema, PULE para a pergunta 15]

Se a sua resposta foi Sim,

14.b. Esta limitação de abertura mandibular (de boca) foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

Não 0
 Sim 1

15.a. Os seus maxilares estalam quando você abre ou fecha a boca ou quando você mastiga?

Não 0
 Sim 1

15.b. Os seus maxilares crepitam (som de areia) quando você abre e fecha ou quando você mastigar?

Não 0
 Sim 1

15.c. Alguém lhe disse, ou você nota, se você range os seus dentes ou aperta os seus maxilares quando dorme a noite?

Não 0
 Sim 1

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

Não 0
 Sim 1

15.e. Você sente dor ou rigidez nos seus maxilares quando acorda de manhã?

Não 0
Sim 1

15.f. Você apresenta ruídos ou zumbidos nos seus ouvidos?

Não 0
Sim 1

15.g. Você sente a sua mordida desconfortável ou incomum?

Não 0
Sim 1

16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença artrítica sistêmica?

Não 0
Sim 1

16.b. Você conhece alguém na sua família que tenha qualquer uma destas doenças?

Não 0
Sim 1

16.c. Você já apresentou ou apresenta inchaço ou dor em qualquer das articulações que não sejam as articulações perto dos seus ouvidos (ATM)?

Não 0
Sim 1

[em caso de Não ter tido inchaço ou dor nas articulações, PULE para a pergunta 17.a.]

Se a sua resposta foi Sim,

16.d. É uma dor persistente que você vem tendo por pelo menos um ano ?

Não 0
Sim 1

17.a. Você teve alguma injúria (batida) recente contra sua face ou seus maxilares?

Não 0
Sim 1

[em caso de Não ter tido injúria (batida), PULE para a pergunta 18]

Se sua resposta foi Sim,

17.b. Você teve dor nos maxilares antes da injúria (batida)?

Não 0
Sim 1

18. Durante os últimos 6 meses você teve dor de cabeça ou enxaquecas?

Não 0
Sim 1

19. Que atividades o seu problema atual dos maxilares impedem ou limitam?

Mastigar

Não 0
Sim 1

Beber

Não 0
Sim 1

Exercitar-se
 Não 0
 Sim 1

Comer alimentos duros
 Não 0
 Sim 1

Comer alimentos moles
 Não 0
 Sim 1

Sorrir/gargalhar
 Não 0
 Sim 1

Atividade sexual
 Não 0
 Sim 1

Limpar os dentes ou a face
 Não 0
 Sim 1

Bocejar
 Não 0
 Sim 1

Engolir
 Não 0
 Sim 1

Conversar
 Não 0
 Sim 1

Manter a sua aparência facial usual
 Não 0
 Sim 1

20. No último mês, o quanto você tem estado angustiado por:

Dores de cabeça
 Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente
 0 1 2 3 4

Perda de interesse ou prazer sexual
 Nem um pouco Um pouco Moderadamente Muito Extremamente
 0 1 2 3 4

Fraqueza ou tontura

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

Dores no coração ou peito

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

e. Sensação de falta de energia ou lerdeza

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

Pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer

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

Falta de apetite

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

Chorar facilmente

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

Culpar a si mesmo pelas coisas

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

Dores na parte inferior das costas

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

Sentir-se só

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

Sentir-se triste

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

Preocupar-se muito com as coisas

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

Sentir nenhum interesse pelas coisas

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

Náusea ou distúrbio gástrico					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Músculos doloridos					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Dificuldade em adormecer					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Dificuldade em respirar					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Acessos de calor / frio					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Dormência ou formigamento em partes do corpo					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Inchaço/protuberância na sua garganta					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Sentir-se desanimado sobre o futuro					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Sentir-se fraco em partes do corpo					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Sensação de peso nos braços ou pernas					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Pensamentos sobre acabar com a sua vida					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Comer demais					
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente	
0	1	2	3	4	
Acordar de madrugada					

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

Sono agitado ou perturbado

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

Sensação de que tudo é um esforço/sacrifício

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

Sentimentos de inutilidade

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

Sensação de ser enganado ou iludido

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

Sentimentos de culpa

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

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado para com a sua saúde de uma forma geral?

Excelente	1
Muito bom	2
Bom	3
Satisfatório	4
Insatisfatório	5

22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado para com a sua saúde bucal?

Excelente	1
Muito bom	2
Bom	3
Satisfatório	4
Insatisfatório	5

23. Quando você nasceu ?

Dia ____ Mês ____ Ano ____

24. Sexo masculino ou feminino ?

Masculino ----- 1

Feminino ----- 2

25. Qual dos grupos abaixo melhor representa a sua etnia ?

Amarela (asiático ou indígena).....	1
Parda ou mestiça	2
Negro	3
Branco.....	4
Outro	5

(favor especificar)

26. Alguns destes grupos representa a sua origem nacional ou ancestralidade ?

Portugueses	1
Italianos.....	2
Espanhóis.....	3
Alemães	4
Poloneses.....	5
Japoneses.....	6
Outro Espanhol	7
Nenhum acima	8

27 Qual o seu grau de escolaridade mais alto ou último ano de escola que você completou ?

Nunca freqüentou a escola / jardim de infância...00	
Escola Primária	1 2 3 4
Escola Ginásial	5 6 7 8
Científico	9 10 11 12
Faculdade	13...14 15 16 17 18+

28a. Durante as últimas 2 semanas, você trabalhou no emprego ou negócio não incluindo trabalho em casa (inclui trabalho não remunerado em negócios/fazenda da família) ?

Não	0
Sim	1

[Se a sua resposta foi Sim, PULE para a pergunta 29]

Se a sua resposta foi Não,

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?

Não	0
Sim	1

[Se a sua resposta foi Sim, PULE para a pergunta 29]

Se a sua resposta foi Não,

28c. Você estava procurando emprego ou de dispensa, durante aquelas duas semanas ?

Sim, procurando emprego	1
Sim, de dispensa	2
Sim, ambos de dispensa e procurando emprego	3
Não	4

29. Qual o seu estado civil ?

- Casado (a) – esposa (o) em casa 1
 Casado (a) – esposa (o) fora de casa 2
 Viúvo (a) 3
 Divorciado (a) 4
 Separado (a) 5
 Nunca casei 6

30. Qual foi a sua renda doméstica (familiar) durante os últimos 12 meses ?

R\$ _____.____,____ (Reais, moeda brasileira)

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- _____ 0 a 2 salários mínimos
 _____ 2 a 5 salários mínimos
 _____ 5 a 10 salários mínimos
 _____ 10 a 20 salários mínimos
 _____ 20 salários mínimos ou mais

31. Qual o seu CEP ? _____ - _____

Formulário de Exame

Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados ?

- nenhum 0
 direito 1
 esquerdo 2
 ambos 3

Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?

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

Examinador apalpa a área apontada pelo paciente, caso não esteja claro se é dor muscular ou articular.

Padrão de Abertura

- Reto 0
 Desvio lateral direito (não corrigido) 1
 Desvio lateral direito corrigido (“S”) 2
 Desvio lateral esquerdo (não corrigido) 3
 Desvio lateral corrigido (“S”) 4
 Outro 5 Tipo _____

(especifique)

Extensão de movimento vertical incisivos maxilares utilizados 11 21

Abertura sem auxílio sem dor ___ mm
 Abertura máxima sem auxílio ___ mm
 Abertura máxima com auxílio ___ mm
 Transpasse incisal vertical ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens “b” e “c” somente

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
Nenhum	direito	esquerdo	ambos	Nenhum	direito	Esquerdo	ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

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

Medida do estalido na abertura ___ mm ___ mm

b. Fechamento

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

Medida do estalido de fechamento ___ mm ___ mm

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

	Direito	Esquerdo
Sim	0	0
Não	1	1
NA	8	8

Excursões

a. Excursão lateral direita ___ mm
 b. Excursão lateral esquerda ___ mm

2 = dor moderada

3 = dor severa

1. Dor muscular extra-oral com palpação

	DIREITO		ESQUERDO	
a.	Temporal (posterior)	0 1 2 3		0 1 2 3
	“parte de trás da têmpora”			
b.	Temporal (médio)		0 1 2 3	0 1 2 3
	“meio da têmpora”			
c.	Temporal (anterior)	0 1 2 3		0 1 2 3
	“parte anterior da têmpora”			
d.	Masseter (superior)	0 1 2 3		0 1 2 3
	“bochecha/abaixo do zigoma”			
e.	Masseter (médio)		0 1 2 3	0 1 2 3
	“bochecha/lado da face”			
f.	Masseter (inferior)		0 1 2 3	0 1 2 3
	“bochecha/linha da mandíbula”			
g.	Região mandibular posterior	0 1 2 3		0 1 2 3
	(estilo-hióide/região posterior do digástrico)			
	“mandíbula/região da garganta”			
h.	Região submandibular	0 1 2 3		0 1 2 3
	(pterigoide medial/supra-hióide/região anterior do digástrico) “abaixo do queixo”			

	DIREITO		ESQUERDO	
a.	Polo lateral	0 1 2 3		0 1 2 3
	“por fora”			
b.	Ligamento posterior	0 1 2 3		0 1 2 3
	“dentro do ouvido”			

2. Dor muscular intra-oral com palpação

DIREITO ESQUERDO

a. Área do pterigoide lateral 0 1 2 3 0 1 2 3

“atrás dos molares superiores”

b. Tendão do temporal 0 1 2 3 0 1 2 3

“tendão”

11. Variáveis Oclusais:

overbite _____ mm overjet _____ mm

sensibilidade à percussão 0 1

cárie dental 0 1

Angle 1 2 3

Número de dentes anteriores _____

Número de dentes posteriores _____

Guia de desocclusão em lateralidade 1) Canina, 2) Anteriores, 3) Ant-Post, 4) Posterior

Guia de desocclusão em protrusão 1) Canina, 2) Anteriores, 3) Ant-Post , 4) Posterior

Deslize em cêntrica _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / _____
Dia Mês Ano

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA: _____

Nome: _____ **Data:** _____

Questionário de Avaliação do Sono (SAQ) - Un. de Toronto

Responda com um (X) a alternativa (apenas uma) que melhor descrever o seu caso.

	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre	Não Sei
Você tem problemas para dormir?						
Você sente sonolência durante o dia?						
No último mês, você sentiu:						
1. Dificuldade para dormir?						
2. Dormiu por menos de cinco horas?						
3. Dormiu por mais de nove horas?						
4. Acordou repetidas vezes durante o sono?						
5. Roncou, a ponto de incomodar o seu parceiro?						
6. Dificuldade de respiração durante o sono ?						
7. Que se mexe muito na cama durante o sono (chuta ou mexe a perna)?						
8. Pesadelos ou acorda gritando?						
9. Levanta antes do horário desejado (dorme menos do que gostaria)?						
10. Levanta cansado ou sentindo que não dormiu bem?						
11. Levanta com dores e/ou rigidez na musculatura?						
12. Adormece sentado (ao ler ou ver televisão, ônibus, etc.)						
13. Adormece enquanto dirige ou fala com as pessoas?						
14. Trabalha além do horário de trabalho?						
15. Trabalha no turno da noite?						
16. Não tem hora para ir para cama e/ou para levantar?						
17. Toma remédio para dormir ou para os nervos?						

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE TRATAMENTO EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OCLUSÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA PUCRS, UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO RDC/TMD – UM ESTUDO LONGITUDINAL”

Estamos iniciando um novo estudo sobre os resultados no tratamento de pacientes com distúrbios temporomandibulares como você, e nós necessitamos da sua colaboração.

As distúrbios temporomandibulares são as condições dolorosas mais frequentes de dor orofacial de origem não dental e uma das principais razões para os pacientes procurarem tratamento.

Conforme a Academia Americana de Dor Orofacial, o bruxismo vem ao longo dos anos sendo definido como uma atividade oral parafuncional que inclui apertamento, travamento, rangido e desgaste dos dentes durante o sono ou mesmo acordado.

Objetivos do estudo

Avaliar através de questionário de acompanhamento se os sinais e sintomas da DTM tiveram alteração, após um período mínimo de 3 meses de tratamento.

Determinar a validade de uma avaliação clínica e psicossocial como fatores prognósticos no tratamento de pacientes com disfunções temporomandibulares (DTMs), para prever casos com bom prognóstico ou prognóstico reservado.

Este estudo é voluntário e não-lucrativo. Sua participação não implica em mudar seu tratamento e você poderá sair da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo de seu tratamento.

Eu, _____,
portador do documento de identidade (RG) _____, fui

solicitado a participar de um estudo preliminar referente à “AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE TRATAMENTO EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OCLUSÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA PUCRS, UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO RDC/TMD – UM ESTUDO LONGITUDINAL”.

Compreendo que esta pesquisa não acarreta danos ao meu tratamento. Apenas preencherrei os questionários solicitados. A minha participação é voluntária, e possuo o direito de desistir do estudo em qualquer momento. Compreendo também que as informações coletadas são confidenciais e que não serão divulgadas sem o meu consentimento escrito. Somente a descrição referente ao grupo de participantes é que se encontra à disposição do pesquisador, não podendo este identificar os participantes envolvidos em nenhum dos seus resultados.

A Dra. Rejane Nunes discutiu comigo o estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas. Caso tiver novas perguntas sobre o estudo, posso contatar a Dra. Rejane Nunes pelo telefone (51) 99356647 ou o Dr. Márcio Lima Grossi pelo telefone (51) 9314-2115. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo posso entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS (CEP-PUCRS) pelo telefone (51) 3320-3345.

Manterei uma cópia deste formulário que li e concordo com todos os seus itens e, portanto, concordo em participar do estudo acima referido.

Nome do paciente e assinatura

Rejane Nunes – pesquisadora

Data: ____/____/____

Este formulário foi lido para _____ em
____/____/____ por _____
_____ enquanto eu estava presente.

ANEXO D – Termo de Aprovação pelo CEP



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-498/10

Porto Alegre, 07 de maio de 2010.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05027 intitulado **“Avaliação dos resultados de tratamento em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) atendidos no ambulatório de oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS, utilizando o questionário RDC/TMD - Um estudo longitudinal”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Márcio Lima Grossi
FO
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Andamento do Projeto - Windows Internet Explorer

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/extrato_projeto.cfm?CODIGO=330549

File Edit View Favorites Tools Help

Andamento do Projeto

Andamento do projeto - CAAE - 0075.0.002.000-10

Título do Projeto de Pesquisa
 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE TRATAMENTO EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OCLUSÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA PUCRS, UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO RDC/TMD - UM ESTUDO LONGITUDINAL

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Recebido no CEP	23/04/2010 12:00:17			

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/04/2010 12:00:17	Folha de Rosto	0075.0.002.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	09/04/2010 10:44:23	Folha de Rosto	FR330549	Pesquisador

[Voltar](#)

Done

Start Internet 130% 08:57

Resumo SBPqO.doc [Mo... Resumo SBPqO 2010.do... Andamento do Projet...



MINISTERIO DA SAUDE
Conselho Nacional de Saude
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE TRATAMENTO EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OCLUSÃO DAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA DA PUCRS E UFRGS UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO RDC/TMD – UM ESTUDO LONGITUDINAL					
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Odontologia		3. Código: 4.02	4. Nível: (So áreas do conhecimento 4)		
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (So área temática 3) I () II () III () IV ()		
8. Unitários: (3 opções)					
SUJEITOS DA PESQUISA					
9. Número de sujeitos No Centro : Total:		10. Grupos Especiais : <15 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidários, etc) () Outros () Não se aplica ()			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL					
11. Nome: Marcio Lima Grossi					
12. Identidade: 4016032189		13. CPF.: 79429483749		19. Endereço (Rua, n.º): Avenida Lagoado 1059 / 602	
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Cirurgião-Dentista		20. CEP: 90460-100	
16. Maior Titulação: Doutor		17. Cargo: Professor Adjunto		21. Cidade: Porto Alegre	
18. Instituição a que pertence: Faculdade de Odontologia - PUCRS		23. Fone: 51-33810199		24. Fax: 51-33203626	
				25. Email: mkgrossi@pucrs.	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____					
Assinatura _____					
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO					
26. Nome: Pontifícia Universidade Católica do RS - PUCRS		29. Endereço (Rua, n.º): Avenida Ipiranga 6681 prédio 6, Bairro Partenon.			
27. Unidade/Órgão: Faculdade de Odontologia		30. CEP: 90619-900		31. Cidade: Porto Alegre	
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone:		32. U.F. RS	
35. Projeto Multicêntrico: Sim (X) Não () Nacional () Internacional ()		(Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: _____ Data: ____/____/____					
Assinatura _____					
PATROCINADOR					
Não se aplica (X)					
36. Nome:		39. Endereço			
37. Responsável:		40. CEP:		41. Cidade:	
38. Cargo/Função:		43. Fone:		42. UF	
				44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP					
45. Data de Entrada: ____/____/____		46. Registro no CEP:		47. Conclusão: Aprovado ()	
				48. Não Aprovado ()	
		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: _____ Data: ____/____/____					
Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____ Assinatura _____		Anexar o parecer consubstanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP					
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :		57. Registro na CONEP:	
55. Processo :					
58. Observações:					

Profa. Ana Spohr - Coordenadora
Comissão Científica e de Ética
Faculdade de Odontologia da PUCRS

Porto Alegre, 30 de novembro de 2010

Título: Avaliação dos Resultados de Tratamento em Pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM) Atendidos no Ambulatório de Oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS, Utilizando o Questionário RDC/DTM – Um Estudo Longitudinal.

Linha de pesquisa: Desordens Temporomandibulares

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Márcio Lima Grossi, Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Prótese)

Pesquisadora Associada: Renata Sesti Diefenbach

Protocolo no CCE: 050/09, em 5 de novembro de 2009

Aprovado no CEP – Hospital São Lucas, Ofício CEP 498/10 de 07/05/2010, registro 10/05027

CONEP, Folha de Rosto de 09/04/2010 FR330549, CEP No Doc 0075.0.002.000-10 de 23/04/2010

Prezada Coordenadora,

Venho por meio desta solicitar a continuação do projeto acima citado, originalmente sob responsabilidade da aluna de Mestrado em Odontologia (Prótese), Renata Sesti Diefenbach, e aprovado pelo CCE desta faculdade bem como do CEP do Hospital São Lucas, e protocolado no CONEP, conforme dados acima.

O projeto, ainda sob minha responsabilidade, ficaria a cargo da aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração em Prótese Dentária, Rejane Nunes. Gostaria de salientar que o projeto seria mantido nas mesmas bases da aprovação.

Sem mais demora agradeço a atenção dispensado e me coloco a vossa inteira disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cordiais Saudações,

Márcio Lima Grossi
Professor Adjunto
Nesta Faculdade

De: re.sesti@gmail.com
Enviado em: quarta-feira, 24 de novembro de 2010 14:43
Para: Marcio Lima Grossi
Assunto: RE: Mensagem Márcio Grossi - Urgente

Olá prof. Márcio!
Nossa que susto...mas graças a Deus melhoraste!
Eu estou bem quase morando definitivamente em Santa Catarina. A correria anda grande, mas está valendo a pena!!
Quanto a pesquisa com certeza eu concordo e lhe dou carta branca para utilizar os dados da forma com que julgares melhor e se precisarem de mim não exitem em me chamar!
Vc precisa que lhe mande esta autorização separadamente em forma de carta?
Grande abraço! Renata

-- mens. original --
Assunto: Mensagem Márcio Grossi - Urgente
De: "Marcio Lima Grossi" <mlgrossi@puhrs.br>
Data: 24/11/2010 9:30 AM

Oi Renata,

Espero que a vida esteja te tratando bem e que esta mensagem te encontre em paz e com saúde.

Eu sobrevivi a uma cirurgia geral de urgência para tratar uma pansinusite aguda. Deu tudo certo, mas fiquei

12 dias afastado. Pelo menos, agora estou curado. Às vezes, é necessário perder a saúde para então valorizá-la.

O motivo de eu estar te escrevendo, é que eu gostaria que uma aluna minha de doutorado continuasse a tua pesquisa.

Isto nos daria uma amostra maior, e maior chances de publicação em um periódico de peso. Preciso portanto, de uma

mensagem sua a mim dirigida, concordando com a proposta. Obviamente, quando da publicação, o seu nome será incluído.

É sempre um prazer conversar com você.

Um grande abraço e tudo de bom!

Márcio Grossi