



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional Das Beiras

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A importância da qualidade do sono na Disfunção Temporomandibular.
Estudo Piloto.**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por

Patrícia Raquel Ferreira Luro

Setembro 2011



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional Das Beiras

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A importância da qualidade do sono na Disfunção Temporomandibular.
Estudo Piloto.**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Orientador: Professor Doutor Jorge Leitão
Co-orientador: Mestre Octávio Ribeiro

Por

Patrícia Raquel Ferreira Luro

Setembro 2011

Dedicatória

Aos meus pais, **Américo e Lucinda,**

Pelo amor, apoio incondicional, paciência e por inculcarem o amor ao estudo e à realização profissional, entre outros valores que regem a minha vida.

Obrigada por confiarem em mim.

Ao **Nuno,**

Por todo o amor e carinho... por estar sempre ao meu lado tanto na vida pessoal como profissional.

.

Agradecimentos

Ao Doutor Octávio Ribeiro,

Pela amizade, dedicação e disponibilidade, pelo apoio e conhecimentos partilhados, pela ajuda e orientação que foi fundamental para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Jorge Leitão,

Pela disponibilidade, colaboração e rigor científico.

À Universidade Católica,

Por todos os ensinamentos prestados.

Aos Colegas,

Pelo companheirismo, troca de experiências, amizade compartilhadas nestes anos e por toda a ajuda e paciência para me ajudarem neste projecto.

Aos Pacientes,

Que compreendem os nossos esforços para aprender.

Resumo

O sono é um estado de consciência, é uma função do organismo humano que é complementar ao estado de vigília. Existem inúmeras patologias do sono que podem estar associadas a problemas como: dor crónica, transtornos psicológicos e psiquiátricos, alterações de humor e estados depressivos, stress.

A disfunção temporomandibular é um grupo de patologias que afectam grande parte da população. A sua etiologia é multifactorial podendo as queixas por parte dos pacientes ser múltiplas dificultando o diagnóstico. A disfunção temporomandibular pode afectar tanto a articulação temporomandibular como os músculos constituintes do sistema estomatognático.

Este estudo piloto pretende encontrar uma relação entre estas duas patologias: a disfunção temporomandibular e a patologia do sono.

Foram escolhidos aleatoriamente 40 pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu, os quais, foram submetidos a inquéritos: Índice RDC/TMD (“Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders”) eixo I e II e pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

Palavras Chave: Sono, Dor, Depressão, disfunção temporomandibular.

Abstract

Sleep is a state of consciousness, it can be defined as a function of the human organism that complement the waking state. There are many sleep disorders that may be associated chronic pain, psychological and psychiatric disorders, mood swings and depressive states, stress.

The TMD is a group of diseases that affect large populations. Its etiology is multifactorial, but their complaints by patients are multiple complicating diagnosis. The TMD can affect both muscles and temporomandibular joint of the stomatognathic system.

This pilot study aims to find a relationship between these two pathologies: the TMD and sleep pathology.

40 patients were chosen randomly in the Dental University Clinic from the Portuguese Catholic University – Viseu, and submitted to following surveys: RDC/TMD Index (“Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders”) axis I and II and Pittsburgh sleep Quality Index.

Key Words: Sleep, Pain, Depression, temporomandibular disorders.

Índice

Resumo.....	ix
Abstract	xi
Índice.....	xiii
Introdução.....	1
1.Fisiologia do sono	6
1.1Sistemas colinérgicos e monoaminérgicos de controlo do sono	6
1.2Modelo de interacção recíproca.....	8
1.3Mecanismos dopaminérgicos de regulação do sono.....	8
1.4Hipotálamo Anterior.....	9
2.Insónia	11
3.Classificação Internacional das Desordens do Sono, 1990, 1997, 2001, 2005; Segundo a Academia Americana da Medicina do Sono	20
4.Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI).....	23
5.Classificação da depressão	24
6.Dor.....	27
7.DTM (Disfunção Temporomandibular) e Dor orofacial	29
8.RDC/TMD (Critérios de diagnostico para pesquisa das desordens temporomandibulares)	32
Objectivos.....	35
Metodologia	39
1.Desenho do estudo e amostra	41
2.Exame clínico.....	41
3.Procedimento.....	42
4.Análise de Resultados	42
Resultados	43
1.Caracterização da amostra.....	45
1.1.Repartição da amostra por género	45
1.2.Repartição da amostra por idade	46
2. Análise de parâmetros	46
2.1.Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.....	46
2.2.– Avaliação da dor orofacial com recurso ao RDC/TMD Eixo II.....	49
2.3.Diagnóstico de Disfunção temporomandibular segundo o RDC/TMD Eixo I.....	50
3.Associação entre a Qualidade de sono (Índice de qualidade de sono de Pittsburgh) e DTM (RDC/TMD).....	52

3.1.Associação entre o uso de medicação para dormir do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh e a presença de dor orofacial do RDC/TMD eixo II	52
3.2.Associação entre a qualidade subjectiva de sono do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh e a presença de diagnóstico de problemas articulares do RDC/TMD eixo I.....	52
Discussão.....	55
Conclusões	59
Bibliografia.....	63
Anexos.....	69
Anexo 1 - Índice de Figuras	71
Anexo 2 - Índice de Tabelas.....	71
Anexo 3 – Índice de Gráficos.....	71
Anexo 4 – Consentimento Informado	72
Anexo 5 - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH	73
Anexo 6 - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares – RDC / DTM.....	77
Anexo 7 - Formulário de Exame	93

Introdução

Introdução

O sono é uma necessidade fisiológica do organismo humano.

É uma função e necessidade do cérebro. Os centros neurais que intervêm na regulação do sono encontram-se em muitas áreas do nosso corpo, tais como, tálamo, diencefalo, parte posterior do cérebro com ampla expressão sobre o córtex cerebral. Ocorre a produção de hormonas, neurotransmissores e péptidos activos que dão origem ao sono e modificam a fisiologia de diversos órgãos.

O mecanismo fisiológico oposto ao sono é a vigília. O sono aparece quando diminuem os mecanismos de manutenção de vigília, ocorrendo a activação dos neurónios para o sono.

O sono divide-se em duas fases distintas: “non rapid eye movement” (NREM) e “rapid eye movement” (REM).⁽¹⁾

A primeira fase do sono é a NREM, é caracterizada por uma forma leve designada por “slow-wave-sleep”. Está dividida em 4 estádios. O primeiro estádio faz a transição de vigília para sono leve. O segundo estádio é o mais prevalente e os estádios 3 e 4 são os mais profundos e de ondas lentas.⁽¹⁾

A segunda fase, a REM, é conhecida como dessincronizada, activa, sono sonhador, é caracterizada por um conjunto de fenómenos não relacionados, gerados em diferentes áreas do cérebro. Está associada a uma diminuição do tónus muscular, ocorrem sonhos e o sistema nervoso autónomo apresenta alguma variabilidade. Muitos cientistas acreditam que o sono REM está associado com a consolidação da memória.⁽¹⁾

O sono NREM e o sono REM alternam-se continuamente durante a noite de forma cíclica.⁽¹⁾

Os estádios 3 e 4 do sono ocupam menos tempo no 2º ciclo podendo desaparecer completamente ciclos mais tarde. A duração média do 1º ciclo do sono NREM-REM é de aproximadamente 70 a 100 minutos, a duração média dos ciclos seguintes é de 90 a 120 minutos, sendo o período médio de cada ciclo 90 a 110 minutos.

O número de horas de sono depende de variados factores o que torna difícil caracterizar um padrão normal.

Para facilitar o diagnóstico de distúrbios de sono a Academia Americana de Medicina do Sono⁽²⁾ com a European Sleep Research Society, Japanese Society of Sleep Research e a Latin American Sleep Society redigiram o “The International Classification of Sleep Disorders”.⁽³⁾

A privação de sono, pode, segundo experiências feitas em animais, levar à morte entre 2 a 3 semanas. A progressiva privação de sono torna o organismo hipermetabólico e apesar da ingestão de alimentos ocorre perda de peso. Nesta experiência feita com animais aparecem lesões de pele, erosões do tracto gastro-intestinal, hipotremia, levando à morte por sépsis, pelo que concluíram que a privação de sono pode condicionar a actuação do sistema imunitário em caso de infecções.

Apesar dos estudos de privação prolongada do sono não poderem ser realizadas em humanos por razões éticas, não há dúvida de que esta tem consequências negativas para o indivíduo.

O sono é essencial para o equilíbrio fisiológico e para a saúde e funcionamento mental. Deste modo, um comprometimento do sono a longo prazo pode ter consequências graves; a sua associação com o stress pode ser considerada um problema de saúde pública. ⁽⁴⁾

A insónia é definida como dificuldade em adormecer, em manter o sono, sono de má qualidade, ou duração de sono inadequada. A insónia é uma queixa subjectiva pois parte do paciente, não é definida por testes laboratoriais e que ocorre mesmo quando o paciente tem oportunidade para dormir. Este factor é que distingue insónia de privação de sono, cujas causas, consequências e apresentação clínica são diferentes.

Segundo John, et al ⁽⁵⁾, existem alguns factores de risco para insónias, são eles: história prévia de insónias, aumento de idade, sexo feminino, distúrbios médicos, psiquiátricos, alterações das actividades diárias, uso de ansiolíticos, uso de hipnóticos e baixo nível socioeconómico.

Estudos feitos em população activa, mostram que indivíduos com queixas de insónia apresentam: alterações de humor, sintomas gastro-intestinais, cefaleias e dor.

Por sua vez, a depressão pode ser uma consequência da ausência de sono ou levar à ausência de sono. Segundo a Organização Mundial de Saúde ⁽⁶⁾, a depressão é um transtorno mental comum, caracterizada por tristeza, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, perturbações de sono e ausência de apetite, baixa energia e concentração. A depressão pode estar associada a outras doenças geralmente com sintomas de dor crónica.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, descrita em termos de tal dano. Com base nesta definição, verificou-se que não existe uma relação directa única entre dor e dano tecidual, visto que a dor envolve elementos sensitivos, cognitivos, emocionais e culturais. ^{(7) (8)}

A dor pode ser classificada quanto à duração em crónica e aguda e ainda em nociceptiva, neuropática e simpaticomimética. ⁽⁹⁾

Estudos mostram que existe uma significativa associação entre a dor, ansiedade, depressão e alterações da qualidade do sono, assim como estas podem levar a um quadro de dor crónica. ⁽⁷⁾ Podemos então dizer, que a interacção entre sono e dor é bidireccional, que pacientes com perturbações do sono tem uma percepção da dor reforçada e que o sono insuficiente está relacionado com a intensidade da dor elevada em pacientes com dor crónica. ^{(10) (11)}

A dor crónica pode conduzir a um estado de ausência de sono ou insónia, cujas características adaptativas se manifestam por elevados níveis de cognição pré-sono e evidência de estratégias não-adaptativas que podem existir antes do desenvolvimento de dor ou que podem contribuir de forma independente para sintomas de insónia. Contudo, desconhece-se se a insónia está associada a alterações de sensibilidade, como condição única ou como parte de um transtorno de dor crónica como as DTM. ⁽¹²⁾

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo usado para um grande número de problemas clínicos relacionados com a articulação temporomandibular, com os músculos mastigatórios e estruturas associadas. ^{(12) (13) (14)} Os sinais e sintomas de disfunção temporomandibular são: dor nos músculos mastigatórios, na articulação temporomandibular, limitação da abertura da boca e sons articulares. As DTM afectam cerca de 12% da população e a dor é o que leva mais frequentemente os pacientes a procurar tratamento. Os sintomas variam ao longo do tempo e estão altamente relacionados com a tensão muscular, bruxismo e com hábitos parafuncionais. ⁽¹²⁾

Factores biomecânicos, neuromusculares, biopsicossociais e neurobiológicos podem contribuir para as DTM. Existem factores etiológicos de DTM, os quais, podemos classificar os factores em: predisponentes (estruturais, metabólicos e condições psicológicos), iniciantes (trauma ou cargas adversas no sistema mastigatório), agravantes (hormonais, psicossociais, parafunções). ⁽¹⁵⁾

Estudos já realizados evidenciam que cerca de 50% dos pacientes com DTM apresentam uma qualidade de sono pobre, e que esta está associada a um aumento da dor clínica e sofrimento psíquico. ⁽¹²⁾

A dor é provavelmente a causa mais comumente associada a distúrbios de sono, e é explicada com base na ansiedade, depressão e sofrimento psicológico. Esta elevada percepção de dor e sofrimento psicológico pode estar associada a qualidade de sono e aos sintomas psicológicos da DTM crónica. ⁽¹⁶⁾

As disfunções temporomandibulares e os problemas do sono estão intimamente relacionados, problemas como stress físico, stress emocional podem levar a alterações do sistema estomatognático.

Consequentemente, a avaliação e melhoria da qualidade do sono pode ser uma consideração importante do tratamento de DTM para muitos pacientes. ⁽¹⁶⁾

Este estudo piloto foi baseado na aplicação de questionários o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh e o RDC eixo 2, e eixo 1 caso o paciente apresentasse sinais de DTM, cujo principal objectivo, é encontrar uma associação de causalidade entre a DTM e a patologia de sono.

Fundamentos teóricos

1. Fisiologia do sono

Os distúrbios de sono são cada vez mais prevalentes e estão associados a significativa morbidade. O sono é um dos desafios das neurociências devido a sua complexidade de actuação a às patologias inerentes a ele.

O papel do hipotálamo na regulação do sono foi reconhecido pela primeira vez entre 1918 e 1926 aquando da epidemia de encefalite letárgica, na qual os indivíduos afectados apresentavam grandes alterações de sono e parkinsonismo. Isto sugeriu que, lesões na parte posterior do hipotálamo e na junção do mesencefalo resultaram em sono, e que uma inflamação na parte anterior do hipotálamo resulta em insónias.⁽¹⁷⁾

O hipotálamo foi então descoberto como regulador do sono e da vigília.

Em 1953, por Aserinsky e Kleitman, foi identificada a fase REM do sono.

Em 1998, foram descobertos os peptídeos hipotalâmicos e a sua importância na regulação do ciclo sono-vigília.

A privação de sono altera a libertação hormonal, aumentando a temperatura do corpo, estimulando o apetite e activando o sistema nervoso simpático.⁽¹⁷⁾

1.1 Sistemas colinérgicos e monoaminérgicos de controlo do sono

O sono oscila entre o sono REM e o NREM. No electroencefalograma o sono REM é caracterizado por ondas dessincronizadas e de baixa amplitude, o sono NREM é caracterizado por ondas sincronizadas.⁽¹⁸⁾

O controlo do sono REM-NREM e vigília deve-se à sincronização-dessincronização da actividade neuronal dos circuitos tálamo-corticais, resultante da interacção recíprocas monoaminérgicas-colinérgicas no tronco encefálico. O sistema monoaminérgico reticular activador ascendente é constituído pelos núcleos dorsais da rafe nuclear (NDR serotoninérgico), locus cereulus (LC noradrenérgico) do tronco cerebral e núcleo tuberomamilar (NTM histaminérgico) do hipotálamo posterior, que se projectam difusamente para o córtex e núcleos reticulares do tálamo. Neste modelo a actividade é elevada durante a vigília, diminuindo durante os estádios NREM e torna-se quase silenciosa durante o sono

REM. ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾ O córtex cerebral encontra-se aminérgicamente desmodulado durante o sono REM devido à inexistência de tónus aminérgico.

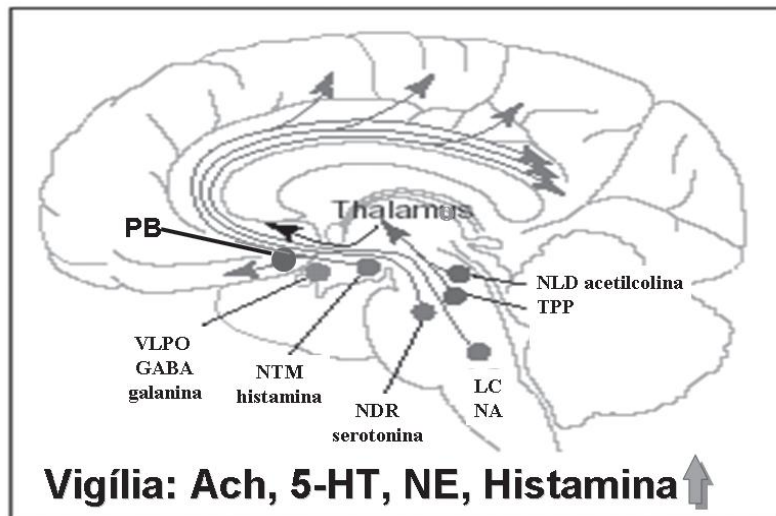


Figura 1 ⁽¹⁸⁾ – Vias aminérgicas e colinérgicas – O núcleo lateral-dorsal (NLD) e o núcleo tegumento-pedunculo-pontino (TPP) enviam fibras colinérgicas para o tálamo. Os núcleos aminérgicos:

- Locus ceruleus (LC) – noradrenalina (NA),
- Núcleos dorsais da rafe (NDR) – serotonina,
- Núcleo temporomamilar (NTM) – histamina,
- Núcleo pré-optico ventrolateral (VLPO) – GABA e galanina,

projectam-se directamente para o córtex. No caso de um estado de vigília verifica-se um aumento do envio de acetilcolina (Ach), serotonina (5-HT), norepinefrina (NE) e histamina para o cortex.

As células gabaérgicas e gabaminérgicas do núcleo pré-optico ventro-lateral (VLPO) do hipotálamo anterior são inibidas por sistemas aminérgicos que se projectam para o hipotálamo anterior.

Os núcleos colinérgicos pontinos latero-dorsais (NLD), tegumento pedículo-pontino (TPP) e núcleo colinérgico do prosencefalo basal excitam os núcleos reticulares talâmicos, as projecções córtex e amígdala e as projecções corticais directas realizam conexão sob o controlo inibitório do sistema NDR (serotonina) e LC (noradrenérgicos). As projecções tálamo-corticais e tálamo-limbicas (córtex e amígdala) são essenciais para a dessincronização electroencefalográfica durante a vigília e o sono REM. ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾

Durante o sono REM e vigília a actividade colinérgica dos núcleos pontinos latero-dorsais, tegumento pedículo-pontino e prosencefalo basal é máxima e mínima ou ausente durante o sono NREM.

Contudo,

- durante o sono REM, os sistemas aminérgicos não estão activos e o córtex é activado directamente pela activação colinérgica;

- na vigília, os sistemas dopaminérgico, aminérgico, hipocretinas e colinérgico estão activos – modulação aminérgica cortical.

1.2 Modelo de interacção recíproca⁽¹⁸⁾

Existem dois tipos de células as REM-on ou colinérgicas existentes no Núcleo latero-dorsal e núcleo pedúnculo-pontino e as REM-off noradrenérgicas e serotoninérgicas existentes respectivamente no Locus ceruleus e no Núcleo dorsal da rafe .

O sistema REM-off é activado durante a vigília, inibindo desta forma o REM-on, observando-se no electroencefalograma um dessincronização.

Durante o sono REM, as células REM-off silenciam e o sistema colinérgico atinge o seu máximo.

Os sistemas histaminérgico do hipotálamo posterior e o dopaminérgico da área ventral tegumantar adicionam-se ao sistema REM-off (serotonina e noradrenalina) na inibição do sistema REM-on.

1.3 Mecanismos dopaminérgicos de regulação do sono

Ao contrário de outros grupos de células monoaminérgicas, os neurónios dopaminérgicos não alteram muito a sua actividade através do ciclo de sono.⁽¹⁷⁾ Dependendo do tipo de receptor dopaminérgico apresentado assim se diferencia a sua afinidade e os seus efeitos sobre o sono. O controlo do sono pela dopamina é tão ou mais complexo quanto a regulação por sistemas colinérgicos; por exemplo, o sono pode ser controlado pela modulação do receptor pré-sináptico da área tegmental ventral (VTA), mas não pela actividade da substancia nigra (SN). Logo, os neurónios dopaminérgicos de VTA (mas não de SN), são excitados por hipocretinas, sendo maior a enervação destas no VTA em relação à SN.

Neurónios dopaminérgicos de VTA podem assim, ser mais importantes na regulação da vigília em relação a outros grupos (por exemplo, SN) com controlo motor mais relevante. Neurónios dopaminérgicos descendentes do telencefalo da medula espinal podem contribuir para movimentos anormais durante o sono. Grupos de células dopaminérgicas podem coordenar o sono quanto ao comportamento motivado e actividade motora. ⁽¹⁷⁾

1.4 Hipotálamo Anterior

Durante o sono REM e NREM são activados neurónios inibitórios gabaérgicos e gabaminérgicos do núcleo pré-óptico ventro-lateral (VLPO) do hipotálamo anterior. Estas células projectam-se para os núcleos promotores de vigília inibindo-os.

O VLPO permanece activo, permitindo o aparecimento do sono REM inibindo as células REM-off, aminérgicas, colinérgicas e hipocretinas. Recebe inibição por parte dos NTM, NDR e LC, sistema límbico, núcleos supraquiasmáticos (NSQs), mas não recebe do hipotálamo anterior (hipocretinas). O VLPO e o sistema aminérgico apresentam uma relação de reciprocidade mútua.

1.5 Hipotálamo Posterior

Em 1988, foram descritas as hipocretinas I e II (de origem hipotalâmica) ou orexinas A e B (estimulam o apetite) que são constituídas por 33 e 28 aminoácidos respectivamente e que actuam de maneira excitatória. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁷⁾

Os neurónios produtores destas proteínas estão localizados no hipotálamo posterior, projectando os seus axónios excitatórios para diferentes áreas do SNC, córtex, tronco cerebral, sistema límbico e medula.

As hipocretinas regulam: ciclo sono-vigília, balanço energético e apetite, actividade do sistema nervoso autónomo, secreção noroendócrina e actividade locomotora.

Os sistemas límbico, prosencefalo basal e do núcleo supraquiasmático enviam sinais excitatórios para as hipocretinas (Figura 2 - A). ⁽¹⁸⁾

As hipocretinas têm um papel importante no ritmo circadiano, atingindo o seu máximo durante momentos de alerta, permanecendo elevados durante a privação do sono. As hipocretinas desempenham um papel importante na estabilidade dos sistemas aminérgicos e

colinérgicos do ciclo sono-vigília estando no seu máximo durante a vigília e quase ausentes durante o sono NREM e REM (Figura 2 - A).⁽¹⁸⁾

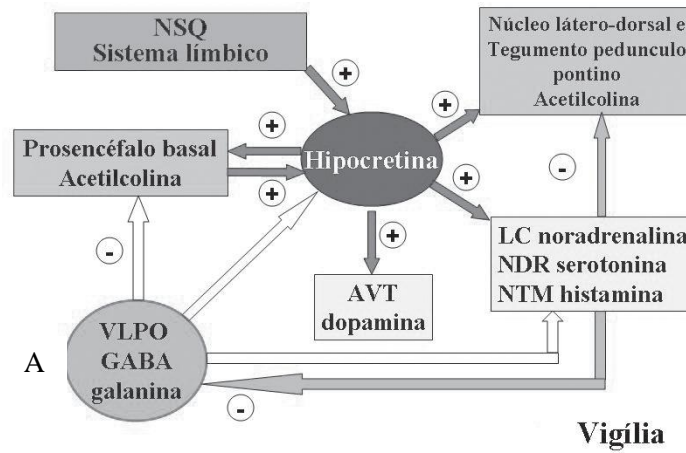
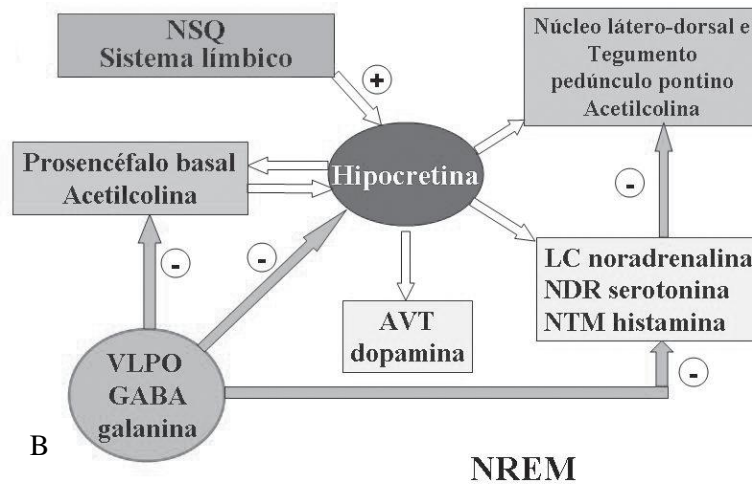


Figura 2⁽¹⁸⁾

A – Vigília

O sistema das hipocretinas recebe estímulos. O sistema VLPO é inibido pelos núcleos aminérgicos e colinérgicos,

mantendo uma relação recíproca. O sistema VLPO está apenas activo durante o sono NREM e REM.



B – Sono NREM

Ausência de estímulo para o NSQ, prosencefalo basal e sistema límbico, inibição do VLPO para as hipocretinas dando início ao sono NREM.

(-) sinapse inibitória

(+) sinapse excitatória

Na vigília as hipocretinas elevam o tónus das monoaminas, mantendo o VLPO inibido, impedindo o início do sono (Figura 2 – A). A suspensão dos estímulos excitatórios do NSQ, do prosencefalo basal e do VLPO ocorre o início do sono NREM (Figura 2 – B).⁽¹⁸⁾

Para ocorrer a passagem de sono NREM para REM, ocorre a activação de células REM-on. São então activados, os núcleos colinérgicos latero-dorsais (NLD) e do tegumento pedúnculo-pontino (TPP), pela decréscimo da inibição das células REM-off (sistema aminérgico) – modelo de interacção recíproca (Figura 3).⁽¹⁸⁾

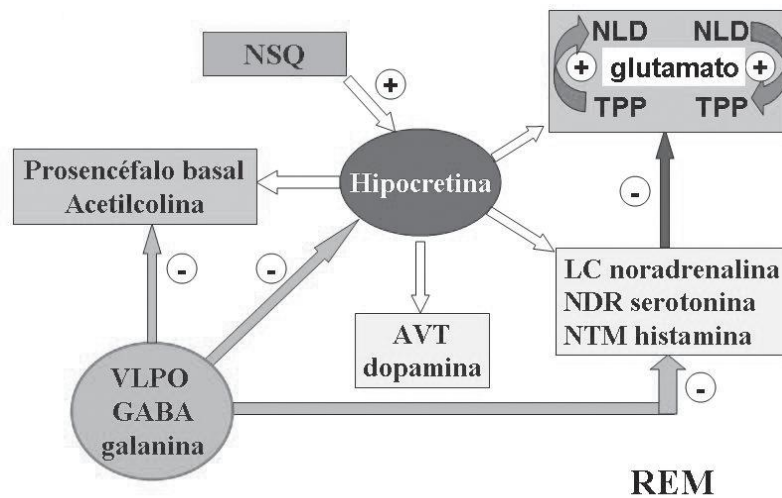


Figura 3⁽¹⁸⁾ – Sono REM

Activação de NLD e TPP por decréscimo da inibição de LC, NDR e NTM. Ocorre então o aumento de actividade colinérgica iniciando-se o sono REM – Modelo de interacção recíproca.

(-) sinapse inibitória

(+) sinapse excitatória

2. Insónia

A insónia, na verdade, é o problema do sono mais prevalente não só entre os mais velhos, mas em todos os grupos etários da população nos países industrializados do mundo.⁽¹⁹⁾

Podemos definir a insónia como a queixa de dificuldade em adormecer, dificuldade em manter o sono, sono de má qualidade ou duração de sono inadequada, apesar de ter oportunidade para o sono.⁽⁵⁾ Além disso, a insónia também está relacionada à insatisfação

com a qualidade do sono, resultando assim, no dia a dia, sintomas físicos e emocionais com impacto sobre as performances sociais e cognitivas. ⁽²⁰⁾

Segundo a Academia Americana da Medicina de Sono, 2001 ⁽²⁾, a Insónia é classificada em:

Insónia Leve: queixa de quantidade de sono insuficiente ou sono insuficiente. É acompanhada por pouca ou nenhuma evidência de ausência de comportamento social ou ocupacional. Muitas vezes associada a sentimentos de inquietação, irritabilidade, ansiedade leve, fadiga diurna e cansaço.

Insónia Moderada: queixa nocturna de quantidade de sono insuficiente ou ausência de descanso após sono habitual. É acompanhada pelo comprometimento leve a moderado de comportamento social ou ocupacional. Sempre associada a sentimentos de inquietação, irritabilidade, ansiedade leve, fadiga diurna e cansaço.

Insónia Severa: queixa nocturna de quantidade de sono insuficiente ou ausência de descanso após sono habitual. É acompanhada pelo comprometimento grave de comportamento social ou ocupacional. Sempre associada a sentimentos de inquietação, irritabilidade, ansiedade leve, fadiga diurna e cansaço.

A insónia pode ainda ser classificada quanto à duração: de curto prazo ou aguda e crónica. A insónia aguda, geralmente, melhora sem intervenção ou terapia medicamentosa. A insónia crónica pode ter graves repercussões na vida diária, prejudicando a qualidade de vida.

Associados à insónia:

1. transtorno mental - o elemento essencial deste tipo de insónia é a relação temporal e causal com um transtorno mental subjacente. Os transtornos de humor, como depressão, distímia, ciclotímia, o transtorno bipolar, ansiedade, esquizofrenia e transtornos somatoformes são exemplos de transtornos mentais associados com este tipo de insónias.

2. higiene inadequada do sono - está relacionada aos hábitos que são inadequados para uma boa qualidade de sono, por exemplo actividades psicologicamente stressantes, o consumo de cafeína, nicotina, álcool e refeições pesadas, actividade física vigorosa perto da hora de dormir, o tempo inconstante para dormir e acordar.

3. condição médica - Este distúrbio do sono está relacionada a condições médicas, por exemplo, síndromes dolorosas, infecções, doenças metabólicas, hipertiroidismo e doenças neurológicas.

4. O uso de substâncias ou medicamentos - Este distúrbio do sono está relacionado com o uso de uma droga ou substância como o álcool, os estimulantes (anfetaminas e derivados) ou antidepressivos. ⁽²⁰⁾

A insónia pode resultar de factores associados ao envelhecimento, doenças, alterações ambientais, ou pode ser sintoma de dor física e psicológica. A insónia pode levar a um excesso de sonolência diurna, problemas de memória, depressão, diminuição da qualidade de vida e diminuição da função física. ⁽¹⁹⁾

A insónia é um importante factor de risco para a demência e principalmente para a ansiedade e depressão, mas encontra-se também associada a problemas como a hipertensão, colesterol elevado, obesidade, resistência à insulina e osteoporose. ⁽¹⁹⁾

Segundo, Wade, Alan G., 2011 ⁽²¹⁾, a insónia ocorre na sua maioria em pacientes com transtorno psiquiátrico, embora seja difícil determinar a sua causa.

O sono é essencial para o equilíbrio psicológico, fisiológico a longo prazo. O comprometimento do sono a longo prazo pode ter graves consequências em termos ocupacionais e de saúde pública. ⁽⁴⁾

Segundo, Maryse Brousseau, 2003 ⁽⁸⁾, ansiedade é um factor importante na insónia e pacientes com dor crónica estão em elevado risco de insónia.

Podemos encontrar alguns estudos realizados sobre a associação de qualidade de sono e pacientes com DTM. Nestes estudos, na maioria dos pacientes com DTM há uma diminuição da qualidade do sono, também associada a um aumento da dor clínica e sofrimento psicológico. ⁽¹²⁾

Segundo, Machael T. Smith, 2009 ⁽¹²⁾, os dados recolhidos de experiencias feitas, demonstram que a privação do sono induz hiperalgesia em indivíduos saudáveis.

Segundo, Martins, Ronald Jefferson, 2010 ⁽¹⁴⁾, a insónia apresenta-se como o distúrbio de sono mais prevalente dos transtornos psiquiátricos. É definida como dificuldade em iniciar e manter o sono, o que leva ao sono não-reparador ou insuficiente, para manter uma boa qualidade de alerta e bem-estar durante o dia. A insónia terminal ou despertar precoce está relacionada com a depressão. Menos comum que a insónia é a sonolência diurna excessiva ou hipersonia, que é caracterizada por um aumento da propensão para dormir e uma compulsão subjetiva para dormir ou para ter "ataques de sono". Os indivíduos saudáveis podem ter hipersonia temporária durante algumas noites ou dias após um período contínuo de privação de sono ou esforço físico excessivo. No entanto, se a hipersonia dura mais de alguns dias, pode ser um sintoma de um distúrbio psicológico, como ansiedade, depressão ou stress.

Quanto à neurobiologia da insónia esta é pouco conhecida. Uma das coisas descobertas é que ocorre uma excitação psicofisiologia, ou seja pode aumentar a temperatura, o tónus muscular, aumento da frequência cardíaca e do tónus vagal; aumento do tempo de

vigília e da noradrenalina e dopamina urinárias. Foram ainda realizados estudos metabólicos de consumo de oxigénio, que mostraram índices elevados em pacientes com insónias, podendo persistir durante 24 horas por dia. A excitação psicológica é sustentada pelo aumento das taxas de pensamentos intrusivos. ⁽⁵⁾

A avaliação da insónia é importante e deve ser ampla, precisa, abrangendo as características médicas, psicológicas e sociais dos pacientes. Deve considerar a etiopatogenia.

1.A avaliação médica

As avaliações em pacientes devem começar por história médica detalhada e rigorosa em que a história dos sintomas é registado, incluindo o início da insónia e sua evolução para uma condição crónica, juntamente com os tratamentos já utilizados e as repercussões do padrão de sono anormais durante o dia, como sonolência, cansaço, fadiga e diminuição da atenção, concentração e memória. Os hábitos nocturnos que devem ser registados incluem: hora de dormir, actividades na cama, a hora de dormir, hora de acordar de manhã, hora de levantar-se, a qualidade do sono, número de despertares, o tempo gasto acordado durante a noite e relatórios de ronco e os movimentos da perna. Os hábitos diários que devem ser registados incluem: refeições, períodos trabalho e estudo, dormidas diurnas, actividade física, tabagismo, ingestão de álcool, uso de drogas e medicamentos. Devem ainda ser registadas: estado da cama, colchão e travesseiros, o número de pessoas que dormem na mesma cama, luminosidade, temperatura, ruído e presença de um televisor, computador ou equipamento de áudio no quarto.

2.Avaliação psicossocial

Tem como objectivo investigar, com maior detalhe, os principais factores precipitantes e perpetuantes da insónia. A avaliação psicossocial deve ser realizada, tendo em conta o enfoque sistémico, isto é, os sintomas de insónia são analisados dentro do contexto de vida dos pacientes, e que estes sintomas permitir ou esconder.

3.Exames complementares

É recomendado que cada paciente com insónia deva ser submetidos a exames complementares quando houver suspeita de qualquer doença sistémica.

4.Questionários

O uso de um diário do sono, bem como outros questionários, é fundamental para a terapia cognitivo-comportamental.

5.A polissonografia

A fim de investigar comorbilidades, como apneia obstrutiva do sono, e para a avaliação objectiva do sono, nos casos de diagnóstico de percepção inadequada, a

polissonografia é recomendada como um método auxiliar no diagnóstico da insónia, sempre que possível. ⁽²⁰⁾

Tratamento da insónia:

A. Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Hoje, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um padrão de tratamento para a insónia primária. Não deve ser utilizada isoladamente, mas sim em associação com terapia farmacológica. TCC apresenta uma vantagem sobre o tratamento farmacológico: o baixo risco de efeitos secundários e a manutenção a longo prazo de melhoria no padrão de sono. A TCC tem um período limitado e definido de uso, de quatro a oito sessões. É um tipo de contacto directo e de terapêutica, em que os doentes desempenham um papel activo e são co-responsáveis pelo seu tratamento. Pode ser realizada individualmente ou em grupos. As intervenções são educacionais, comportamentais e cognitivas, e sua base teórica é o modelo comportamental da insónia proposta por Spielman. Segundo este modelo, três factores principais podem causar insónia: predisponentes, desencadeantes e perpetuantes. Os objectivos principais da TCC são os factores precipitantes e perpetuantes. As principais técnicas comportamentais e cognitivas são a higiene do sono, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de tempo de deitar e dormir, técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, a intenção paradoxal e terapia cognitiva.

1.Higiene do sono: Esta é uma intervenção psicoeducacional contendo informações básicas sobre os hábitos de sono e higiene. Inclui instruções para o estabelecimento de horários de dormir, ir para a cama somente quando sentir sono e não usar a cama como um meio de tentar dormir, ter controle sobre o tempo, evitando o uso de estimulantes (café, cigarros, drogas, chá preto, Coca-Cola e chocolate), evitar o consumo de álcool antes de dormir e evitar o consumo de líquidos antes de dormir. Inclui sugestões para o jantar (comidas leves), pelo menos, duas horas antes de ir dormir, e para a actividade física regular, preferencialmente no período da manhã. Ele avalia as condições do quarto: conforto, temperatura, ruído, e salienta a importância de ter um quarto que é silencioso, arejado, limpo e organizado.

2.A terapia de estímulo-controle: Visa no sentido de educar os pacientes com insónias sobre como estabelecer uma forma mais adequada o ritmo de sono-vigília e limitar o tempo acordado e o comportamento permitido no quarto / cama. As principais instruções para os pacientes incluem os seguintes itens: ir para a cama somente quando sentir sono; evitar qualquer comportamento que não seja sono ou sexo no quarto / cama, se ocorrer incapacidade de dormir, o paciente deve-se levantar da cama e ir para outro local para fazer alguma

actividade relaxante num ambiente com pouca luz, e só voltar para a cama quando sentir sonolência novamente, para manter um tempo fixo para acordar, sete dias por semana, independente da quantidade de sono obtida, para não se deitar durante o dia, remover a televisão, o rádio e o computador do quarto, não comer, ler, trabalhar no quarto / cama.

3.Terapia de restrição de tempo de deitar e dormir: O objectivo desta terapia é consolidar o sono por meio da restrição do tempo que os pacientes que passam na cama com base sobre as informações do diário do sono. Esta técnica cria um estado leve de privação do sono que podem causar sonolência diurna. No entanto, ao mesmo tempo, proporciona a consolidação do sono, tornando assim mais fácil dormir no horário adequado, melhorando a eficiência do sono e reduzindo a latência e variabilidade entre as noites. Não é recomendável ter menos de 5 horas de sono, e as adaptações necessárias devem ser feitas em relação ao tempo gasto na cama, de acordo com as respostas dos pacientes ao tratamento proposto.

4.As técnicas de relaxamento: O objectivo do ensino de técnicas de relaxamento é mostrar aos pacientes como tensa e vigilante são durante o dia e a noite. O relaxamento progressivo é o tratamento para insónia, que tem sido mais estudado. Os pacientes são orientados a relaxar os principais grupos musculares em sequência, respeitando a sensação de tensão e relaxamento.

5.Reestruturação cognitiva: Este baseia-se principalmente nos sintomas cognitivos que podem causar ou perpetuar a insónia. Reestruturação cognitiva trabalha nas preocupações, pensamentos, atitudes falsas, crenças irracionais sobre o sono e ampliação de suas consequências, as ideias falsas sobre as causas da insónia e descrença sobre práticas de indução do sono e sobre a sua própria capacidade de dormir. A ideia é fazer com que os pacientes abandonem os sintomas de insónia, recordando-lhes que a maneira na qual os eventos são pensados ou julgado determina a maneira que as pessoas se sentem sobre eles.

6. Intenção paradoxal: Esta técnica reduz a ansiedade antecipatória associada ao medo de tentar adormecer e não ser capaz de fazê-lo, geralmente acreditam que perderam a sua capacidade natural para dormir. Os pacientes são instruídos a ir para a cama e ficar acordado e tentar não dormir, o que os torna mais relaxados. Eles conseqüentemente vão adormecer mais rapidamente.

7.A terapia cognitiva para transtornos do sono equívoco: Esta terapia funciona sobre a relação entre as percepções subjectivas dos pacientes do tempo total de sono e o tempo de sono total obtido através da PSG. A intenção desta abordagem é dar aos pacientes dados objectivos sobre a eficiência do sono obtidos através de PSG e fazê-los compreender que eles estão a dormir mais tempo do que pensam. Essa técnica também torna mais relaxado em

relação à quantidade de sono que considerem necessárias, e que lhes permita adormecer com mais facilidade quando esta nova realidade é adquirida.

B. O tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico consiste na utilização de drogas que induzem o sono hipnótico, principalmente porque elas actuam sobre o sistema principal inibidor do sistema nervoso central, o sistema GABA. Além disso, as substâncias que apresentam efeitos sedativos, tais como antidepressivos, podem ser utilizadas. Mais recentemente, os medicamentos que actuam sobre os receptores melatonérgicos têm sido considerados promissores como medicamentos para o tratamento da insónia.

GABA-A hipnóticos agonista do receptor

1.Zolpidem: Este é o hipnótico utilizado para tratar a insónia. O zolpidem é uma amidazopiridina que foi desenvolvido em 1980 e tem sido usado desde 1990. Foi o primeiro agonista seletivo $\alpha 1$. É absorvido rapidamente (em cerca de uma hora) e apresenta um tempo de semi-vida curto, de 2,5 horas. A sua biodisponibilidade varia de 65% para 70%. Os picos de concentração plasmática ocorrem 1,5 horas após a ingestão da droga. As doses terapêuticas variam de 5 a 10 mg, e é metabolizada no fígado e eliminado pelos rins. Nas pessoas idosas, e em casos de insuficiência hepática ou renal, a dose recomendada é de 5 mg. Embora o uso de indutores do sono para o tratamento da insónia crónica é recomendado apenas para um mês, ensaios clínicos têm sugerido que o zolpidem permanece eficaz e seguro por um período prolongado de uso, ou seja, mais de 35 dias, em doses de 10 mg.

2.Zopiclona: Este é um hipnótico que é recomendado para o tratamento da insónia. Zopiclona é um ciclopirlone que difere de zolpidem por causa do seu tempo de semi-vida (5,3 hora) e sua acção sobre os receptores contendo as subunidades $\alpha 1$ e $\alpha 2$. A dose recomendada é de 3,7 a 7,5 mg. Alguns efeitos colaterais após a retirada têm sido descritos, porém os efeitos residuais no dia seguinte pode ser atribuída à sua longa semi-vida.

3.Zaleplon: Este é um pirazolopirimidina que se liga ao receptor $\alpha 1$, tornando a droga de um agente hipnótico que pode ser recomendada para o tratamento da insónia. A dose recomendada é de 10 mg e a sua semi-vida é de aproximadamente uma hora. Devido a estas características, zaleplon é indicado para indução do sono, enquanto mostra pouco efeito sobre a manutenção do sono.

4.Eszopiclone: Este é um isómero zopiclone de ciclopirlone que é recomendado para o tratamento da insónia. Eszopiclone é rapidamente absorvido e apresenta uma relativamente longa semi-vida. A dose deve ser individualizada, mas varia de 1 a 3 mg antes de ir para a cama.

5. Indiplon: Este é um pirazolopirimidina com semelhanças com zopiclone, zolpidem, e zaleplon que é selectivo para os receptores que contêm uma subunidade $\alpha 1$. É um hipnótico indicado para o tratamento da insónia. Esta droga tem uma formulação de liberação imediata, que é indicado para insónia inicial, e uma formulação controlada, que dura de seis a oito horas e é indicado para pacientes com queixas relativas à manutenção do sono. A dose recomendada varia de 15 a 30 mg, tomada antes de ir para a cama.

C. Antidepressivos

Os antidepressivos sedativos (tricíclicos, trazodona, doxepina e mirtazapina) são alternativas para o tratamento farmacológico da insónia. No entanto, não existem estudos que comprovem a eficácia e segurança destes agentes. Alguns antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina melhoram a continuidade e a eficiência do sono e produzem sedação durante o dia.

1. Trazodona: A trazodona parece ser o segundo agente mais comumente prescrito para tratar a insónia. Pertence ao grupo farmacológico dos inibidores da recaptação da serotonina, e tem acção antagonista sobre os receptores adrenérgicos $\alpha 1$, 5-HT_{1A} e 5-HT₂. Trazodona ligeiramente suprime o sono REM e melhora a continuidade do sono. A dose recomendada é de 50 mg/dia.

2. Doxepin: Este é um antidepressivo tricíclico com efeito antagonista sobre os receptores de histamina H₁/H₂. Ele tem se mostrado eficiente se usado em pequenas doses (1-6 mg / noite), para o tratamento da insónia. Não causa efeitos residuais clinicamente significativos ou anti-colinérgicos.

3. Mirtazapina: Este é um antidepressivo atípico. Seu mecanismo de acção depende da actividade noradrenérgica fornecida pelo efeito antagonista do receptor da droga em alfa-2A, receptores adrenérgicos, e bloqueio inespecífico da recaptação serotoninérgica. Mirtazapina é um antagonista pós-sináptico (bloqueador) de 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C} e 5-HT₃ com efeitos sedativos e ansiolíticos. A sua actividade anti-histamínicos receptor H₁ explica o forte efeito sedativo, e este é o antidepressivo com maior efeito sedativo entre as drogas actualmente disponíveis. As doses recomendadas intervalo 7-30 mg.

4. Amitriptilina: Este apresenta efeitos sedativos, devido à sua actividade anticolinérgica, anti-histamínica e perfil anti-alpha1, e também devido ao bloqueio dos receptores 5HT_{2A} e 5HT_{2C}. Os efeitos sedativos são imediatos, precedendo o efeito antidepressivo e diminui após algumas semanas de tratamento. A dose recomendada varia 12,5 - 50 mg.

5. Mianserina: Este é um antidepressivo atípico com efeito sedativo, que ocorre através de efeitos anti-receptores histamínicos 1 e 5HT_{2A/2C} antagónicas. Não existem estudos de longo prazo provando a eficácia e segurança da mianserina para o tratamento da insónia.

D. Valeriana

Valeriana pode ser uma opção para o tratamento de insónias e é usado como um medicamento auxiliar quando a interrupção entre os usuários crónicos de benzodiazepínicos. Alguns estudos têm relatado que o seu mecanismo de acção está relacionado ao GABA. Valeriana podem agir durante o sono através de outros mecanismos, através de receptores MT1 e MT2 (melatonina) e através do receptor de adenosina A1 e alguns subtipos de receptores 5-HT.

E. Benzodiazepinas

As benzodiazepinas (BZDs) ligam-se inespecificamente às subunidades alfa-1 e alfa-2 do receptor GABA-A pós-sináptico e qualquer subunidade do tipo gama. BZDs aumentam a afinidade do receptor GABA-A pós-sináptico com GABA endógeno, e aumentam a intensidade e duração do efeito inibitório através de canais de cloreto de reforço. A ligação para a subunidade alfa-1 é responsável pelo efeito hipnótico e cognitivo, enquanto a ligação à subunidade alfa-2 é responsável pelo efeito ansiolítico, anti-convulsivo e relaxante muscular. A retirada de BZDs pode trazer de volta a insónia causando nos pacientes, sintomas piores do que os apresentados antes do tratamento. A presença de ansiedade e a intensidade da insónia depende de perfil psicológico dos pacientes. A gradual e lenta interrupção BZDs, com apoio técnico, é recomendada. Os sintomas de abstinência quando se interrompe BZDs dependem de uma variedade de factores. Tolerância refletida no aumento progressivo das doses também depende de vários factores. No entanto, há pacientes que não desenvolvem tolerância após o uso de BZDs por um longo tempo. Há estudos que demonstram a existência de uma correlação entre o uso prolongado de BZDs e aumento do risco de morte. Amplificação de distúrbios ventilatórios obstrutivos durante o sono, sedação, confusão, quedas, amnésia e outros possíveis sintomas relacionados com a droga pode explicar o aumento da mortalidade. BZDs não são indicadas para indivíduos com dependência de drogas e abuso do álcool. Um cuidado especial é necessário com idosos, pacientes com disfunções do fígado, rim e pulmão, e os pacientes com problemas psiquiátricos. BZDs pode agravar os distúrbios ventilatórios durante o sono e não são indicados durante a gravidez, ou para os indivíduos cujo trabalho pode exigir pronto acordar e rápida tomada de decisão.

F. Agonistas dos receptores de melatonina

1. **Ramelteon:** Este é um novo medicamento hipnótico que foi aprovado para o tratamento da insónia crónica. É um agonista com alta selectividade para receptores de melatonina MT1 e MT2. A dose recomendada é de 8 mg rapidamente absorvido e apresenta uma semi-vida de 1,3 horas. Devido à sua semi-vida curta, Ramelteon é indicado para o tratamento inicial da insónia. Não é eficiente em manter o sono. Ramelteon é seguro com relação aos efeitos cognitivos no dia seguinte, e não foi provado que causasse problemas quando interrompido após uso crónico.

2. **Agomelatina:** Este é um antidepressivo com acção agonista em receptores de melatonina 1 e 2, e do efeito antagonista sobre os receptores serotoninérgicos 5-HT_{2c}. Devido ao seu efeito agonista melatoninergico, a agomelatina pode ser um potencial regulador do ritmo circadiano de pacientes deprimidos, levando assim a um contributo acrescido para melhorar a depressão. O uso deste medicamento na dose de 25 a 50 mg foi mostrado para melhorar a qualidade do sono, com a latência do sono, redução despertar e aumento de ondas lentas.

G. Outras perspectivas farmacológicas e novos

Os anti-histamínicos são opcionais, enquanto que os antipsicóticos não são recomendados. ⁽²⁰⁾

3. Classificação Internacional das Desordens do Sono, 1990, 1997, 2001, 2005; Segundo a Academia Americana da Medicina do Sono ⁽²⁾

A Classificação Internacional das Desordens do Sono (CIDS), introduzida em 1990 pela primeira vez, tornou-se numa importante ferramenta para a prática clínica e para a pesquisa de distúrbios do sono. Foi produzida pela Academia Americana da Medicina do Sono, em associação com a Sociedade Europeia de Investigação do Sono, Sociedade Japonesa de Pesquisa do Sono e Sociedade Latino Americana de Latência.

A classificação foi desenvolvida como uma revisão e actualização da Classificação Diagnóstica de Sono e Distúrbios de Excitação (CDSDE), que foi produzida pela Associação de Centros de Distúrbios de Sono (ACDS) e pela Associação de Estudos Psicofisiológicos do Sono, publicada na revista Sleep, em 1979.

Desde 1979 testemunharam-se profundas mudanças na medicina dos distúrbios do sono em várias perspectivas: o crescimento dos cuidados de saúde, cuidados de saúde pública, esforços para melhorar integrar a medicina do sono, grandes esforços para melhorar a

consciência pública dos distúrbios do sono e mais importante, um crescimento rápido na nossa compreensão da fisiopatologia e o tratamento eficaz dos distúrbios de sono.

A partir destas mudanças tornou-se mais fácil alcançar uma classificação de doenças e distúrbios de sono. Por um lado, pesquisas e avanços clínicos mudaram claramente a maneira como vemos muitos distúrbios do sono, distúrbios respiratórios principalmente relacionadas ao sono.

O comité de classificação desenvolveu os códigos de diagnóstico de forma compatível com a versão norte-americana da Classificação Internacional de Doenças (CID-9-CM). O ICD-9-CM contém uma expansão na listagem das doenças incluídas nas rubricas principais dos distúrbios do sono numa nona revisão da Organização Mundial de Saúde da CID-9.

O CIDS consiste principalmente de doenças associadas a distúrbios do ciclo sono-vigília, bem como, distúrbios que possam ocorrer durante o sono. Diagnóstico, gravidade, duração e os critérios são apresentados, como é uma sistema axial pelo qual os clínicos podem padronizar a apresentação das informações pertinentes sobre o transtorno de uma paciente.

O primeiro eixo, o Eixo A, contém os diagnósticos primários de CIDS. O segundo eixo, o Eixo B, contém os nomes dos procedimentos realizados, tais como a polissonografia, ou os nomes de anomalias específicas presentes. O terceiro eixo, o Eixo C, contém ICD-9-CM, diagnósticos médicos que não são distúrbios de sono, tal como, hipertensão.

O sistema axial foi organizado de modo que um número de código específico ICD-9-CM poderia ser dada em cada eixo. Um número de código especializado, pode ser dada para a codificação de informações para modificar o diagnóstico do sono, como o principal sintoma, e da gravidade ou a duração da doença. Código CID-9-CM e números também podem ser dados para documentar os testes de sono e os procedimentos. Números de código adicionais CIDS estão disponíveis para documentar anormalidades detectadas durante a polissonografia ou outros tipos de testes objectivos.

O eixo A contém diagnósticos primários do sono de CIDS. A classificação é dividida em quatro secções:

1. Dissonias, compreende doenças que causam insónia ou sonolência excessiva.

Dissonias são distúrbios que produzem dificuldade para iniciar ou manter o sono ou sonolência excessiva. Esta secção é dividida em três grupos de doenças: distúrbios intrínsecos do sono, distúrbios extrínsecos do sono, distúrbios do sono do ritmo circadiano.

Os distúrbios intrínsecos do sono, originam-se “dentro do corpo” e não são de causa primária; encontram-se associados a problemas neurológicos, mentais ou outras doenças.

Os distúrbios extrínsecos do sono desenvolvem-se a partir de causas externas ao corpo. Geralmente a remoção do factor externo leva à resolução do distúrbio do sono.

Distúrbios do sono relacionados com o ritmo circadiano, são factores que estão relacionados com o calendário de dormir durante o dia de 24 horas. Algumas destas doenças são influenciadas pelo sincronismo do período de sono que está sob controle do individuo (por exemplo, trabalho por turnos ou mudança de fuso horário), enquanto outros são desordens de mecanismos neurológicos (por exemplo, padrão vigília-sono irregular e a síndrome da fase do sono avançado). Alguns destes distúrbios podem estar presentes tanto na forma intrínseca e extrínseca.

2. Parassonias, compreende distúrbios que ocorrem durante o sono, e que não são primariamente distúrbios dos estados de sono e vigília.

As parassonias ou transtornos de excitação, são factores que interferem no processo do sono e não são essencialmente distúrbios dos estados sono e da vigília, por si só. Esses distúrbios são manifestações de activação do sistema nervoso central, geralmente transmitidos através do músculo esquelético ou do sistema nervoso autónomo. Eles estão divididos em quatro grupos: a excitação, distúrbios de transição sono vigília, parassonias geralmente associada com movimento rápido dos olhos (REM), e outras parassonias.

Os transtornos do despertar são manifestações de excitação parciais que ocorrem durante o sono. Estes distúrbios são os "clássicos" transtornos da excitação que parecem ser primariamente distúrbios dos mecanismos de excitação normal.

Distúrbios de transição sono-vigília são aqueles que ocorrem principalmente durante a transição entre a vigília e o sono ou de um estágio de sono para outro.

As parassonias geralmente associadas ao sono REM têm o seu início no estágio de sono REM; algumas dessas parassonias do sono REM ocorrem durante os demais estágios do sono, mas esta ocorrência é rara.

Outras parassonias são aqueles que não se enquadram nas categorias de os transtornos da excitação, distúrbios de transição sono-vigília, ou parassonias associadas ao sono REM.

3. Distúrbios do sono médico-psiquiátricos, compreende desordens médicas e psiquiátricas que são comumente associadas a perturbações do sono. Porque a maioria dos transtornos médicos e psiquiátricos podem ser associados com perturbações do sono ou a redução da vigília.

Os distúrbios do sono associados a deficiência mental, neurológica ou outras desordens médicas, incluem doenças que não são primariamente distúrbios de sono. Inclui

desordens médicas que tenham perturbação do sono ou sonolência excessiva como uma das principais características.

4. Distúrbios do sono propostos. Esta secção foi desenvolvida em reconhecimento dos novos avanços na medicina e distúrbios do sono. Novos distúrbios foram descobertos, e alguns distúrbios do sono foram claramente descritos.

A apresentação destes transtornos incentivará pesquisas adicionais para determinar se estes são problemas específicos ou são variantes de outros transtornos já classificados.

Eixo B contém listas de testes e procedimentos que são realizados na prática da medicina dos distúrbios do sono. Os testes principais incluem a polissonografia e os múltiplos teste de latência do sono (MSLT). Outros exames médicos que comumente podem ser recomendados para pacientes que têm distúrbios do sono também estão listados no eixo B.

O eixo C compreende os distúrbios clínicos e psiquiátricos que não são primariamente distúrbios do sono em si. Recomenda-se que o número do código ICD-9-CM apropriado de seja utilizado para a codificação desses transtornos. Qualquer distúrbio médico ou psiquiátrico que seja relevante para o cuidado clínico de um paciente deve ser declarado e codificado pelo médico.

A Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (CISD) foi produzida principalmente para fins diagnósticos e epidemiológicos de modo que os distúrbios podem ser indexados e informações de morbidade e mortalidade poderiam ser gravados e recuperados. Esta classificação não se destina a fornecer um diagnóstico diferencial de listagem de distúrbios do sono e excitação. O CISD é consistente com estilo Classificação Internacional de Doenças (CID-9-CM) classificações para os transtornos que afectam os sistemas como o cardiovascular ou respiratória.

4. Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI)

A avaliação clínica da qualidade de sono é importante para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Primeiro porque as queixas à cerca da qualidade do sono, dificuldade em adormecer e dificuldade em manter o sono são bastante frequentes e segundo uma qualidade de sono pobre pode ser um importante sintoma de muitas desordens do sono e de patologias sistémicas.

As queixas de qualidade de sono são particularmente importantes em psiquiatria. Factores relacionados com a ansiedade e stress são um dos mais importantes factores concomitantes de alterações do sono.

Segundo, Daniel J. Buysse, 1988 ⁽²²⁾, os distúrbios da qualidade do sono estão frequentemente associados a todas as desordens psiquiátricas, incluindo a depressão, esquizofrenia, ansiedade, transtornos por uso de substâncias psicoactivas.

Apesar da qualidade de sono ser aceita clinicamente, esta apresenta-se como um fenómeno complexo que é difícil de medir e definir objectivamente. ⁽²²⁾ Na quantificação dos aspectos relativos à qualidade do sono podemos incluir, duração do sono, latência do sono, número de despertares, bem como os aspectos mais puramente subjectivos como a profundidade do sono. Contudo, elementos exactos que compõem a qualidade do sono e a sua relativa importância, podem variar entre indivíduos.

O PSQI desenvolvido por Daniel J. Buysse, 1988, e seus colaboradores, tem como objectivos: proporcionar uma medida confiável, válida e padronizada da qualidade de sono, fornecer aos indivíduos, clínicos e investigadores uma ferramenta que lhes permita avaliar clinicamente os distúrbios e qualidade do sono.

O PSQI é amplamente utilizado, favorece informações úteis sobre padrões e satisfação com o sono, tem um intervalo de pontuação entre 0 e 21. ⁽²¹⁾ Onde "0" indica que não há dificuldade e "21" indica grandes dificuldades em todas as áreas. ⁽¹⁴⁾

Yatani Hirofumi, 2002 ⁽¹⁶⁾, e seus colaboradores tentaram relacionar a qualidade de sono, dor e stress psicológico em pacientes com DTM. Usaram o PSQI e verificaram a qualidade de sono. Os resultados confirmaram a relação entre dor e stress psicológico e distúrbios de sono em pacientes com DTM.

5. Classificação da depressão

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria ⁽²³⁾, um episódio depressivo é caracterizado por uma diminuição do humor, perda de interesse em realizar as actividades habituais que persiste ao longo de pelo menos duas semanas, sendo acompanhado de sintomas como alterações alimentares, dos padrões de sono, fadiga, dificuldade de concentração, indecisão, pensamentos de morte e suicídio ou sentimentos de inutilidade, desamparo ou desesperança.

Segundo o ICD-10 (24), existem três tipos de depressão, leve, moderada e grave nas quais o indivíduo apresenta usualmente ausência de humor, perda de interesse e prazer, fadiga e falta de energia o que diminui a actividade, cansaço após pequenos esforços; podemos ainda encontrar sintomas como: diminuição da concentração e atenção, baixa auto-estima e auto-confiança, ideias de culpa e inutilidade, ideias de actos de auto-agressão e suicídio, distúrbios de sono e de apetite.

Para episódios depressivos de todos os três graus de gravidade, uma duração de pelo menos duas semanas é geralmente necessária para o diagnóstico, mas, períodos mais curtos pode ser razoável se os sintomas são muito graves e de início rápido. Alguns dos sintomas descritos em cima podem ser marcados e desenvolver características e sintomas com alguma relevância clínica, tais como, perda de interesse ou prazer em actividades que normalmente são agradáveis, falta de reactividade emocional em ambiente agradável, acordar de manhã muito antes da hora habitual; maior depressão durante a manhã, agitação, perda acentuada de apetite, peso e libido. A diferenciação entre episódio depressivo leve, moderado e grave está dependente do número, tipo e gravidade de sintomas presentes. (24)

As categorias de episódios depressivos leve, moderado e grave, só devem ser usados em episódios depressivos únicos, outros episódios devem ser classificados como transtornos depressivos recorrentes. (23)

Episódio depressivo leve é caracterizado por perda de interesse e prazer e fadiga aumentada são geralmente considerados como sintomas mais típicos de depressão leve, com duração de pelo menos duas semanas. Um indivíduo com um episódio depressivo leve geralmente é angustiado pelos sintomas e tem dificuldade em continuar com o trabalho diário e com actividades sociais, sem parar completamente as suas actividades. (23) (24)

Episódio depressivo moderado é caracterizado por uma aumento do grau de sintomas para além dos verificados no episódio depressivo leve, tem geralmente uma dificuldade considerável em continuar o trabalho e actividades sociais e domésticas. A duração mínima é de duas semanas. (23) (24)

O episódio depressivo grave pode ser dividido em dois grupos: sem sintomas psicóticos e com sintomas psicóticos. Num episódio depressivo greve, o paciente geralmente apresenta desconforto ou agitação considerável. Perda de auto-estima, sentimentos de inutilidade ou culpa encontram-se em destaque, e o suicídio é um perigo distinto nos casos mais graves. Os sintomas típicos dos episódios depressivos leve e moderado estão presentes, para além de outros sintomas mas numa forma mais grave. O episódio depressivo pode ser diagnosticado em duas semanas, mas em casos de gravidade particular e de início mais rápido

o diagnóstico pode ser feito em menos de duas semanas. Durante um episódio depressivo grave, é pouco provável que o indivíduo consiga prosseguir com actividades domésticas, trabalho e actividades sociais, senão de um modo muito limitado. ^{(23) (24)}

A categoria de episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos inclui: episódios únicos de depressão agitada, melancolia ou depressão vital sem sintomas psicóticos. ^{(23) (24)}

A categoria de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos inclui: episódios de depressão psicótica, psicose depressiva psicogénica e psicose depressiva reactiva. ^{(23) (24)}

Os episódios depressivos recorrentes, são caracterizados por uma repetição de episódios depressivos, leve, moderado e grave. A recuperação entre episódios geralmente é completa, mas a minoria dos pacientes pode desenvolver uma depressão persistente, principalmente na terceira idade. Geralmente estes episódios ocorrem após um estágio de aumento de humor inexplicado que se designa por mania. O facto de este episódio acontecer pode transpor o diagnóstico para transtorno bipolar. ^{(23) (24)}

Generic Name	Starting Dose (mg/day) ^b	Usual Dose (mg/day) ^c
Selective serotonin reuptake inhibitors^d		
Citalopram	20	20–60 ^e
Escitalopram	10	10–20
Fluoxetine	20	20–60 ^e
Paroxetine	20	20–60 ^e
Paroxetine, extended release	12.5	25–75
Sertraline	50	50–200 ^e
Dopamine norepinephrine reuptake inhibitor^d		
Bupropion, immediate release	150	300–450
Bupropion, sustained release	150	300–400
Bupropion, extended release	150	300–450
Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors^d		
Venlafaxine, immediate release	37.5	75–375
Venlafaxine, extended release	37.5	75–375
Desvenlafaxine	50	50 ^f
Duloxetine	60	60–120
Serotonin modulators		
Nefazodone	50	150–300
Trazodone ^g	150	150–600
Norepinephrine-serotonin modulator		
Mirtazapine ^d	15	15–45
Tricyclics and tetracyclics		
Amitriptyline	25–50	100–300
Doxepin	25–50	100–300
Imipramine	25–50	100–300

Tabela 1 ⁽²³⁾ – tabela de fármacos usados no tratamento de depressão com as doses adequadas.

Os episódios depressivos recorrentes incluem: episódios recorrentes de reacção depressiva, depressão psicogénica, depressão reactiva, doença afectiva sazonal; episódios recorrentes de depressão endógena, psicose maniacodepressiva, psicose depressiva psicogénica ou reactiva, depressão psicótica e depressão vital. Excluimos episódios depressivos recorrentes breves. ^{(23) (24)}

O tratamento para a depressão pode incluir duas formas: a psicoterapia e a farmacoterapia ou uma associação das duas. A psicoterapia deve ser a eleita quando o episódio depressivo é leve ou moderado e há uma resposta positiva prévia a este tratamento, deve ser a primeira escolha quando a paciente se encontra grávida ou pretende engravidar. A farmacoterapia deve ser escolhida quando o episódio depressivo é moderado a grave, com distúrbios do sono, apetite e agitação. Existem medicamentos preferenciais para o tratamento que estão indicados na tabela 1. ⁽²³⁾

6.Dor

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor, dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrito nos termos de tal dano. ⁽²⁵⁾

A dor pode ser classificada quanto ao mecanismo fisiopatológico e quanto à duração.

Quanto ao mecanismo fisiopatológico:

-dor nociceptiva: compreende a dor somática e visceral e ocorre directamente por estimulação química ou física das terminações nervosas. A dor somática aparece a partir da lesão da pele ou tecidos mais profundos e é usualmente localizada. A dor visceral origina-se em vísceras abdominais ou torácicas, frequentemente associada a sintomas como náuseas e vômitos. É resultado de danos teciduais frequentes em situações inflamatórias, traumáticas e invasivas ou isquémicas. A mensagem de dor é percebida pelos receptores de dor (nociceptores) nos tecidos periféricos. Tanto a dor visceral como a somática respondem a analgésicos opióides e não opióides, com excelente resposta quando a dor é somática e com boa resposta quando a dor é visceral.

-dor neuropática: resulta de algum dano a um nervo ou de função nervosa anormal em qualquer ponto desde a transmissão neuronal dos tecidos periféricos (SNP) até ao SNC. O dano nervoso pode ser determinado por trauma, infecção, isquémia, doença degenerativa, invasão tumoral, injúria química ou radiação. As queixas de dor têm irradiação neurodérmica

e por vezes do tipo de queimadura. A injúria primária, por vezes, pode ser trivial. A dor neuropática pode ser aliviada, mas com frequência, não na totalidade, por opiáceos e não opiáceos; geralmente são necessárias terapêuticas analgésicas coadjuvantes. A dor neuropática pode ser de três tipos:

1. Deaferentação: chamada de dor fantasma, como exemplo deste tipo de dor temos a injúria do plexo braquial ou lombo sacral.

2. Dor central: ocorre dano directo no SNC.

3. Dor simpática mantida: é diagnosticada na presença de dor em associação com disfunções autonómicas, como edema local, alterações de temperatura e sudorese, mudanças tróficas como crescimento anormal de unhas, diminuição da espessura dos tecidos alopecia.

(25)

A dor neuropática é ainda acompanhada de sintomas como:

a. Disestesia: sensação anormal espontânea.

b. Hiperestesia: sensibilidade exagerada de estimulação.

c. Hiperalgesia: resposta exagerada de dor ao estímulo.

d. Alodínea: dor causada por estímulo geralmente não doloroso.

e. Hiperpatia: resposta explosiva a um estímulo.

f. Breakthroughpain: dor episódica, acidental ou transitória. Quando o controle da dor basal é alcançado, ainda assim o paciente pode apresentar episódios de dor em picos de início súbito e agudo. Estes episódios espontâneos ou relacionados com a actividade e movimentação passiva podem ser consequência da prescrição analgésica em doses e intervalos inadequados. A intervenção terapêutica consiste na administração de doses de analgésicos de acção rápida e reavaliação do esquema regular com o objectivo de se encontrar a máxima dose analgésica de efeitos colaterais contornáveis. (25)

-dor simpaticomimética: diferenciada pelo relato de irradiação arterial normalmente necessita de diagnóstico diferencial por bloqueio anestésico. (25)

Quanto à duração a dor pode ser classificada em aguda e crónica.

A dor aguda tem início súbito relacionado com injúrias traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. (25) Espera-se a remissão completa após a remoção da causa, cura da lesão, imobilização ou em resposta a medicamentos. Respondem rapidamente às intervenções na causa e não costumam ser recorrentes. Estão associadas a respostas neurovegetativas com aumento, com impacto na qualidade de vida. Observam-se expressões faciais e posturas de protecção.

A dor crónica não é apenas um prolongamento da dor aguda. ⁽²⁵⁾ Estimulações nociceptivas repetidas levam a uma variedade de modificações no SNC. ⁽²⁵⁾ Enquanto que a dor aguda provoca uma resposta simpática, com aumento da pressão arterial, taquicardia, agitação e ansiedade, a dor crónica permite uma adaptação a esta situação. ⁽²⁵⁾ Mal delimitada no tempo e no espaço, persiste de forma contínua e persistente; com respostas emocionais de ansiedade e depressão frequentes. As respostas físicas, emocionais e comportamentais álgicas podem ser atenuadas e acentuadas por variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais do indivíduo. Nem sempre se observam expressões faciais e alterações posturais.

Para o tratamento ou alívio da dor existem drogas designadas de analgésicos. Os analgésicos são classificados em opióides e não-opióides. Os analgésicos não-opióides são utilizados para dores fracas, temos como exemplo o ácido acetilsalicílico, paracetamol, diclofenac, entre outros. Os analgésicos não-opióides podem dividir-se em fracos ou fortes. Os analgésicos não-opióides fracos são usados em dores moderadas e são eles, o tramadol e a codeína. Como analgésicos não-opióides fortes temos a morfina, metadona e fentanil usados em casos de dor forte.

A severidade da dor não é directamente proporcional à quantidade de tecido lesado e muitos factores podem influenciar a percepção deste sintoma:

- fadiga;
- depressão;
- raiva;
- medo/ ansiedade doença;
- insónia;
- sentimentos de falta de esperança e amparo. ⁽²⁵⁾

A dor musculo-esquelética difusa é frequentemente associada com queixas de sono e fadiga. A dor condiciona numerosos aspectos da vida física e psicológica, incluindo o sono. ⁽⁸⁾

O sono e a dor são dois fenómenos interligados, e com interacções bidireccionais. ⁽²⁶⁾
⁽¹⁰⁾ A dor pode interromper ou perturbar o sono, mas, as mudanças no padrão de sono podem também influenciar a percepção da dor. ⁽²⁶⁾

A dor é o sintoma mais frequente de disfunção temporomandibular e é susceptível de levar à ocorrência de distúrbios do sono e stress. ⁽¹⁴⁾ ⁽⁸⁾

7.DTM (Disfunção Temporomandibular) e Dor orofacial

Segundo, JP Okeson, 2000 ⁽²⁷⁾, a disfunção temporomandibular (DTM) consiste numa série de sinais e sintomas clínicos que envolvem a articulação temporomandibular (ATM) e/ou os músculos mastigatórios, sendo a dor o sintoma mais frequente.

Vários factores etiológicos, incluindo distúrbios de sono, assim como stress físico, emocional e oclusal pode diminuir a capacidade adaptativa do sistema estomatognático e levar à ocorrência da doença. ⁽²⁷⁾

A DTM tem etiologia multifactorial, com associações observadas com distúrbios de sono e stress. ⁽¹⁴⁾

Segundo, Koray Oral, 2009 ⁽¹⁵⁾, os factores de risco para o desenvolvimento de DTM são: factores oclusais, bruxismo, trauma, hipermobilidade, stress, personalidade, idade, género, hereditariedade e doenças sistémicas.

Os factores oclusais e a sua contribuição para a etiologia das DTM têm sido largamente discutidos entre a comunidade odontológica. A presença de um grande overbite e overjet, e uma diferença acentuada entre relação cêntrica e intercuspidação máxima parece estar associada a alguns tipos de DTM. Há autores que consideram que a presença de interferências oclusais, assim como, de mordida aberta anterior, funcionam como factor predisponente de DTM, enquanto que outros dizem que é um factor protector.

O bruxismo é também considerado um factor iniciante ou perpetuante de DTM. As especulações que se geram à volta do bruxismo relacionam-se com a força muscular exercida que desencadeia o bruxismo, as dores miofasciais e na ATM que resultam deste processo.

Relativamente ao papel do trauma na etiologia das DTM é também controverso. Uma lesão na cabeça e pescoço relacionada com movimento chicote, é muitas vezes um factor de risco para o desenvolvimento de DTM com vários desarranjos internos ao nível da articulação.

O papel do stress e da personalidade na etiologia da DTM relaciona-se com o perfil psicológico e psicossocial assim como, distúrbios da dor como cefaleias, dor nas costas ou artrite, mas não são factores etiológicos. ⁽¹⁵⁾ Contudo, sabe-se que sintomas físicos de DTM, podem ser causadores ou intensificadores de stress, depressão e doenças psíquicas.

A relação entre a hipermobilidade e a DTM pode ser atribuída a uma hipermobilidade articular generalizada.

Segundo, Herve Reychera, 2008 ⁽²⁸⁾, os factores etiopatogénicos da DTM, são multifactoriais, e este considerou os seguintes como os mais importantes:

- falta de coordenação muscular e tensão, problemas de postura;
- micro e macro trauma, disfunções da oclusão dentária, bruxismo;

- perturbações psíquicas;
- comportamento psicossocial;
- alterações da dimensão vertical;
- posição retruída da mandíbula.

Os principais sinais de DTM são: mialgia, dor muscular (com ou sem fadiga muscular); nódulos palpáveis; contracção muscular; dor agravada à mastigação com irradiação para locais especiais; dor inflamatória, podendo envolver as articulações, agravada pela movimentação activa e passiva da mandíbula bem localizada (à frente da orelha); ruídos articulares; movimentos limitados (trismus) ou assimétricos. ⁽²⁸⁾

Relativamente aos sintomas, os mais comuns e não-específicos são: vertigens, dores de cabeça, dor cervical; dores de ouvido, perda parcial de audição. As dores de cabeça são um sintoma normal na população, daí a dificuldade de um diagnóstico diferencial, é por isso, necessário realizar um exame clínico minucioso. ⁽²⁸⁾

Segundo, Herve Reychera, 2008 ⁽²⁸⁾, o diagnóstico de DTM deve seguir um protocolo determinado:

1ºExame clínico;

2ºPalpação;

3ºAuscultação de ruídos articulares;

4ºHistória médica para avaliação da gravidade patológica;

5ºSe necessário recorrer a exames complementares de diagnóstico imagiológicos (ortopantomografia, TAC, RMN, ultra-sons).

Pacientes com dor orofacial crónica apresentam geralmente problemas de saúde relacionados, tais como, distúrbios de sono, patologia cardiovascular, gastrointestinal, perda ou ganho de peso, dormência, sudorese, rubor, perda de libido, stress, insónia.

A dor tem consequências ao nível sensorial, cognitivo, afectivo, imune, motor, reprodutivo, alguns dos efeitos são o resultado directo da resposta do organismo à dor ou uma consequência da activação do sistema de resposta do organismo ao stress.

Dores de cabeça como as cefaleias e enxaquecas podem muitas vezes aparecer associadas a sintomas de DTM, locais como a parte posterior da cabeça, pescoço e a parte superior, podem ocorrer concomitantemente com dores musculares. ⁽²⁹⁾

Pacientes com dor crónica relatam alterações emocionais. Em pacientes com DTM há uma relação comum, entre a dor crónica e sintomas emocionais de depressão. Elevados níveis de tensão muscular, actividades parafuncionais, podem ter inúmeras consequências biológicas, como micro-traumatismos, aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias na

articulação, aumento da sensibilidade à dor, todos estes mecanismos funcionam como adaptação do organismo ao stress.⁽³⁰⁾

8.RDC/TMD (Critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares)

Realizado pelo grupo de diagnóstico e pesquisa de DTM da Universidade de Washington, foi um importante avanço para o diagnóstico de dor orofacial e DTM. Ao contrário de outros sistemas de classificação o RDC/TMD emprega dois eixos de diagnóstico.

O Eixo I, distingue três categorias de diagnóstico:

-Grupo I: dor miofascial e mastigatória; relato de dor na mandíbula, face, área pré-auricular, zona interna da orelha em repouso e em função, dor relatada pelo paciente quando à palpação de pelo menos três dos músculos: temporal posterior, temporal médio, temporal anterior, masseter, inserção do masseter, pterigoideu lateral, mandíbula posterior e região submandibular, pelo menos um dos sítios dolorosos tem que ser do mesmo lado da queixa de dor; dor miofascial com abertura limitada, sem dor na abertura desassistida (inferior a 40 mm), dor na abertura assistida (máximo de 50 mm).

-Grupo II: desarranjos internos do disco;

a. deslocamento do disco com redução: sons recíprocos na ATM durante a abertura e fecho verticais, eliminado na abertura protrusiva; som articular reproduzido durante o movimento de abertura e fecho verticais, também sentido durante as lateralidades e protrusão;

b. deslocamento do disco sem redução com abertura limitada: histórico de abertura limitada, abertura máxima sem auxílio de 35 mm, excursão lateral inferior a 7 mm e desvio não corrigido, ausência de som comum ou ausência de critérios para deslocamento do disco com redução;

c. deslocamento do disco sem redução, sem limitar a abertura: abertura desassistida máxima superior a 35 mm, excursão contra-lateral de 7 mm.

-Grupo III: osteoartrite, artralgia, osteoartrose;

a. artralgia: dor em um ou ambos os locais comuns à palpação; dor na articulação durante a excursão lateral, a abertura máxima desassistida, a abertura assistida; a crepitação grossa deve ser ausente;

b. osteoartrite: artralgia como no ponto a; crepitação grossa.

c. osteoartrose: ausência de todos os sinais de artralgia; crepitação grossa. ⁽³¹⁾

(32)

O Eixo II, avalia a intensidade da dor relacionando-a com a incapacidade causada e os sintomas emocionais inerentes. ⁽³¹⁾ É composto por 31 itens, divididos em áreas: sócio-demográficas, sócio-económicas, psicológicas, psicossociais e sinais relacionados ao paciente e os sintomas de limitação da função mandibular. ⁽³³⁾

A aplicação destes dois eixos de diagnóstico, permite um diagnóstico mais completo na avaliação do tipo e origem da dor.

Objectivos

Objectivos

O objectivo deste trabalho é abordar aspectos relativos à etiologia das disfunções temporomandibulares e sua relação com o Sono. Pretende-se assim:

- Relacionar a presença ou ausência de patologia da articulação temporomandibular com problemas de Sono.
- A hipótese (H_1) preconiza que existe uma associação de causalidade entre a disfunção temporomandibular e patologias do sono.
- A hipótese nula (H_0) preconiza que não existe uma associação de causalidade entre a disfunção temporomandibular e patologias do sono.

Metodologia

Metodologia

1.Desenho do estudo e amostra

Trata-se de um estudo observacional transversal suportada por uma revisão da bibliografia científica do tema.

A amostra é constituída por 40 voluntários seleccionados de forma aleatória entre doentes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, Viseu – Portugal, com idade superior ou igual a 18 anos.

Os voluntários foram inicialmente sujeitos a um inquérito, composto pelo Índice RDC/TMD (“Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders”) eixo II (Dworkin e LeResch, 1992) e pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Daniel, 1988). Com o eixo II pretendeu-se avaliar o nível de depressão do indivíduo, no outro índice pretendeu-se avaliar as alterações e a qualidade do sono. Se o paciente apresenta dor orofacial é submetido a um exame clínico, pelo que utilizamos o Índice RDC/TMD (“Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders”) eixo I (Dworkin e LeResch, 1992), como referência e orientação metodológica.

Após a recolha dos questionários é realizada a análise estatística recorrendo ao SPSS, para verificar a existência de associação estatística entre DTM e patologia do sono.

2.Exame clínico

- I. Inspeção intra e extra-oral incluindo hábitos posturais e assimetrias;
- II. Exame funcional do sistema mastigatório:
 - i. Abertura da boca (amplitude e trajectória);
 - ii. Palpação dos músculos temporal (porções anterior, média e posterior), músculo masseter (origem, corpo e inserção da porção superficial e porção profunda), ptérgoideo medial (inserção) e ventre posterior do digástrico. Utilizaram-se os escores “0” para ausência de dor, “1” para relato de dor leve, “2” para relato de dor moderada e “3” para dor intensa.
 - iii. Inspeção de ruídos articulares (estalido e crepitação) por meio da palpação digital. Pode-se recorrer a um estetoscópio para detectar ruídos articulares.

3.Procedimento

O protocolo consiste:

1. Breve explicação e entrega do consentimento informado ao paciente;
2. Aplicação do questionário;
3. Inspeção intra e extra-oral incluindo hábitos posturais e assimetrias;
4. Exame funcional do sistema mastigatório:
 - ✓ Abertura da boca (amplitude e trajectória);
 - ✓ Palpação dos músculos temporal (porções anterior, média e posterior), músculo masseter (origem, corpo e inserção da porção superficial e porção profunda), ptérgoideo medial (inserção) e ventre posterior do digástrico.
 - ✓ Inspeção de ruídos articulares (estalido e crepitação) por meio da palpação digital. Pode-se recorrer a um estetoscópio para detectar ruídos articulares.

4.Análise de Resultados

No processamento e análise de dados foi utilizado o SPSS 16.0 para Windows.

Resultados

Resultados

O tratamento de dados foi feito utilizando a versão 16.0 do SPSS para Windows. As variáveis envolvidas permitiram uma análise descritiva da constituição da amostra e uma análise estatística para verificação de hipóteses previamente colocadas, pelo uso do teste de Mann-Whitney.

1.Caracterização da amostra

1.1.Repartição da amostra por género

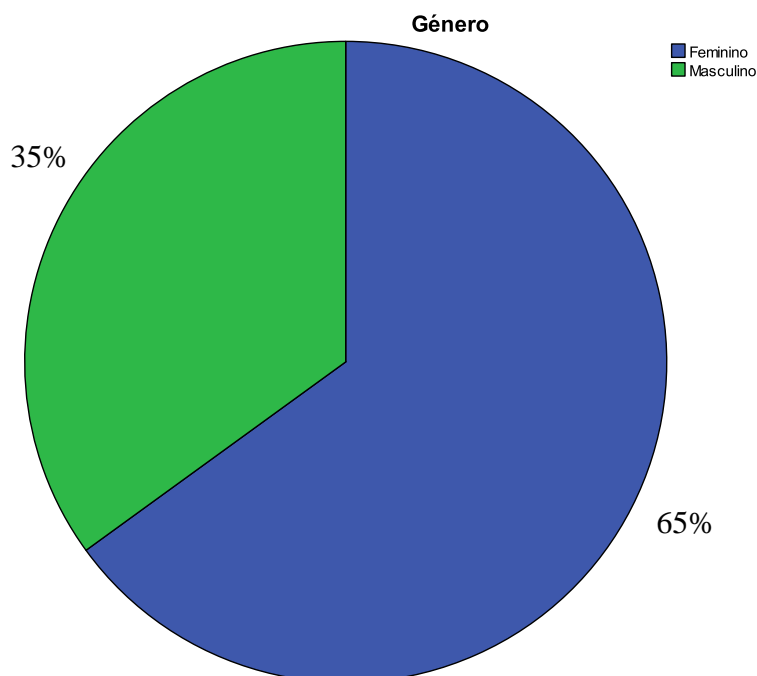


Gráfico 1 – Repartição da amostra por género.

A população estudada é caracterizada por uma maioria de indivíduos de género feminino. Na totalidade dos 40 indivíduos observados, 14 são do género masculino (35%) e 26 são do género feminino (65%).

1.2.Repartição da amostra por idade

A população estudada tem uma idade superior aos 18 anos. A média e a mediana das idades é de 23 anos, o desvio padrão é de 4,024.

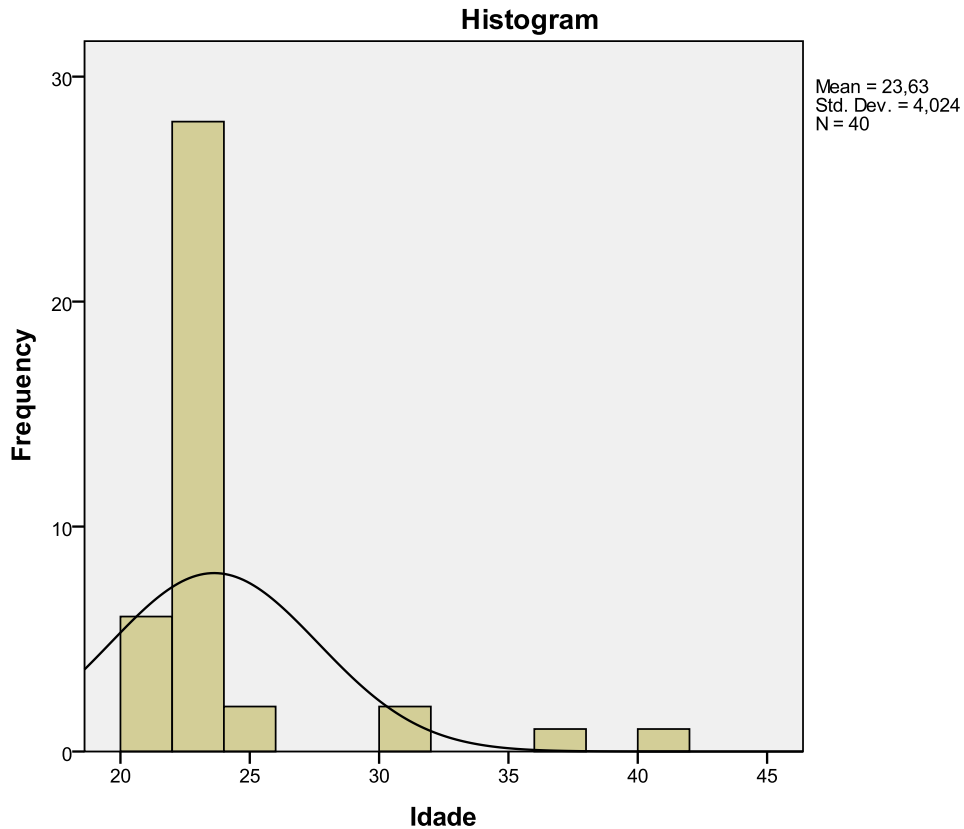


Gráfico 2 – Histograma representativo da idade dos sujeitos da amostra.

2. Análise de parâmetros

2.1.Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

Tabela 2 – Repartição da amostra de acordo com a qualidade de sono

	Frequência	Porcentagem (%)
Muito Boa	3	7,5
Boa	30	75,0
Má	7	17,5
Muito má	0	0
Total	40	100,0

De acordo com os valores percentuais do quadro 1, verifica-se que na amostra em estudo, 75% dos indivíduos apresentam uma boa qualidade de sono, 17,5% apresentam má qualidade de sono, o grupo com muito boa qualidade de sono é composto por 7,5% dos indivíduos e não há qualquer indivíduo que caracterize a sua qualidade de sono como muito má.

Tabela 3 - Repartição da amostra de acordo com a latência de sono.

	Frequência	Porcentagem (%)
Muito Boa	11	27,5
Boa	21	52,5
Má	5	12,5
Muito má	3	7,5
Total	40	100,0

De acordo com os valores percentuais do quadro 2, verifica-se que na amostra em estudo, 52,5% dos indivíduos demoram entre 16 e 30 minutos a dormir, 27,5% demoram menos de 15 a dormir, 12,5 dos indivíduos demoram até 60 minutos a dormir e 7,5% demoram mais de 60 minutos a iniciar o sono.

Tabela 4 - Repartição da amostra de acordo com a duração de sono.

	Frequência	Porcentagem (%)
> 7 h	14	35,0
6-7 h	18	45,0
5-6 h	6	15,0
<5 h	2	5,0
Total	40	100,0

De acordo com os valores percentuais do quadro 3, verifica-se que a maioria dos indivíduos apresenta uma duração de sono igual ou superior a 7 horas com percentagens de 45% e 35% respectivamente.

Tabela 5 – Repartição da amostra de acordo com a eficiência de sono habitual.

	Frequência	Porcentagem (%)
> 85%	33	82,5
75-84%	7	17,5
65-74%	0	0
<65%	0	0
Total	40	100,0

De acordo com os valores percentuais do quadro 4, verifica-se que a totalidade dos indivíduos apresenta uma eficácia de sono com percentagens iguais e superiores a 75%.

Tabela 6 – Repartição da amostra de acordo com o uso de medicação para dormir.

	Frequência	Porcentagem (%)
Nenhuma Vez	35	87,5
Menos de uma vez por semana	4	10,0
Uma ou duas vezes por semana	0	0
Três vezes por semana ou mais	1	2,5
Total	40	100,0

De acordo com os valores percentuais do quadro 5, verifica-se que na amostra em estudo a maioria dos indivíduos não recorre a medicação para dormir (87,5%), 10% dos indivíduos recorre a medicação menos de uma vez por semana e 2,5% recorre três ou mais vezes por semana a medicação para dormir.

2.2.– Avaliação da dor orofacial com recurso ao RDC/TMD Eixo II

Tabela 7 – Repartição da amostra quanto à presença de dor orofacial.

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	12	30,0
Não	28	70,0
Total	40	100,0

Gráfico 3 – Repartição da amostra de acordo com a presença de dor orofacial.



De acordo com os valores percentuais registados no quadro 6 e no gráfico 3, verifica-se que 70 % dos sujeitos não apresenta dor orofacial.

2.3.Diagnóstico de Disfunção temporomandibular segundo o RDC/TMD Eixo I

A análise e diagnóstico através do RDC/TMD, foi feita com base nas guidelines internacionais, daí o diagnóstico ser dividido em 3 grupos: dor miofascial, deslocamento do disco e problemas da articulação.

Tabela 8 – Repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico de dor miofascial.

	Frequência	Percentagem (%)
Válidos	28	70,0
Dor miofascial	4	10,0
Dor miofascial com limitação de abertura	1	2,5
Ausência de diagnóstico	7	17,5
Total	40	100

De acordo com os valores percentuais apresentados no quadro 7, dos 12 indivíduos com relato de dor orofacial 10% têm um diagnóstico de dor miofascial, 2,5 % de dor miofascial com limitação de abertura e 17,5 % não apresentam diagnóstico neste campo.

Tabela 9 - Repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico deslocamento do disco.

	Frequência	Porcentagem (%)
Válidos	28	70,0
DD com redução	4	10,0
DD sem redução e com limitação de abertura	0	0
DD sem redução e sem limitação de abertura	0	0
Ausência de diagnóstico	8	20,0
Total	40	100,0

De acordo com os valores percentuais apresentados no quadro 8, dos 12 indivíduos com relato de dor orofacial 10% têm um diagnóstico de deslocamento de disco e 20 % não apresentam diagnóstico neste campo.

Tabela 10 - Repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico de problema articular.

	Frequência	Porcentagem (%)
Válidos	28	70,0
Artralgia	7	17,5
Osteoartrite	0	0
Osteoartrose	0	0
Ausência de diagnóstico	5	12,5
Total	40	100,0

De acordo com os valores percentuais apresentados no quadro 9, dos 12 indivíduos com relato de dor orofacial 17,5% têm um diagnóstico de artralgia e 12,5 % não apresentam diagnóstico neste campo.

3.Associação entre a Qualidade de sono (Índice de qualidade de sono de Pittsburgh) e DTM (RDC/TMD)

Para verificarmos esta associação recorreremos a análise estatística utilizamos o SPSS. Dada a nossa amostra ser de pequenas dimensões foi utilizado um teste adequado a esta situação. Em alternativa ao teste de t-student utilizamos o teste de Mann-Whitney, que é um teste não paramétrico.

3.1.Associação entre o uso de medicação para dormir do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh e a presença de dor orofacial do RDC/TMD eixo II

Para verificarmos a existência de relação entre o uso de medicação para dormir e a presença de dor orofacial utilizamos o teste de Mann-Whitney, onde obtivemos níveis de significância inferiores a 0,05. O que nos leva a concluir que existe relação entre o uso de medicação para dormir e a ausência de dor orofacial.

Tabela 11 – Teste de Mann-Whitney.

	Uso de medicação para dormir
Mann-Whitney	130,000
Nível de significância	0,022

3.2.Associação entre a qualidade subjectiva de sono do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh e a presença de diagnóstico de problemas articulares do RDC/TMD eixo I

Para verificarmos a existência de relação entre a qualidade subjectiva de sono e a presença de diagnóstico de problemas articulares utilizamos o teste de Mann-Whitney, onde obtivemos níveis de significância inferiores a 0,05. O que nos leva a concluir que existe relação estatisticamente significativa.

	Qualidade subjectiva de sono
Mann-Whitney	72,000
Nível de significância	0,048

Tabela 12 – Teste de Mann-Whitney.

Discussão

Discussão

Os dentistas têm um papel importante em aliviar a dor orofacial e estão na linha da frente para gerir os distúrbios de sono associados. ⁽⁸⁾

A qualidade de sono está relacionada com a saúde emocional e física. O sono pode então ser considerado um indicador importante de saúde de uma pessoa. ⁽³⁴⁾

A importância de realizar um estudo quanto à qualidade subjectiva de sono reside na sua relevância clínica. ⁽³⁵⁾

Na sociedade contemporânea, DTM, distúrbios de sono, stress físico e psicológico são queixas frequentes. Embora muitos não se queixem de sintomas relacionados, alguns estudos sugerem que 40% a 60% dos indivíduos na população em geral têm algum tipo de DTM. ⁽¹⁴⁾

Yatani, et al ⁽¹⁶⁾, demonstrou a relação entre distúrbios de sono e DTM; demonstrou também que há uma relação entre distúrbios de sono e sintomatologia psicológica em pacientes com DTM, utilizando o PSQI. Classificou ainda a dor e distúrbios psicológicos como importantes factores de risco para DTM.

Smith, et al ⁽¹²⁾, recolheram dados consistentes com diagnóstico existente de DTM, em que 50% dos pacientes relatam má qualidade de sono associada com sofrimento psíquico e a gravidade de dor. Encontrou ainda associação entre a privação de sono e o aumento de hiperalgesia em indivíduos saudáveis.

Neste trabalho pretendia-se então encontrar uma associação de causalidade entre DTM e patologia do sono. Para isso foram usados os índices de qualidade de sono de Pittsburgh, RDC/TMD eixo I e RDC/TMD eixo II. O uso do PSQI deveu-se ao facto do RDC/TMD não contemplar nenhum índice para análise da qualidade de sono e a sua possível relação com as DTM.

Para sustentar esta hipótese foram analisados e associados estatisticamente diversos parâmetros de modo a determinar a sua relação.

Foram analisados sete componentes do PSQI: qualidade subjectiva de sono, latência de sono, duração de sono, eficiência de sono habitual, distúrbios de sono, uso de medicação para dormir e a disfunção diária; e foram então associados estatisticamente com a presença de dor orofacial do RDC/TMD eixo II e com o diagnóstico de dor miofascial, deslocamento de disco e problemas articulares.

A associação estatística destes parâmetros foi feita pelo uso de teste não paramétrico de Mann-Whitney, cujos valores de nível de significância foram bastante satisfatórios (< 0,05).

Foram feitas diversas associações entre os parâmetros dos diversos testes utilizados, e verificou-se que apenas havia uma relação estatisticamente significativa em quatro parâmetros. Foi possível encontrar relação entre: uso de medicação para dormir e a presença de dor orofacial, e, qualidade subjectiva de sono e presença de diagnóstico de problemas articulares.

Assim, vimos então comprovar alguns dos estudos já realizados que encontraram relação entre as DTM e a patologia de sono, contudo, convém referir que se a amostra fosse maior a relação entre outros parâmetros explorados poderia ser estatisticamente significativa.

Conclusões

Conclusões

Este estudo piloto veio permitir identificar uma relação significativa entre disfunção temporomandibular e alguns parâmetros associados ao estudo da problemática do sono.

Foi possível encontrar uma relação estatisticamente significativa (nível de significância de 0,05) entre:

- 1) a toma de medicação para dormir e a diminuição da intensidade da dor orofacial;
- 2) a associação entre a qualidade de sono percebida pelo paciente e o diagnóstico médico de disfunção temporomandibular mais particularmente a presença de problemas da articulação.

A introdução de questionário de sono para despiste de possíveis patologias da articulação temporomandibular seria uma mais valia para o diagnóstico.

Bibliografia

Bibliografia

1. **Fellippo Ramos, et al.** Avaliação da qualidade de sono em grupos com diferentes níveis de desordem temporomandibular. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2008, Vol. 8.
2. American Academy of Sleep Medicine . *AASM.* [Online] [Citação: 5 de Abril de 2011.] <http://www.aasmnet.org/>.
3. *THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS, REVISED.* **Medicine, American Academy of Sleep.** Westchester : Library of Congress Catalog, 2001. ISBN: 0-9657220-1-5.
4. **Åkerstedt, Torbjörn.** Psychosocial stress and impaired sleep. *Scand J Work Environ Health.* 2006, Vol. 32.
5. *History of the Development of Sleep Medicine in the United States.* **John W. Shepard Jr, et al.** Rochester : J Clin Sleep Med., 2005, Vol. 15.
6. WHO. *World Health Organization.* [Online] [Citação: 5 de Abril de 2011.] www.who.int/en/.
7. *Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain.* **Martha M.C. Castro, Carla Daltro.** Salvador Bahia : Arq Neuropsiquiatr, 2009, Vol. 67.
8. **Maryse Brousseau, et al.** Understanding and Managing the Interaction between sleep and pain: an update for the dentist. *Journal of the Canadian Dental Association .* 2003, Vol. 69.
9. **Câncer., Ministério da Saúde. Instituto Nacional de.** *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.* Rio de Janeiro : INCA, 2001. ISBN 85-7318-079-X.
10. **R.R. Edwards, et al.** Sleep continuity an architecture: association with pain inhibitory in patients with temporomandibular joint disorder. *Eur J Pain.* 2009, Vol. 13.
11. **Stefan Lautenbacher, et al.** Sleep deprivation and pain perception. *Sleep Medicine Reviews.* 2006, Vol. 10.
12. **Michael T. Smith, et al.** Sleep disorders and their association with laboratory pain sensitivity in temporomandibular joint disorder. *Sleep.* 2009, Vol. 32.
13. **Vinicus de Magalhães Barros, et al.** The impact of orofacial pain in the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *Journal of Orofacial Pain.* 2009, Vol. 23.
14. **Martins, Ronald Jefferson.** Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. *Rev. odonto. ciênc.* 2010, Vol. 25.
15. **KORAY ORAL, et al.** Etiology of temporomandibular disorder pain. *Derleme.* 2009, Vol. 21.

16. **Yatani, Hirofumi, et al.** Comparison of sleep quality and clinical and psychological characteristics in patients with temporomandibular disorders. *Journal of orofacial pain*. 2002, Vol. 16.
17. **Emmanuel Mignot, et al.** Sleeping with the hypothalamus: emerging therapeutic targets for sleep disorders. *Nature neuroscience supplement*. 2002, Vol. 5.
18. **Flávio Alóe, et al.** Mecanismos do ciclo sono-vigília. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005, Vol. 27.
19. **Monjan, Andrew A.** Perspective of sleep and Aging. *Frontiers in neurology*. 2010, Vol. 1.
20. *New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia.* **Luciano Ribeiro Pinto, et al.** São Paulo : Arq Neuropsiquiatr, 2010, Vol. 68.
21. **Wade, Alan G.** The social costs of insomnia. *Neuropsychiatric Disease and treatment*. 2011, Vol. 7.
22. **Daniel J. Buysse, et al.** The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*. 28, 1988.
23. **Association, American Psychiatric.** PRACTICE GUIDELINE FOR THE: Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3ª Edição, 2010.
24. **Organization, World Health.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. *Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 2007.
25. *Cuidados Paliativos oncológicos - controle da dor.* **Cláudia Naylor Lisboa, Mirian Teixeira.** Brasil : s.n., 2002. ISBN 85-7318-079-X.
26. **S. Hakki Onen, et al.** The effects of total sleep deprivation, selective sleep interruption and sleep recovery on pain tolerance threshold in healthy subjects. *European Sleep Research Society*. 2001, Vol. 10.
27. **JP., Okeson.** Etiologia e identificação dos distúrbios funcionais no sistema mastigatório. 4ª. São Paulo : São Paulo: Artes Médicas, 2000.
28. **Herve Reycklera, et al.** Current recommendations for the diagnosis of temporomandibular joint disorders - review paper. *A journal of clinical medicine*. 2008, Vol. 3.
29. **Stohler, Christian S.** Chronic Orofacial Pain: is the puzzle unraveling? *Jornal of dental education*. 2001, Vol. 65.
30. **Alan G. Glaros, et al.** The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *JADA*. 2005, Vol. 136.
31. **Judith A. Turner, et al.** Short and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial. *International Association for the Study of Pain*. 2006, Vol. 121.

32. *Age peaks of different RDC/TMD diagnoses in a patient population.* **Daniele Manfredini, Fabio Piccotti, Giuseppe Ferronato, Luca Guarda-Nardini.** s.l. : journal of dentistry, 2010, Vol. 38.
33. **Luciana Barbosa Sousa de Lucena, Maurício Kosminsky, Lino João da Costa, Paulo Sávio Angeiras de Góes.** Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. *Braz Oral Res. Temporomandibular Disorders*, 2006, Vol. 20.
34. **Colligan, L. H.** *Provides comprehensive information on the causes, treatment, and history of sleep disorders.* New York : Library of congress cataloging, 2008. ISBN 978-0-7614-2913-5.
35. **Mitler, Merrill Morris.** *Sleep Disorders Diagnosis and Treatment.* New Jersey : Humana Press, 1998. ISBN 0-89603-527-1.
36. **Ronald Attanasio, Dennis R. Bailey.** *Dental Management of sleep disorders.* New York : US Library of congress, 2009. ISBN 978-0-8138-1913-6.
37. **Lee-Chiong, Teofilo L.** *Sleep: A Comprehensive Handbook.* New Jersey : John Wiley and Sons, 2006. ISBN 978-0-471-6871-1.
38. **Michael Sateia, Mary A. Carskadon.** *Sleep Medicine.* Philadelphia : Elsevier Health Sciences, 2002. ISBN 1-56053-30-3.
39. **Mary A. Carskadon, William C Dement.** *Principles and Practice of Sleep Medicine.* New Jersey : Elsevier, 1994. ISBN: 978-1-4377-0731-1.
40. **Geerten-Has E Tjakkes, et al.** TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health and quality of life outcomes.* 2010, Vol. 8.
41. **Joseph Westermeyer, et al.** Quality of sleep in patients with posttraumatic stress disorder. *Pssychiatry.* 2010, Vol. 7.
42. **Gema Mesquita, et al.** Quality of sleep among university students. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010, Vol. 68.
43. **Caio M. P. Selaimen, et al.** Sleep and depression as risk indicators for temporomandibular disorders in a cross-cultural perspective: a case-control study. *The international journal of prosthodont.* 2006, Vol. 19.
44. National Institute of Mental Health. *NIMH.* [Online] [Citação: 5 de Abril de 2011.] <http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>.
45. **Evelina Preišegolavičiūtė, Darius Leskauskas, Virginija Adomaitienė.** Associations of quality of sleep with lifestyle factors and profile of studies among Lithuanian students. *Medicina (Kaunas).* 2010, Vol. 46.

46. **Katie Moraes de Almondes, John Fontenele de Araújo.** Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. 2003, Vol. 8.
47. *Estudos de Psicologia.* **Sarah Laxhmi Chellappa, John Fontenele Araújo.** Natal : s.n., 2007, Vol. 12. 1413-294X.
48. **JUDITH A. TURNER, et al.** Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic orofacial pain: recent advances. *JADA.* 2004, Vol. 135.
49. **Ricardo Figueiredo CAVALCANTI, Luciana Moraes STUDART, Maurício KOSMINSKY, Paulo Sávio Angeiras de GOES.** Validation of the multimedia version of the RDC/TMD axis II questionnaire in Portuguese. *Scielo.* 2010.
50. **Daniele Manfredini, Jari Ahlberg, Ephraim Winocur, Luca Guarda-Nardini, Frank Lobbezoo.** Correlation of RDC/TMD axis I diagnoses and axis II pain-related disability. A multicenter study. *Clin Oral Invest.* 2010.
51. **Rodrigues, Jeniffer Holey.** *ENSAIO CLÍNICO DO EFEITO DO LASER EM BAIXA INTENSIDADE SOBRE A DOR, MOVIMENTOS MANDIBULARES E SEU REFLEXO PSICOSSOCIAL EM IDOSOS COM DTM.* São Paulo : s.n., 2010.
52. **Pilar Rente, Teresa Pimentel.** *A Patologia do Sono.* Lousã : Lidel, 2004. ISBN:972-757-273-1.

Anexos

Anexo 1 - Índice de Figuras

Figura 1 ⁽¹⁸⁾ – Vias aminérgicas e colinérgicas	7
Figura 2 ⁽¹⁸⁾	10
Figura 3 ⁽¹⁸⁾ – Sono REM	11

Anexo 2 - Índice de Tabelas

Tabela 1 ⁽²³⁾ – tabela de fármacos usados no tratamento de depressão com as doses adequadas.	26
Tabela 2 – Repartição da amostra de acordo com a qualidade de sono	46
Tabela 3 - Repartição da amostra de acordo com a latência de sono.....	47
Tabela 4 - Repartição da amostra de acordo com a duração de sono.....	47
Tabela 5 – Repartição da amostra de acordo com a eficiência de sono habitual.	48
Tabela 6 – Repartição da amostra de acordo com o uso de medicação para dormir.	48
Tabela 7 – Repartição da amostra quanto à presença de dor orofacial.	49
Tabela 8 – Repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico de dor miofascial.....	50
Tabela 9 - Repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico deslocamento do disco.	50
Tabela 10 - Repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico de problema articular.	51
Tabela 11 – Teste de Mann-Whitney.	52
Tabela 12 – Teste de Mann-Whitney.	53

Anexo 3 – Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Repartição da amostra por género.....	45
Gráfico 2 – Histograma representativo da idade dos sujeitos da amostra.....	46
Gráfico 3 – Repartição da amostra de acordo com a presença de dor orofacial.	49

Anexo 4 – Consentimento Informado

Informação para o paciente

Termo de Autorização

“CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DO SONO NA DISFUNÇÃO TEMPORMANDIBULAR. ESTUDO PILOTO”

Venho por este meio comunicar que farei um estudo, nos pacientes seleccionados da consulta do serviço de Medicina Dentária, com o objectivo, de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma tese de monografia no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, onde será realizado um inquérito e/ou exame clínico, se necessário. Comunico também que não será efectuado nenhum tratamento no paciente.

Os dados que constam na ficha clínica serão apenas utilizados pelo investigador.

A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade, o seu nome será codificado e apenas o investigador terá acesso a essa mesma informação.

A participação neste estudo não implicará qualquer custo de atendimento.

Eu, _____
autorizo o estudo que me é proposto. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a).

Estou ciente que esta investigação tem como responsável o Mestre Octávio Ribeiro e a aluna Patrícia Luro.

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.

Viseu, ___ de _____ 200_

Patrícia Luro

Assina o paciente

Anexo 5 - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Instruções:

- 1) As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado.
- 2) Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- 3) Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____:_____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3) Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____:_____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que você ache mais correta.

Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

() nenhuma vez () menos de uma vez por semana

() uma ou duas vezes por semana () três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muito alto

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva:

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

Muito boa ruim

Boa muito ruim

7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

indisposição e falta de entusiasmo pequenas

Indisposição e falta de entusiasmo moderadas

muita indisposição e falta de entusiasmo

10) Você tem um parceiro ou companheiro de quarto?

Não tenho nem parceiro nem companheiro de quarto

Parceiro ou companheiro noutro quarto

Parceiro no mesmo quarto mas não na mesma cama

Parceiro na mesma cama

Se tem um companheiro de quarto ou um parceiro, pergunte-lhe muitas vezes no mês passado você teve:

a) Ronco alto

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

b) Longas pausas entre cada respiração durante o sono

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

c) Contrações ou espasmos enquanto você dormia

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

d) Episódios de confusão e desorientação durante o sono

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

e) Outras alterações enquanto dorme, descreva:

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

Anexo 6 - Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares – RDC / DTM

História – Questionário

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

1. Você diria que a sua saúde em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Precária	5

2. Você diria que a sua saúde oral em geral é excelente, muito boa, boa, razoável, ou precária?

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Precária	5

3. Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora, 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 há um ano atrás ou mais, PULE para a pergunta 5]

[Se há menos de um anos atrás, marque 00]

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

__ __meses

5.A sua dor facial é persistente, recorrente, ou foi um problema que ocorreu somente uma vez?

Persistente	1
Recorrente	2
Uma vez	3

6. 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

7. Como você classificaria a sua dor facial em uma escala de 0 a 10 no presente momento, isto é exactamente 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

8. 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

9. 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 actividades usuais (trabalho, escola, serviço doméstico) devido a dor facial?

____ dias

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

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

12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor facial alterou a sua capacidade de participar de actividades 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 trajecto?

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 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 quando você abre e fecha ou quando você mastiga?

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 recente contra sua face ou seus maxilares?

Não	0
Sim	1

[em caso de Não ter tido injúria, pule para a pergunta 18]

Se sua resposta foi Sim,

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

Não	0
-----	---

Sim	1
-----	---

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

Não	0
Sim	1

19. Que actividades o seu problema actual dos maxilares impedem ou limitam?

a. Mastigar

Não	0
Sim	1

b. Beber

Não	0
Sim	1

c. Exercitar-se

Não	0
Sim	1

d. Comer alimentos duros

Não	0
Sim	1

e. Comer alimentos moles

Não	0
Sim	1

f. Sorrir/gargalhar

Não	0
Sim	1

g. Actividade sexual

Não	0
Sim	1

h. Limpar os dentes ou a face

Não	0
Sim	1

i. Bocejar

Não	0
Sim	1

j. Engolir

Não	0
Sim	1

k. Conversar

Não	0
Sim	1

l. Manter a sua aparência facial usual

Não	0
Sim	1

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

a. Dores de cabeça

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

b. Perda de interesse ou prazer sexual

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

c. Fraqueza ou tontura

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

d. Dores no coração ou peito

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

e. Sensação de falta de energia ou lerdeza

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

f. Pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

g. Falta de apetite

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

h. Chorar facilmente

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

i. Culpar a si mesmo pelas coisas

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

j. Dores na parte inferior das costas

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

k. Sentir-se só

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

l. Sentir-se triste

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

m. Preocupar-se muito com as coisas

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

n. Sentir nenhum interesse pelas coisas

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

o. Náusea ou distúrbio gástrico

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

p. Músculos doloridos

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

q. Dificuldade em adormecer

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

r. Dificuldade em respirar

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

s. Acessos calor / frio

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

t. Dormência ou formigamento em partes do corpo

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

u. Inchaço/protuberância na sua garganta

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

v. Sentir-se desanimado sobre o futuro

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

w. Sentir-se fraco em partes do corpo

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

x. Sensação de peso nos braços ou pernas

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

y. Pensamentos sobre acabar com a sua vida

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

z. Comer demais

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

aa. Acordar de madrugada

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

bb. Sono agitado ou perturbado

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

cc. Sensação de que tudo é um esforço/sacrifício

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

dd. Sentimentos de inutilidade

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

ee. Sensação de ser enganado ou iludido

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

ff. Sentimentos de culpa

Nem um pouco

Um pouco

Moderadamente

Muito Extremamente

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 oral?

Excelente	1
Muito bom	2
Bom	3
Satisfatório	4
Insatisfatório	5

23. Quando você nasceu?

Dia ___ Mês ___ Ano ___

24. Sexo masculino ou feminino?

Masculino -----

Feminino -----

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

Aleútas, Esquimó ou Índio Americano

Asiático ou Insulano Pacífico

Negro 3

Branco 4

Outro 5 _____(favor especificar)

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

Porto Riquenho

Cubano

Mexicano

Mexicano Americano

Chicano

Outro Latino Americano

Outro Espanhol

Nenhum acima

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

Nunca frequentou a escola / jardim de infância

Escola Primária 1º 2º 3º 4º

Escola Ginásial 5º 6º 7º 8º

Científico 9º 10º 11º 12º

Faculdade 1º 2º 3º 4º 5º 6º

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

Sim, de dispensa

Sim, ambos de dispensa e procurando emprego

Não

29. Qual o seu estado civil?

Casado (a) – esposa (o) em casa

Casado (a) – esposa (o) fora de casa

Viúvo (a)

Divorciado (a)

Separado (a)

Nunca casei

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

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

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

_____ US\$ 0 – US\$ 14,999

_____ US\$ 15,000 – US\$ 24,999

_____ US\$ 25,000 – US\$ 34,999

____ US\$ 35,000 – US\$ 49,999

____ US\$ 50,000 ou mais

31. Qual o seu CEP ? _____ - ____

Anexo 7 - Formulário de Exame

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

Nenhum 0

Direito 1

Esquerdo 2

Ambos 3

2. 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

3. Padrão de Abertura

Recto 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)

4. Extensão de movimento vertical incisivos maxilares utilizados

11 21

a. Abertura sem auxílio sem dor ___ mm

b. Abertura máxima sem auxílio ___ mm

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

c. Abertura máxima com auxílio ___ mm

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

d. Transpasse incisal vertical ___ mm

5. 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

6. Excursões

a. Excursão lateral direita ___ mm

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

b. Excursão lateral esquerda ___ mm

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

c. Protrusão ___ mm

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

d. Desvio de linha média ___ mm

1 direito

2 esquerdo

8 NA

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpções de acordo com a escala abaixo. Circule o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpções direita e esquerda.

0 = Sem dor / somente pressão

1 = dor leve

2 = dor moderada

3 = dor severa

8. Dor muscular extra-oral com palpção

a. Temporal (posterior) “parte de trás da têmpora”

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

b. Temporal (médio) “meio da têmpora”

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

c. Temporal (anterior) “parte anterior da têmpora”

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

d. Masseter (superior) “bochecha/abaixo do zigoma”

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

e. Masseter (médio) “bochecha/lado da face”

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

f. Masseter (inferior) “bochecha/linha da mandíbula

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

g. Região mandibular posterior (estilo-hióide/região posterior do digástrico)
“mandíbula/região da garganta”

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

h. Região submandibular (pterigoide medial/supra-hióide/região anterior do digástrico)
“abaixo do queixo”

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

9. Dor articular com palpação

a. Polo Lateral (“por fora – anterior do trago sobre a ATM”)

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

b. Ligamento Posterior (“dentro do ouvido – pressione o dedo em direcção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada”)

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

10. Dor muscular intra-oral com palpação

a. Área do pterigoideu lateral (“atrás do molares superiores”)

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

b. Tendão do temporal

DIREITO 0 1 2 3

ESQUERDO 0 1 2 3

