

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

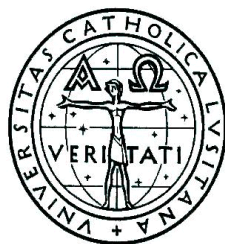
***A DEPRESSÃO E A DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR – ESTUDO CLÍNICO***

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

Por

Rafael Correia Paiva

Setembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***A DEPRESSÃO E A DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR – ESTUDO CLÍNICO***

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

Rafael Correia Paiva

Setembro de 2012

DEDICATÓRIA

**AOS MEUS PAIS,
ESTER PAIVA E PEDRO PAIVA**

Dedico a vocês a concretização deste meu e vosso objectivo.

Aprendi com vocês a ter sonhos e a trabalhar para os alcançar. Aprendi inclusivamente a ser responsável e trabalhador de modo a raramente desistir de algo.

Toda a minha formação a vocês o devo.

Desde que nasci sempre me inculcaram os valores mais sinceros nunca deixando que me faltasse amor e carinho.

Sempre me motivaram e apoiaram nesta etapa que agora acaba na perspectiva de me proporcionarem um futuro digno. Durante este período sacrificaram muitas vezes os vossos desejos para me fazerem companhia e darem força nas horas de estudo e concentração.

Pai e mãe, do fundo do meu coração quero dizer que são os melhores pais do mundo.

Espero nunca vos desiludir!

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Octávio Ribeiro, pela transmissão de conhecimentos e constante motivação.

Espero poder retribuir os votos de confiança até aqui depositados com trabalho, dedicação e honestidade.

Obrigado por acreditar na minha capacidade. Obrigado por me proporcionar esta aprendizagem e crescimento.

Fica o meu eterno reconhecimento e gratidão pela excelente pessoa e professor que é.

Ao Professor Doutor Jorge Leitão, que pela dedicação à profissão e estudo se tornou num exemplo a seguir.

Obrigado pelo conhecimento, disponibilidade e simpatia.

Aos Professores de todas as áreas disciplinares leccionadas durante estes cinco anos lectivos, pelos conhecimentos transmitidos no decorrer do curso.

Aos funcionários da clínica universitária que sempre me proporcionaram o melhor ambiente de trabalho.

Às bibliotecárias da nossa faculdade.

Aos amigos e colegas, em especial, Ana Santos, Sara Tente, João Lapa, Tiago Paiva, Carla Almeida, Joana Monteiro, Teresa Loureiro, Catarina Fernandes pela amizade constante.

Aos meus pacientes pela confiança depositada no meu trabalho e pelo incentivo na procura de novos conhecimentos.

Aos pacientes que voluntariamente participaram na recolha de dados para este estudo.

RESUMO

A depressão é uma perturbação do humor caracterizada por um conjunto de sintomas que incluem tristeza e/ou diminuição do interesse pela realização de tarefas.

A disfunção temporomandibular (DTM) é caracterizada por problemas clínicos da articulação e dos músculos na área orofacial; a sua etiologia é multifactorial e a queixa principal dos doentes é a dor.

A dor tem uma abrangência psicofisiológica; portanto uma avaliação da depressão torna-se fundamental.

Este estudo pretende comprovar a presença de factores psicológicos, especialmente da depressão em pacientes portadores de DTM.

Foram escolhidos aleatoriamente, oitenta e quatro (84) pacientes, da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu, os quais, foram submetidos ao: Índice RDC/TMD (“Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular disorders”) e ao Índice de SCL-90 R.

Dos 84 pacientes, 42 sofrem de depressão e 51 apresentam dor orofacial.

Neste estudo não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa ($P < 0,05$) entre a depressão e a DTM, no entanto verificou-se entre o diagnóstico de DTM e a presença de dor orofacial e a associação entre o género do paciente e o diagnóstico de depressão

Palavras-chave: *Disfunção temporomandibular. Factores psicológicos. Dor. Depressão.*

ABSTRACT

Depression is a mood disorder characterized by a set of symptoms that include sadness and / or decreasing interest in performing tasks.

Temporomandibular disorders (TMD) is characterized by clinical problems of joint and orofacial muscles in the area, its etiology is multifactorial, their main complaint is pain.

The pain has a scope psychophysiological, so an assessment of factors such as depression becomes crucial.

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

84 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”) and SCL – 90 R Index.

Of the 84 patients, 42 have depression and 51 have orofacial pain. This study did not find a statistically significant correlation ($P < 0.05$) between depression and TMD, however it was found between diagnosis of TMD and orofacial pain and the presence of association between patient gender and diagnosis of depression.

Keywords: *Temporomandibular disorder. Psychological factors. Pain. Depression.*

ÍNDICE

Dedicatória.....	I
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	V
Abstract.....	VII
Introdução.....	3
1.1) Caracterização clínica da depressão.....	5
1.2) Classificação da depressão.....	6
1.3) Circuitos neuronais da depressão.....	8
1.4) Caracterização clínica da Disfunção Temporomandibular.....	10
1.5) Etiologia: Evolução dos conceitos.....	11
1.5.1) Teoria do Deslocamento Mecânico.....	12
1.5.2) Teoria Psicológica.....	12
1.5.3) Teoria Neuromuscular.....	13
1.5.4) Teoria Muscular.....	13
1.5.5) Teoria Psicofisiológica.....	13
1.5.6) Teoria Multifactorial.....	13
1.6) Classificação das DTM.....	14
1.6.1) Alterações articulares.....	14
1.6.2) Alterações funcionais dos Músculos da Mastigação.....	15
1.7) As diferenças entre DTM muscular, articular e mista.....	16
1.8) DTM – Ansiedade e Depressão.....	17
1.9) O critério de diagnóstico de pesquisa para DTM (RDC/TMD).....	23
1.10) O questionário SCL-90 R.....	24
Objectivos.....	27
Metodologia.....	31
1) Desenho do estudo e amostra.....	31
2) Exame Clínico.....	31
3) Procedimentos.....	31
4) Análise de resultados.....	32
Resultados.....	35
Discussão.....	43

Conclusão.....	47
Bibliografia.....	51
Anexos.....	59
Anexo 1 – Índice de Gráficos.....	60
Anexo 2 – Índice de Tabelas.....	60
Anexo 3 – Lista de abreviaturas.....	63
Anexo 4 – Consentimento Informado.....	65
Anexo 5 – SCL – 90R.....	67
Anexo 6 – Instruções para Exame Clínico RDC/TMD.....	73
Anexo 7 – RDC / eixo I.....	81

Introdução

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, ⁽¹⁾ a depressão é um transtorno mental comum, caracterizada por sentimentos de culpa, tristeza, baixa auto-estima, perturbações de sono, ausência de apetite, falta de energia e concentração. A depressão pode estar associada a outras doenças geralmente com sintomas de dor crónica.

Actualmente a depressão é uma das perturbações mentais mais vulgares e constitui um problema de saúde pública, tendo uma prevalência de 2-3% nos homens e de 5-9% nas mulheres. ⁽²⁾ Está ligada ao aumento da morbilidade e mortalidade, ⁽³⁾ não só através da via do suicídio, mas também pela possibilidade de aumentar o risco ou agravar o prognóstico de outras doenças crónicas.

Apesar da maioria dos episódios depressivos major entrar, com ou sem tratamento, em remissão completa, ⁽⁴⁾ vários estudos demonstram que a recorrência é bastante comum.

A semiologia da depressão é conhecida e relatada desde há muitos anos. ⁽⁵⁾

Desde 1960 que tem sido diagnosticada como perturbação depressiva major, isto em oposição aos casos mais ligeiros que não preenchem um número suficiente de critérios. ⁽⁵⁾

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), estamos perante um episódio depressivo quando se nos apresenta um doente com sinais ou sintomas dentro dos seguintes: perda de peso ou aumento do apetite; insónia; lentidão ou agitação psicomotoras; fadiga ou perda de energia; sentimento de desvalorização ou culpa desproporcional; indecisão ou perda de concentração ou da capacidade de pensamento; ideação ou tentativas de suicídio, ou pensamentos recorrentes acerca da morte.

Este conjunto de sintomas tem de estar presentes quase todos os dias e causar mal-estar ou incapacidade funcional significativos, tendo-se também que excluir como etiologias um fármaco ou outra doença.

O estudo e compreensão das alterações patológicas derivadas da depressão ao nível do encéfalo revela-se tecnicamente mais difícil do que para qualquer outro órgão. ⁽⁶⁾

A Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo usado para uma grande quantidade de problemas clínicos relacionados com os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e outras estruturas associadas. ⁽⁷⁻⁹⁾

Os sinais e sintomas mais vulgares são: limitação da abertura da boca e sons articulares, dor nos músculos mastigatórios e na articulação temporomandibular. Sabe-se que actualmente a DTM afecta cerca de 12% da população e a dor é a principal queixa que leva os doentes a procurar tratamento. Verificou-se que os sintomas variam ao longo do tempo e estão altamente relacionados com a tensão muscular, bruxismo e com hábitos parafuncionais. ⁽⁷⁾

Factores neuromusculares, biopsicossociais, biomecânicos e neurobiológicos podem contribuir para as DTM. Existem factores etiológicos de DTM, os quais, podemos classificar em: predisponentes (estruturais, metabólicos e condições psicológicos), iniciantes (trauma ou cargas adversas no sistema mastigatório), agravantes (hormonais, psicossociais, parafunções). ⁽¹⁰⁾

Alencar (1997), ⁽¹¹⁾ Oliveira (1998) ⁽¹²⁾ e Figueira (2001) ⁽¹³⁾ realizaram estudos que comprovam a presença de factores psicológicos, especialmente a depressão, em pacientes crónicos, portadores de Disfunção Temporomandibular. Tais factores parecem desempenhar um papel signficante na DTM, pois podem contribuir não só para o aparecimento dessa alteração, mas também para a sua perpetuação. Assim torna-se muito importante para o médico dentista conhecer a importância e o modo como esses factores actuam, pois eles podem influenciar de modo decisivo o tipo de tratamento a ser oferecido ao paciente.

Tendo em vista a multiplicidade dos factores etiológicos da DTM e o grande envolvimento dos factores emocionais na actualidade na sua etiologia, o presente estudo tem como objectivo comprovar a presença de factores psicológicos, especialmente da depressão em pacientes portadores de DTM.

Fundamentos teóricos

1.1) Caracterização clínica da depressão

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) foram introduzindo actualizações sucessivas sobre a caracterização da depressão, nas últimas duas décadas, o centro de atenção de médicos e investigadores deslocou-se, da compreensão etiológica para a sua descrição clínica.

A “depressão, quando se desenvolve, afecta a pessoa no seu todo. Tem repercussões psicológicas, biológicas e sociais sobre o indivíduo”. ⁽¹⁴⁾ Passamos a expor um conjunto de sinais e sintomas que os doentes deprimidos frequentemente apresentam e de que se queixam.

A maioria dos autores é unânime em considerar a tristeza como o sintoma mais comum. ⁽¹⁵⁾ “O deprimido sente-se triste, sem alegria de viver, mostrando-se com frequência aborrecido, irritado, com vontade de chorar, com uma sintonização selectiva (...) para (...) acontecimentos negativos (...) e fraca capacidade de irradiação afectiva. Revela uma intolerância grande à frustração, uma incapacidade de tomar (...) decisões (...) e dificuldade em suportar (...) ruídos”. ⁽¹⁴⁾

Para outros autores a tristeza deixa de ser a característica central da depressão, e consideram que “o defeito nuclear na depressão é uma atrofia central do desejo”. ⁽¹⁶⁾ Outras definições incluem, perda de interesse, perda de humor perda de desejo ou de prazer, baixa auto-estima e perda de autoconfiança, acompanhadas por sentimentos de culpa; perda de perspectiva quanto ao futuro; sentimentos de desespero; pensamentos sobre a morte ou ideação suicida; perda da capacidade de concentração; lentidão ou agitação psicomotora; perda de energia ou fadiga; perda de apetite; diminuição da libido e insónia. ⁽¹⁷⁾

A acrescentar a estas características, podemos ainda enumerar algumas outras que, sendo menos típicas, descrevem precisamente outra face desta condição clínica – a depressão atípica ou mascarada. Nesta situação, sem qualquer referência a queixas psicológicas, encontramos deprimidos com hiperfagia, hipersónia e queixas somáticas várias, como por exemplo, cefaleias, dor na articulação temporomandibular ou outras

dores, o que contribui em larga escala para o subdiagnóstico da depressão e a consequente ausência de um tratamento adequado.

Quanto aos aspectos sociais alterados no doente deprimido, identificamos “dificuldade em estabelecer e manter um relacionamento interpessoal adequado”; ⁽¹⁴⁾ isolamento social, mudança radical na qualidade das relações e absentismo escolar ou profissional, o que globalmente contribui para uma perda generalizada da qualidade de vida.

1.2) Classificação da depressão

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 a definição da Associação Americana de Psiquiatria. ⁽¹⁸⁾

A Organização Mundial de Saúde, ⁽¹⁹⁾ considera que existem três padrões da depressão: leve, moderada e grave. O indivíduo apresenta normalmente perda de interesse e prazer, fadiga, ausência de humor e falta de energia o que diminui a actividade, cansaço após esforço; diminuição da concentração e atenção, ideias de inutilidade, ideias de suicídio, baixa auto-estima e autoconfiança e distúrbios de sono e de apetite.

Independentemente dos três graus de gravidade é necessária uma duração de pelo menos duas semanas para o diagnóstico, no entanto se os sintomas forem muito graves pode chegar-se a um diagnóstico tendo por base períodos mais curtos. Alguns dos sintomas descritos anteriormente podem desenvolver características e sintomas com alguma relevância clínica, tais como, falta de reacção emocional num ambiente agradável, perda de interesse ou prazer em actividades que normalmente são agradáveis, dificuldade em dormir; maior depressão durante a manhã, perda acentuada de apetite e consequente perda de peso. A distinção entre episódio depressivo leve, moderado e grave está dependente da quantidade, tipo e gravidade de sintomas presentes. ⁽¹⁹⁾

Só devem ser usadas as classificações de episódios depressivos leve, moderado e grave, em episódios depressivos únicos, outros acontecimentos devem ser classificados como transtornos depressivos recorrentes. ⁽¹⁸⁾

Caracterizando o episódio depressivo leve, destaca-se a falta de interesse e prazer e cansaço aumentado, estes são os sintomas que geralmente representam os sintomas mais típicos de depressão leve, com duração mínima de duas semanas.

Este episódio depressivo leve causa normalmente à pessoa dificuldade em continuar com o trabalho diário e com actividades sociais, sem parar completamente as suas actividades. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Um episódio depressivo moderado caracteriza-se pelo 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 também é de duas semanas. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

O episódio depressivo grave pode ser dissociado em dois grupos: com sintomas psicóticos e sem sintomas psicóticos. Em grande parte dos casos num episódio depressivo grave, o paciente apresenta agitação considerável ou desconforto. Perda de auto-estima, culpa ou sentimentos de inutilidade encontram-se em destaque, e o suicídio é uma hipótese a considerar nos casos com maior gravidade. Como é de fácil compreensão os sintomas típicos dos episódios depressivos leve e moderado estão presentes, para além de outros sintomas mas numa configuração mais grave. Este episódio depressivo pode ser diagnosticado em duas semanas, mas em casos de elevada gravidade e de início mais rápido o diagnóstico faz-se em menos de duas semanas.

È pouco provável que o indivíduo consiga prosseguir com actividades domésticas, trabalho e actividades sociais, senão de um modo muito limitado durante um episódio depressivo grave. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Os episódios depressivos recorrentes, são descritos por uma repetição de episódios depressivos, leve, moderado e grave. O restabelecimento entre episódios é normalmente completo, mas a minoria dos pacientes pode desenvolver uma depressão persistente, principalmente numa idade mais avançada. Estes episódios ocorrem com grande frequência após uma fase de aumento de humor inexplicável que se denomina por mania. O facto deste episódio acontecer pode transpor o diagnóstico para transtorno bipolar. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Os episódios depressivos recorrentes incluem: depressão psicogénica, depressão reactiva, episódios recorrentes de reacção depressiva, doença afectiva sazonal; episódios

recorrentes de depressão endógena, psicose depressiva psicogénica ou reactiva, psicose maníaco-depressiva, depressão psicótica e depressão vital.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Actualmente preconizam-se duas formas para o tratamento da depressão: a psicoterapia e a farmacoterapia ou uma associação das duas. Normalmente a psicoterapia é a forma escolhida 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.⁽¹⁸⁾

1.3) Circuitos neuronais da depressão

Sabe-se que diferentes regiões encefálicas medeiam a diversidade dos sintomas da depressão.⁽²⁰⁾

Diversos estudos evidenciam modificações no fluxo sanguíneo e do metabolismo da glicose.

Na fisiopatologia da depressão estão normalmente envolvidas três sub-regiões do córtex pré-frontal: o PFC ventro-medial, o orbital lateral e o dorsolateral.⁽²¹⁾

O primeiro, que se encontra com fluxo sanguíneo aumentado nos deprimidos e com redução da substância cinzenta, medeia em princípio os aspectos conscientes relacionados com a dor (física), a ansiedade e as ruminações depressivas.⁽²²⁾

O orbital lateral, que comumente elimina ou modula as respostas emocionais, tem actividade aumentada na depressão major, talvez para compensar o excesso de actividade límbica.⁽²³⁾ O PFC dorsolateral, apresenta uma diminuição da actividade metabólica e da substância cinzenta; esta região participa, em interligação com a porção dorsal do córtex anterior do cíngulo, em vias cognitivas, e além disto é também sede da memória de trabalho.⁽²³⁾ Assim, é esta região que medeia a apatia (parcialmente), a lentidão psicomotora e alterações da atenção e da memória de trabalho.⁽²³⁻²⁴⁾

O hipocampo, a estrutura mais estudada no contexto da depressão⁽²¹⁾ – é especialmente vulnerável a mecanismos de neurotoxicidade induzidos pelo *stress*,⁽²¹⁾ dada a sua localização “central”, interligando as múltiplas vias que regulam a resposta ao mesmo.⁽²⁴⁾

É também modulador do humor e fulcral à formação de novas memórias. A morfologia disforme mais frequente na depressão é a redução da massa, sendo que alguns autores encontraram também alterações segmentares ou da sua forma, implicando-lhe desde logo um papel na neurobiologia da depressão.⁽²¹⁾ A massa é inversamente proporcional ao número, duração e à gravidade dos episódios diagnosticados,^{(21) (23)} e o volume estabiliza-se após a remissão e aumenta após tratamento com antidepressivos eficazes.⁽²³⁾ Mas estes achados podem também não ser consequência da doença em si. Existe concordância de cerca de 40% entre gémeos para o volume hipocampal, bem como associação entre certos genes e um pequeno volume, sugerindo ou uma predisposição à depressão através do hipocampo ou uma fisiopatologia arrastada, com alterações que se vão delineando.⁽²⁴⁾

Precocemente no decurso da depressão, a amígdala evidencia actividade e tamanho aumentados,⁽²³⁾ e tende a decrescer, especialmente em mulheres, com a cronicidade.⁽²¹⁾ Não é de estranhar então que, dado o seu papel de imprimir um valor emocional positivo ou negativo aos estímulos surpreendentes, que os doentes respondam com desagrado a faces zangadas ou assustadas, mesmo quando em níveis de consciência ditos inferiores.⁽²³⁾

Do córtex anterior do cíngulo pode afirmar-se de maneira geral que monitoriza os comportamentos com base em “pré-concepções” de cariz emocional.⁽²⁴⁾ Quanto menor a actividade da sua porção dorsal (que faz parte das vias cognitivas), maior a gravidade da depressão.⁽²⁴⁾ Já a sua porção ventral pensa-se estar implicada na desregulação da motivação e da resposta autónoma simpática, sendo que esta última normaliza nos doentes com resposta quer aos antidepressivos, quer aos placebos.⁽²³⁾ É também algumas vezes reportada uma redução do metabolismo do córtex insular, que reverte com antidepressivos, apesar de não ser ainda claro que tipo de sintomatologia mediará.⁽²³⁾

Dada a proeminência dos sintomas neurovegetativos, conclui-se que o hipotálamo está extensamente implicado.⁽²⁵⁾ Certos polimorfismos no gene “CLOCK” em deprimidos, em interacção com a actividade circadiana do núcleo supra-quiasmático, podem predispor à insónia;⁽²⁶⁾ e sabe-se também que alterações no eixo hipotálamo-hipofise-suprarrenal (HPA), considerado a via final comum para a expressão da maioria dos sintomas da depressão, levam também a distúrbios do sono.⁽²⁷⁾

A estimulação cerebral profunda, quando aplicada no estriado ventral, provoca melhoria clínica dos doentes. Este núcleo da base é importante para os mecanismos

neurobiológicos da “recompensa”, daí a falta de hedonismo, num sentido lato, que apresentam os doentes com depressão. ⁽²⁵⁾

Estes achados são principalmente populacionais, podendo estar ausentes a nível individual, ⁽²⁴⁾ pelo que carecem de utilidade diagnóstica. Apesar dos sintomas depressivos serem muito provavelmente mediados por diversas redes neuronais, é incompleta uma abordagem região-função. A explicação global será mais complexa do que o hipocampo estar implicado na mediação do défice cognitivo ou a amígdala estar envolvida nas alterações emocionais. ⁽²⁵⁾

1.4) Caracterização clínica da Disfunção Temporomandibular

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma expressão que engloba um grande conjunto de problemas clínicos dos músculos da mastigação, da articulação temporomandibular (ATM), ou ambos. ⁽²⁸⁾ A DTM é caracterizada particularmente por sinais e sintomas como sons na articulação, a dor muscular ou articular, estalidos e crepitação durante a deslocação mandibular e função inconstante da mandíbula. ⁽²⁹⁾

A disfunção Temporomandibular apresenta em diversas situações um padrão etiopatogénico multifatorial. ⁽³⁰⁾

Existem diversos factores a ter em conta como origens possíveis para a disfunção, podendo assim destacar as doenças sistémicas, alterações do crescimento, tumores, traumatismos e ainda hábitos parafuncionais, instabilidade oclusal, hiperactividade muscular, e ansiedade ou depressão. ^{(29) (31-32)}

Normalmente os indivíduos com disfunção apresentam dor, bloqueios da articulação, movimentos mandibulares limitados e estalidos, ressaltos ou crepitações da articulação. Em certos casos os pacientes referem ainda dificuldade durante as movimentações de abertura e fecho da cavidade oral, como ainda impressão de mordida desconfortável. ⁽³³⁻³⁴⁾ É vulgarmente na articulação temporomandibular, na mandíbula ou nos músculos associados que a dor ou desconforto se localizam. Além dos sintomas anteriormente descritos observam-se frequentemente outros sintomas como: impressão de obstrução do canal auditivo, náuseas, cefaleias e dores cervicais. Observando-se os indivíduos conclui-se que em certos casos, o princípio é agudo e a sintomatologia é ligeira e auto-limitada. Noutros indivíduos desenvolve-se uma DTM crónica, sintomas físicos, com dores persistentes, alterações psíquicas e psicossociais, semelhantes aos

sintomas que se observam em pacientes com outras síndromes de dor crónica (cefaleia crónica, fibromialgia, artrite, dores na coluna lombar), exigindo um diagnóstico célere e um tratamento interdisciplinar. ⁽³⁴⁾

As DTM, podem ser classificadas em três grupos relativamente ao diagnóstico: (I) disfunções dos músculos da face, cabeça, pescoço, ombros e parte superior do dorso; (II) disfunções que englobam os tecidos moles da articulação temporomandibular; (III) disfunções que lesam os tecidos duros da articulação temporomandibular. ⁽³³⁾

Durante muitos anos verificou-se que diversos clínicos utilizavam diferentes escalas e tabelas para a classificação de doentes com DTM, o que fez com que se criassem métodos e critérios que permitissem uma apreciação mais estandardizada dos doentes com disfunção, essa necessidade levou ao aparecimento de uma nova classificação, o Critério de Diagnóstico para investigação de DTM (RDC/TMD), que é neste momento utilizado por todo o mundo.

Esta classificação veio ajudar no estudo desta doença e facilitar a comparação dos resultados dos mais variados estudos, de um modo mais fácil e objectivo. O RDC/TMD consiste num questionário aplicado na avaliação de doentes com disfunção temporomandibular, que permite efectuar comparações entre diferentes grupos, quando feitas utilizando os mesmos procedimentos de exame, algoritmos de diagnóstico e métodos para avaliar factores biológicos, comportamentais, psicológicos e psicossociais. Assim, os resultados podem ser comparados com os de vários grupos europeus e mundiais. ⁽³⁵⁻³⁶⁾

1.5) Etiologia: evolução dos conceitos

Os anos foram passando e diversos estudiosos foram apresentando diferentes teorias para a etiologia das disfunções temporomandibulares. De muitas teorias destacam-se seis grandes grupos: a teoria do deslocamento mecânico, a teoria neuromuscular, a muscular, a psicofisiológica, a psicológica e por último e a que parece reunir maior consenso a teoria multifactorial. ⁽³⁷⁾

1.5.1) Teoria do Deslocamento Mecânico

A teoria do deslocamento mecânico admitiu que a ausência de apoio molar ou as prematuridades oclusais funcionais causavam uma posição excêntrica directa do côndilo na fossa o que originava a dor, desordem e sintomas no ouvido. A incorrecta posição condilar conduzia a uma actividade muscular imprópria e desfavorável. ⁽³⁷⁾

A teoria da biomecânica, apoiava que algumas irregularidades levavam a um funcionamento anormal dos músculos mastigatórios e articulações tendo a dor como consequência. ⁽³⁸⁾ As frustrações e o desconforto evidenciadas pela disfunção tinham como consequência uma angústia psicológica. No início da década de 1930 esta teoria ganhou importância e predominou nas décadas de 1940, 1950 e 1960. ⁽³⁹⁾

As condições estruturais como as interferências oclusais, foram consideradas potenciais causas das desordens durante esse período temporal. ⁽⁴⁰⁾

Mais tarde ressurgiu esta teoria com uma nova importância no desenvolvimento de oclusões anormais produzindo uma função patológica na articulação temporomandibular em termos de desarranjo interno e dor. ⁽⁴¹⁾

1.5.2) Teoria Psicológica

Durante a década de 1960 e 1970 surgiu com grande relevância a teoria psicológica, que afirmava que a disfunção temporomandibular (DTM) não apresentava as interferências oclusais como causa principal, a não ser em situações de artrite degenerativa e alterações induzidas por trauma externo. Para esta teoria o principal responsável pela disfunção era o stress. Pois este é responsável por potenciar a hábitos orais disfuncionais (bruxismo e tensão muscular) que criam uma tensão muscular crónica e dor facial. ⁽⁴²⁾

Resumidamente esta teoria sugeriu que as alterações emocionais ao iniciarem uma hiperactividade muscular induzida centralmente levariam à parafunção e iam causar, de forma indirecta, as anormalidades oclusais. ⁽³⁷⁾

1.5.3) Teoria Neuromuscular

Esta teoria declarava que na presença de stress e tensão, as interferências oclusais originavam parafunções como apertar os dentes e ranger, capazes de provocar espasmo e hiperactividade muscular. ⁽³⁷⁾

1.5.4) Teoria Muscular

De acordo com a teoria Muscular a oclusão não teria nenhuma influência na disfunção, ela indicava que o principal factor etiológico estava nos próprios músculos da mastigação, assim a tensão nos músculos aumentava constantemente sob a influência de uma sobre estimulação, o que originava um espasmo dolorido. ⁽³⁷⁾

1.5.5) Teoria Psicofisiológica

O principal factor de acordo com esta teoria, consistia no espasmo dos músculos da mastigação, causado pela sobre extensão e sobre contracção excessiva ou fadiga muscular, devido a parafunções. ⁽³⁷⁾

A perpetuação devia-se às tensões mecânicas e musculares e aos problemas metabólicos, e principalmente, às dificuldades comportamentais, sociais e emocionais. ⁽⁴³⁾

1.5.6 Teoria Multifactorial

Mais tarde já durante a década de 1980, chegou-se à conclusão de que nenhuma das cinco teorias anteriores conseguia explicar em toda a sua plenitude os mecanismos etiológicos dos indivíduos que apresentavam disfunção temporomandibular.

Assim conclui-se que a etiologia da DTM era multifactorial pois estavam envolvidos três grupos de factores etiológicos: factores anatómicos (oclusão e a articulação), factores neuromusculares e factores psicológicos. O risco de desencadear a disfunção e dor era tanto maior, quanto maior fosse o número de factores que estivessem presentes.

Segundo Dworkin et al. ⁽⁴⁴⁾, a disfunção temporomandibular não é diferente de outras condições de dor crônica, assim torna-se necessária uma avaliação biopsicossocial e biocomportamental.

A abordagem biopsicossocial é imprescindível para o tratamento da DTM. ⁽⁴⁵⁾

1.6) Classificação das DTM

Têm sido propostos muitos sistemas de classificação para as DTM mas aquele que parece reunir maior aceitação e que é usado como guia em vários estudos é o sistema publicado pela Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP).

A partir desse sistema de classificação as disfunções temporomandibulares são divididas em desordens articulares da ATM e desordens dos músculos da mastigação.

O conhecimento limitado da causa e da progressão destas disfunções dificulta a classificação das DTM. ⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾

Grande parte dos indivíduos com DTM apresentam alterações funcionais físicas que podem ser divididas em duas categorias amplas que incluem distúrbio da própria articulação temporomandibular e distúrbios dos músculos da mastigação. No entanto muitas vezes torna-se muito complicado devido à semelhança entre alguns sintomas musculares e articulares, distinguir as duas categorias. ⁽⁴⁹⁾

Por essa razão foi necessário incluir o tipo misto na classificação proposta pela AAOP.

Recentemente, conclui-se que a questão psicossocial pode ser considerada importante junto com a questão estrutural e biomecânica no desenvolvimento de um entendimento mais preciso da etiologia e curso das dores orofaciais. ⁽⁴⁹⁾

1.6.1) Alterações Articulares

A disfunção da ATM pode ter várias formas e estar relacionada aos movimentos mandibulares. Pode manifestar-se por ruídos articulares, uma sensação de endurecimento, desvios da linha média da mandíbula e movimentos restritos durante a função. ⁽⁴⁷⁾

As estruturas sensíveis à dor na ATM são a zona bilaminar, a cápsula articular e os ligamentos do disco. As superfícies articulares numa articulação saudável, não desencadeiam dor porque não são enervadas.

No entanto, como consequência de trauma ou inflamação podem ocorrer alterações degenerativas nas superfícies articulares, podendo resultar na exposição de estrutura óssea desgastada dando origem à dor.

A dor aguda na ATM pode também induzir a uma resposta protectora dos músculos da mastigação, conhecida como espasmo muscular, que limita o movimento da articulação. Se a dor na ATM persistir e se tornar contínua, a articulação torna-se uma fonte de dor profunda, a qual pode resultar em dor localizada e/ou desencadear espasmo nos músculos adjacentes. ⁽⁴⁸⁾

As desordens articulares da ATM podem ser divididas em desordens congénitas e de desenvolvimento (aplasia, hipoplasia, hiperplasia e neoplasia), desordens relacionadas ao desarranjo interno (deslocamento do disco com redução e deslocamento do disco sem redução), deslocamento (luxação), condições inflamatórias (sinovite, capsulite e poliartrite), artrite (oiteoartrite), anilose e fracturas.

Estas subclassificações são semelhantes às desordens que afectam outras articulações sinoviais, apesar de as superfícies articulares da ATM serem recobertas por tecido conjuntivo fibroso ao contrário da maioria das articulações sinoviais que são cobertas por cartilagem hialina. ⁽⁴⁶⁾

1.6.2) Alterações funcionais dos Músculos da Mastigação

As disfunções musculares podem ser divididas em desordens que afectam um único músculo ou um grupo de músculos (regional) e desordens que afectam vários músculos (sistémica). As desordens musculares sistémicas não são exclusivas do sistema mastigatório e, portanto não são DTM primárias controladas pelas terapias usuais para as DTM. O clínico deve estar ciente das condições sistémicas comuns que podem causar dor muscular, de modo a estabelecer um diagnóstico adequado. Quando estas desordens são identificadas, deve ser instituído o tratamento adequado. ⁽⁴⁶⁾

A dor muscular é uma queixa comum associada com as DTM. As alterações funcionais musculares que envolvem os músculos da mastigação são análogas às disfunções dos músculos esqueléticos que ocorrem em outras áreas da cabeça, pescoço,

tronco e extremidades. O uso excessivo de um músculo normalmente profuso ou a isquemia de um músculo que se encontra em actividade normalmente podem causar dor. Os reflexos fusimotores e simpáticos podem produzir alterações no suprimento sanguíneo e no tônus muscular. Além disso, diferentes estados emocionais e psicológicos podem alterar o tônus muscular.

Os neurónios que medeiam a dor dos músculos esqueléticos estão sujeitos a fortes influências modulatórias. As terminações nociceptivas podem ser facilmente sensibilizadas por substâncias endógenas (bradicinina, serotonina, prostaglandina [PGE2], neuropeptídeos e substância P). Estas condições musculares dolorosas não resultam só numa sensibilidade aumentada dos nociceptores periféricos, mas também produzem hiperexcitabilidade no sistema nervoso central e hiperalgesia localizada. ⁽⁴⁶⁾
(50)

Embora a sequência inicial que leva ao desenvolvimento da DTM muscular permaneça desconhecida, os atributos fundamentais como a sensibilidade dos músculos à palpação, a limitação dos movimentos mandibulares, a alteração percebida na oclusão dentária e as mudanças no humor são conceptualizadas como consequência da dor. ⁽⁵⁰⁾

Algumas das condições sistémicas que produzem dor muscular são: polimialgia reumática, poliomiosite, dermatomiosite, lúpus eritematoso e fibromialgia. As desordens musculares locais ou regionais são as responsáveis pela produção de dores orofaciais.

Essas desordens são a dor miofascial, o mioespalmo, a contracção miofibrótica e as desordens neoplásicas. Existe uma quinta categoria, de mialgias locais não classificadas, essas são incluídas naquelas condições dolorosas dos músculos que não preenchem os critérios para as outras categorias. ⁽⁴⁶⁾

1.7) As diferenças entre DTM muscular, articular e mista

A sintomatologia associada com o stress, a ansiedade e a depressão são repetidamente relatadas nos estudos das DTM. Além disso, alguns autores sugerem que estas variáveis psicológicas parecem ser na sua maioria relatadas no grupo muscular. ⁽⁴⁹⁾ ⁽⁵¹⁾

Esta importância da questão psicológica é reflectida nas conclusões de vários estudos de pacientes com DTM.

Carlson et al, 1998, ⁽⁵²⁾ concluíram que os pacientes relataram mais sintomas de depressão, ansiedade, fadiga, e distúrbio de sono que um grupo de indivíduos sem dor.

Noutro estudo, Korszun et al, 1996, ⁽⁵³⁾ examinaram a coexistência de transtornos entre as desordens depressivas e dor facial crónica e DTM e observaram que em 28% dos pacientes com DTM estavam presentes critérios de inclusão para o diagnóstico de depressão.

McCreary et al, 1991, ⁽⁴¹⁾ obtiveram resultados consistentes com estudos anteriores quando concluíram que o diagnóstico de desordem de dor miofascial era associado a um índice elevado de ansiedade, depressão e que, a angústia foi relatada em pacientes com diagnóstico de dor miofascial quando comparado com pacientes com desarranjo interno.

Muitos estudos em DTM analisam o papel de factores psicológicos, mas nem todos usam o RDC/TMD. Contudo, a falta de critério de definição das amostras seleccionadas e o uso de instrumentos de avaliação sem validade são limitações importantes que levam a conclusões equivocadas a respeito dos factos reais. Considerando o esforço que tem sido feito para corrigir esse aspecto, tem sido unânime que pacientes com DTM demonstram um grau de stress psicológico superior aos pacientes que não apresentam DTM. ⁽⁵¹⁾

Os factores psicossociais podem ser a causa, ou mais frequentemente, um factor que contribui para um problema orofacial do paciente. As desordens do Eixo II devem ser consideradas quando existe evidência de depressão, ansiedade, ou alterações físicas. ⁽⁵⁴⁾

1.8) DTM – Ansiedade e Depressão

Em 1984, Moss & Adams, ⁽⁵⁵⁾ num estudo transversal, avaliaram a personalidade, ansiedade e depressão em 10 indivíduos com dor e disfunção temporomandibular, todos preencheram os questionários para avaliação psicológica de ansiedade e depressão (MMPI, STAI e BDI). No final concluíram que não houve diferenças significativas entre os grupos.

Em 1985, Gerke et al., ⁽⁵⁶⁾ num estudo longitudinal, analisaram a função discriminante de variáveis clínicas psicológicas em 43 pacientes com DTM muscular, onde foram excluídos os indivíduos com DTM articular. Utilizaram o índice de Helkimo, questionários psicológicos comportamentais como o questionário de Gerke-

Goss (GGI) e o questionário de doença comportamental (IBQ), entre outros, foram completados ainda com o exame clínico muscular. Verificaram que os factores clínico, psicológico e comportamental quando usados sozinhos, tinham menos de 60% de resultado de tratamento. Porém, se estivessem agrupados a factores clínicos e psicológicos, tinham mais de 80% de resultado positivo.

Em 1986, Kleinknecht et al. ⁽⁵⁷⁾ estudaram a relação entre sintomas subjectivos da disfunção temporomandibular e achados clínicos num estudo transversal com 65 voluntários. Todos os voluntários responderam ao questionário SRQ sobre a história dentária e dor na abertura da boca ao inserir três dedos verticalmente, utilizaram várias escalas psicológicas como o CES-D para a depressão, o LES para experiências de eventos vividos e o BSI (breve comentário dos sintomas), além do exame clínico feito por quatro examinadores com prática, incluindo palpação dos músculos da mastigação e da região cervical. Concluíram que houve significância em relação aos sintomas de DTM e dor no exame, podendo indicar estados depressivos. Ambos os grupos tiveram mais ansiedade e depressão na escala CES-D. O grupo que respondeu ao questionário e foi submetido ao exame, teve um número superior de indivíduos que apresentaram depressão que o grupo que respondeu somente ao questionário.

Em 1988, Leresche & Dworkin ⁽⁵⁸⁾ estudaram a expressão facial da dor e emoção em 28 pacientes do género feminino com idades entre 23 e os 40 anos, com DTM muscular há mais de seis meses. Utilizaram uma escala visual analógica para a intensidade da dor, o questionário de McGill, a escala de ansiedade de Spielberger, a escala de depressão de Zung, sintoma somático com 23 itens na escala de Langner, além do exame clínico. Completaram o estudo com a palpação muscular, no qual era filmado por 10 segundos cada músculo para codificar as expressões faciais como medo, raiva, tristeza, desgosto e desprezo. A resposta à dor na palpação consistiu no aperto da pele ao redor dos olhos, redução das sobrancelhas, abertura ou fecho dos olhos, levantamento e abertura dos lábios, entre outras. O resultado confirmou a existência de uma integração no padrão de movimento dos músculos da face que podem ser chamados de expressão facial de dor.

Já em 1990, Basset et al. ⁽⁵⁹⁾ também num estudo transversal de 105 indivíduos com DTM e 90 para o grupo controle, estudaram os factores psicológicos na disfunção temporomandibular como a depressão. Utilizaram o questionário de Spielberger (1975), onde registos menores que 40 indicam pouca ansiedade e acima de 40, muita ansiedade. Este grupo foi comparado estatisticamente com outras variáveis físicas e psicológicas.

Os grupos de DTM apresentavam-se mais deprimidos que o grupo controle. O grupo de DTM altamente deprimido teve maior grau de comportamento de doenças.

Em 1992, Bonacci et al. ⁽⁶⁰⁾ examinaram 100 pacientes numa abordagem multidisciplinar, seleccionados aleatoriamente na clínica de dor de articulação temporomandibular da universidade de Colômbia. A queixa principal (67%) era dor ao nível dos músculos da mastigação em ambos os géneros e duas vezes mais frequente do que o desarranjo do disco articular (29%).

A inflamação articular foi diagnosticada com maior frequência em mulheres (42%), do que nos homens (26%). Os autores concluíram que apesar da maioria dos pacientes que procuram tratamento ser do género feminino, mulheres e homens apresentam componentes psicológicos semelhantes e que os clínicos devem estar conscientes dos sinais e sintomas das desordens temporomandibulares, para julgar como e quando interceder.

Em 1992, Dworkin & Leresche, ⁽³⁶⁾ desenvolveram um conjunto de critérios de diagnóstico para pesquisa das DTM, denominado Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorder (RDC / TMD), no qual são abordados conjuntamente os aspectos físicos (eixo I) e psicossocial (eixo II); onde abordaram um sistema de classificação, no qual o diagnóstico é dividido em três grupos: I - diagnósticos musculares; II - desordens de deslocamento do disco e grupo III - desordens articulares. Os autores concluíram que esses critérios e métodos de avaliação foram criados para maximizar a confiabilidade das pesquisas e minimizar a variabilidade nos métodos de exame e do julgamento clínico que possam influenciar o processo de classificação.

Em 1992, Shiau & Chang, ⁽⁶¹⁾ avaliaram a prevalência da disfunção temporomandibular em estudantes universitários de Taiwan. Foram analisados 2033 estudantes através de anamnese, exame clínico e questões psico-emocionais. Os resultados revelaram que 42,9% dos estudantes tinham um ou mais sinais relatados de DTM e as mulheres eram significativamente mais afectadas. O estalido articular foi o sinal mais comum e as interferências oclusais não foram muito comuns no grupo com sinal de disfunção. Entre os factores emocionais, o stress, a ansiedade geral, a emoção e a raiva foram os factores mais evidentes entre os alunos com sinais e sintomas de DTM. Assim concluíram que apesar da prevalência ser alta, a procura de tratamento é baixa.

Em 1998, Ohrbach & Dworkin, ⁽⁶²⁾ realizaram um estudo epidemiológico longitudinal, durante um período de cinco anos. Estudaram 77 casos comunitários (74% do género feminino e 26% do masculino) e 157 casos clínicos (84% do género feminino

e 16% masculinos), para avaliar a relação entre dor e as variáveis físicas e psicológicas desses 234 indivíduos com DTM. Para isso utilizaram a escala visual analógica da dor (VAS), exame clínico com palpação com examinadores experientes, escala de SCL-90R para avaliar ansiedade e depressão e o RDC. Avaliaram os grupos após o tratamento para verificar a sua eficiência. Observaram que as características psicossocial e comportamental são tão importantes quanto os factores patofisiológicos na influência do curso de dor.

Em 2000, Meldolesi et al, ⁽⁶³⁾ realizaram um estudo transversal que consistiu numa investigação controlada em 32 indivíduos com DTM, 22 saudáveis e 22 psiquiátricos, utilizaram questionários como o DSM IV, MMPI e Hards que avaliam a personalidade em pacientes com DTM. Esse estudo concluiu que os pacientes psiquiátricos apresentavam um valor bastante superior de ansiedade e depressão que o grupo controle.

Estes investigadores concluíram que certas características da personalidade são associadas com DTM.

Glaros em 2000, ⁽⁶⁴⁾ fez uma revisão da literatura de 16 artigos entre 1977 a 1999 para avaliar os factores emocionais na DTM e verificou que depressão é provavelmente o estado emocional mais comum associado com dor crónica.

A ansiedade também pode estar associada com DTM e há probabilidade desses problemas emocionais ocorrerem principalmente nos indivíduos diagnosticados com dor miofascial crónica.

Em 2001, Manfredini et al, ⁽⁶⁵⁾ analisaram qualitativamente e quantitativamente o uso de um instrumento de auxílio de diagnóstico, aplicando o “Questionário de Triage para Dor Orofacial e DTM”, recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. O mesmo foi aplicado em 46 pacientes (quarenta mulheres e seis homens) com queixas de dor não dentária na região orofacial, cefaleia, otalgia e / ou nas ATM que procuraram o médico. Esses pacientes foram atendidos, realizou-se um exame clínico específico para o diagnóstico de DTM. A análise estatística revelou que esse questionário apresentava uma sensibilidade de 85,37% e uma especificidade de 80% para pacientes portadores de desordens musculares na região orofacial e uma sensibilidade e especificidade reduzida para desordens intra-articulares. Concluíram que o questionário é útil e viável para uma pré-triagem das chamadas DTM, principalmente para os distúrbios miogénicos, mas não deve ser o único recurso utilizado para o diagnóstico.

Ainda em 2001, Auerbach et al, ⁽⁶⁶⁾ investigaram longitudinalmente o factor psicológico nas DTM. Antes do tratamento, 258 pacientes responderam ao inventário de Depressão de Beck (BDI), o índice de incapacidade de dor (PDI) e a escala de avaliação social (SRRS). Após o tratamento, 48 pacientes foram contactados para responderem novamente aos questionários e avaliar o grau de satisfação para com o tratamento. O BDI (depressão) obtido foi significativamente mais elevado no início do tratamento e positivamente correlacionado com o PDI e SRRS. Os pacientes com dor muscular tiveram um resultado muito mais elevado nos três testes em relação aos com DTM articular. Nos 48 pacientes após o tratamento, o PDI (depressão) diminuiu e os pacientes com DTM muscular obtiveram um declínio maior que os com DTM articular. Concluíram que os factores psicológicos têm um papel mais relevante quando a dor é de origem muscular e que a intervenção comportamental em pacientes com DTM, deve ser avaliada nos pacientes em que os factores comportamentais têm um papel mais importante.

Com o objectivo de mensurar a importância dos factores psicológicos envolvidos nas DTM, Cestari & Camparis, ⁽⁶⁷⁾ fizeram uma revisão da literatura em 2002 de 22 artigos de 1968 a 1998. Observaram que é de concordância geral entre os autores a inter-relação directa entre tensão psicológica e pioras no quadro de DTM.

Em 2003, Gremillion, ⁽⁶⁸⁾ avaliou 20 artigos referentes ao período de 1985 a 2001 para verificar as considerações psicológicas no diagnóstico da DTM e dor orofacial.

Verificou que a dor é um fenómeno individualizado e pode ser contínua, associada com a condição de comorbilidade, tal como a ansiedade, depressão, distúrbios do sono, hipocondríase, hábitos, dependência e / ou tolerância. A DTM e dor orofacial, especialmente a dor crónica ou de natureza periódica, deve ser vista envolvendo alguma outra parte do corpo. Pois a dor contínua inclui factores psicológicos, podendo provocar tensão muscular, comportamento parafuncional e alterações endógenas.

O autor afirma que é essencial para o profissional da área de saúde reconhecer o factor psicológico e outros factores associados directa ou indirectamente na dor do paciente.

Em 2003, Eli, ⁽⁶⁹⁾ relatou que a etiologia das DTM é muito complexa, e que não há tratamento que represente um padrão. Têm sido descritas várias abordagens, desde a educação do paciente como também o comportamental cognitivo, relaxamento, terapia farmacológica, física e oclusal.

Em 2004, Manfredini et al. ⁽⁷⁰⁾ fizeram um estudo transversal em 131 indivíduos, 69 do género feminino e 62 do género masculino entre os 20 e 60 anos.

Utilizaram o RDC eixo I, MOODS-SR (questionário validado para investigar o comportamento) e o PAS-SR (questionário de fobia e pânico do departamento de psiquiatria da Universidade de Pisa) para verificar a relação de psicopatologias como humor, ansiedade e DTM. Obtiveram uma prevalência significativamente mais alta de ambos ($p < 0,001$) humor e ansiedade para o grupo com DTM muscular em comparação com o grupo controle e DTM articular. Concluíram que não existe relação entre ansiedade, depressão e DTM articular, porém, uma grande relação com DTM muscular.

Em 2005, Bonjardim et al. ⁽⁷¹⁾ estudaram transversalmente a ansiedade e depressão e a sua relação com sinais e sintomas de DTM em 120 indivíduos do género feminino e 97 do género masculino dos 12 aos 18 anos de idade. Utilizaram um questionário de auto-avaliação de sintomas, o índice craniomandibular (CMI), o índice de disfunção, palpação e o HAD (ansiedade e depressão). Obtiveram uma correlação positiva entre DTM e ansiedade (16,58%), mas pouca em depressão.

Em 2006, Gatchel et al. ⁽⁷²⁾, num estudo longitudinal, dividiram grupos de pacientes com DTM aguda predispostos a DTM crónica, em dois tipos de metodologias: intervenção precoce (IP) e não intervenção (NI). No grupo IP fizeram o treino comportamental cognitivo e “biofeedback”; avaliaram a dor e medidas psicossociais num período de um ano. Obtiveram os seguintes resultados: no IP teve significativamente níveis mais baixos de dor e depressão; e no período de um ano procuraram médicos para dor de DTM, enquanto no grupo NI, tiveram 12,5 vezes mais transtorno afectivo e de ansiedade, mais de sete vezes uma desordem de ansiedade e 2,7 vezes uma desordem afectiva no período de um ano. Concluíram que a experiência de DTM é complexa e requer identificação precoce para alcançar o máximo de resultados possíveis.

Em 2007, Mongini et al. ⁽⁷³⁾ avaliaram 649 pacientes com dores miofascial, articular, neuropática e na face. Cada paciente submeteu-se ao teste psicológico do Eixo 1 do DSM-IV e à palpação do pericrânio e músculos cervicais. Após analisar os valores, a prevalência dos factores psiquiátricos foi influenciada de acordo com o género e idade. A prevalência de depressão foi maior em pacientes com dor miofascial (44.9%) que nos pacientes com DTM articular e dor neuropática. A análise mostrou que a ansiedade e depressão aumentam a tensão muscular em 95% dos indivíduos analisados.

Concluíram que a avaliação dos factores psiquiátricos como ansiedade ou depressão, deveria fazer parte da avaliação clínica em pacientes com dores faciais.

O objectivo do estudo de Nifosi et al. ⁽⁷⁴⁾, era obter dados nas relações entre variáveis psicopatológicas e DTM. Foram investigados 63 pacientes com DTM usando informações clínicas, anamnese e medidas psicopatológicas da Universidade de Padova, Itália. Três grupos de pacientes de DTM foram diagnosticados de acordo com RDC eixo I, um grupo somente com DTM miofascial, outro apenas com DTM articular e um grupo com ambas DTM miofascial e articular.

O estudo psiquiátrico foi realizado com o teste Check List-90-Revised (SCL-90-R), a escala de Depressão de Hamilton (HDRS) e a escala de Ansiedade de Hamilton (HARS). Os pacientes com DTM mostraram níveis elevados de depressão, somatização e ansiedade. Essas características não diferiram significativamente entre pacientes com dor miofascial ou dor articular.

Outras dimensões psicopatológicas específicas, descobertas com o SCL-90-R, parecem estar mais associadas ao componente de dor miofascial.

1.9) O critério de diagnóstico de pesquisa para DTM (RDC/TMD)

A importância da questão psicossocial foi recentemente destacada no desenvolvimento do RDC/TMD. ⁽⁴⁹⁾

Dworkin e LeResche em 1992, ⁽³⁶⁾ recomendaram que, além do diagnóstico físico (Eixo I), fosse elaborada uma avaliação psicossocial de pacientes com DTM esta denominada Eixo II. O Eixo II envolve o impacto psicossocial da dor crónica, característica da intensidade da dor e incapacidade atribuída à dor de DTM.

O RDC/TMD permite aos clínicos utilizarem um sistema padronizado que pode ser usado em exames, diagnósticos e classificação dos tipos mais comuns de DTM. Desde a introdução em 1992, esse critério tem sido amplamente utilizado pelo mundo. ⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾

Os atributos que tornaram o RDC/TMD, importante em pesquisas clínicas são: (1) um documento cuidadoso e padronizado de especificações que conduzem o exame clínico sistemático para as DTM; (2) definições operacionais em termos de medidas claras para grandes variáveis clínicas (ex: alcance do movimento mandibular, dor

muscular à palpação, e ruídos articulares); (3) credibilidade demonstrada para estes métodos de medidas clínicas definidas operacionalmente e (4) uso de um sistema de duplo-eixo: Eixo I para registar informações clínicas físicas, e Eixo II para registar o estado comportamental (ex: deficiência mandibular funcional), psicológico (ex: depressão), psicossocial (grau de dor crónica para avaliar a severidade da dor e interferência no dia a dia).

Assim, a utilização desta importante ferramenta de avaliação e diagnóstico abre, através da abordagem do Eixo II, novas perspectivas na pesquisa das DTM e, conseqüentemente, aumenta a possibilidade de conhecer melhor o paciente portador destas condições e ajuda o clínico a ter impacto directo na melhoria das condições do paciente.

1.10) O questionário SCL-90R

O SCL-90-R consiste num questionário de auto-avaliação de sintomas, para avaliar uma grande variedade de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos. ⁽⁷⁷⁾

Foi desenvolvido por Leonard R. Derogatis e foi publicado inicialmente em 1975. Neste momento já foi traduzido para mais de 24 línguas diferentes. ⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾

É constituído por 90 afirmações distribuídas por nove dimensões: somatização, depressão, sensibilidade interpessoal, obsessividade-compulsividade, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. ⁽⁷⁷⁾

Este questionário é citado inúmeras vezes na literatura pela sua confiabilidade e validade. ⁽⁷⁹⁻⁸⁶⁾

Kennedy et al. ⁽⁸⁷⁾ usaram o SCL-90 na diferenciação entre ansiedades específicas e transtornos depressivos, demonstrando assim a capacidade de rastreamento do SCL-90 para diferenciar a ansiedade dos transtornos depressivos, além de fornecer a condição geral de gravidade do paciente. Diversos autores acreditam que o SCL-90 pode ser útil como meio de triagem inicial dos pacientes.

Neste estudo utilizamos o SCL-90 para identificar indivíduos que manifestem depressão de modo a comprovar a presença de factores psicológicos em pacientes portadores de DTM.

Objectivos

Objectivos

Através deste estudo pretende-se:

- Determinar a correlação da patologia da articulação temporomandibular com problemas de depressão;
- Verificar a associação da presença de dor temporomandibular com a depressão;
- Concluir se existe associação entre a depressão e o género.

Metodologia

Metodologia

1) Desenho do estudo e amostra

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

A amostra é constituída por 84 voluntários seleccionados de forma aleatória entre os pacientes 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 SCL – 90 R, com este índice pretendeu-se avaliar uma grande variedade de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos.

De seguida os pacientes foram submetidos a um exame clínico, pelo que utilizamos o Índice RDC/TMD (Dworkin e LeResch, 1992), como referência e orientação metodológica.

Após a recolha dos dados é realizada a análise estatística recorrendo ao SPSS, para verificar a existência de associação estatística entre DTM e a depressão

2) Exame Clínico (anexo 6)

3) Procedimento

O protocolo consiste em:

- Breve explicação e entrega do consentimento informado ao paciente;
- Questionário para avaliação de problemas psicológicos (SCL-90R);
- Utilização do Índice RDC/TMD (Dworkin e LeResch, 1992), como referência e orientação metodológica;
- Inspeção intra e extra-oral incluindo hábitos posturais e assimetrias;
- 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), ptérigoideo 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 20.0 para Windows.

Trata-se de um estudo observacional transversal utilizando uma amostra de 84 indivíduos de forma a verificar a existência de associação estatística entre DTM e a depressão

Resultados

Resultados

1) Caracterização da amostra

1.1) Repartição da amostra por género

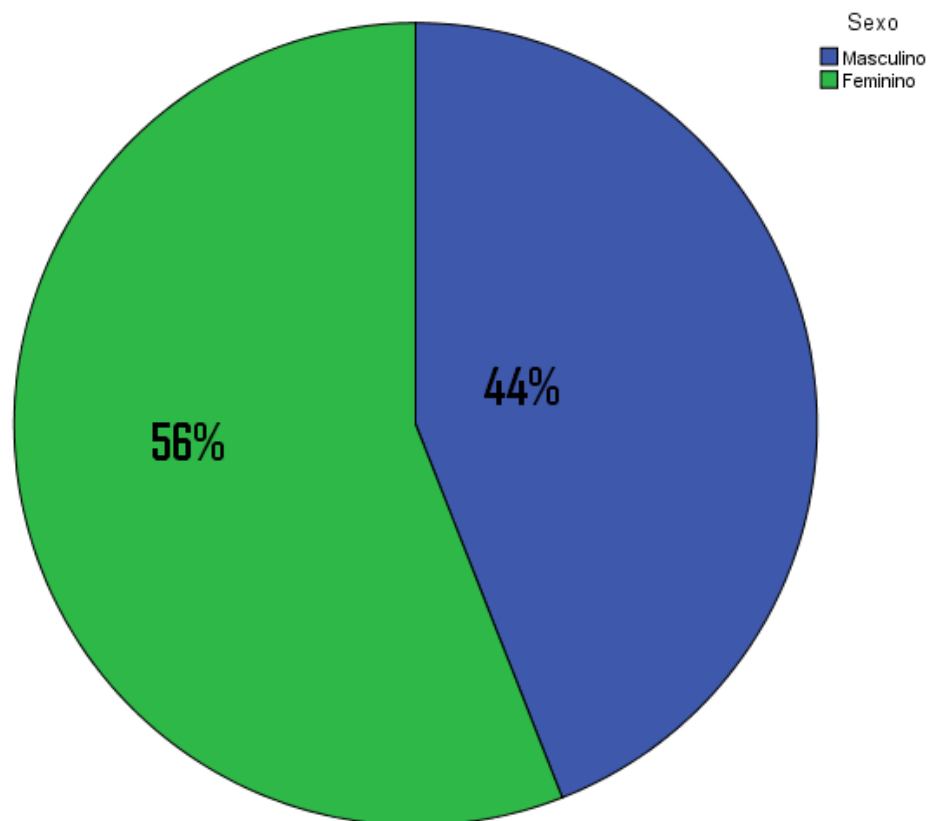


Gráfico 1 – Repartição da amostra por género.

A população estudada é caracterizada por uma maioria de indivíduos de género feminino. Na totalidade dos 84 indivíduos observados, 37 são do género masculino (44%) e 47 são do género feminino (56%).

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 51 anos, o desvio padrão é de 17,624.

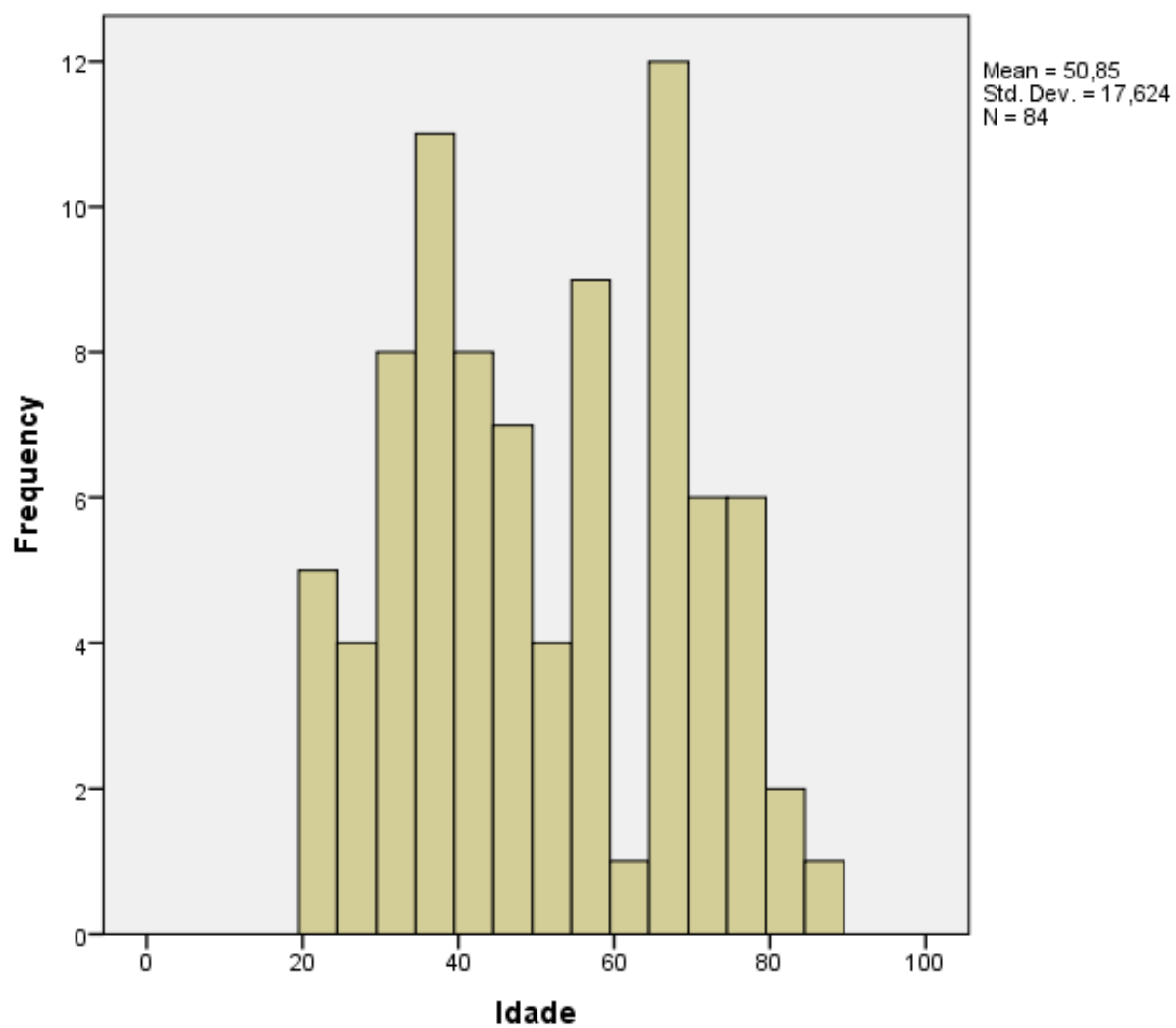


Gráfico 2 – Histograma representativo da idade dos sujeitos da amostra.

2) Análise de parâmetros

2.1) Índice de Depressão (SCL-90 R)

	Frequência	Percentagem
Sem Depressão	42	50%
Depressão Leve	25	30%
Depressão Moderada	14	17%
Depressão Grave	3	3%

Tabela 1 – Repartição da amostra de acordo com a severidade da depressão

De acordo com os valores percentuais da tabela 1, verifica-se que na amostra em estudo, 50% dos indivíduos não apresentam sinais e sintomas de depressão, 30% apresentam depressão leve, o grupo com depressão moderada é composto por 17% dos indivíduos e há apenas 3% dos indivíduos com depressão grave.

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

	Frequência	Percentagem
Sim	51	61%
Não	33	39%
Total	84	100%

Tabela 2 – Repartição da amostra quanto à presença de dor orofacial.

De acordo com os valores percentuais registados na tabela 3, verifica-se que 61% dos sujeitos apresentam dor orofacial

2.3).Diagnóstico de Disfunção temporomandibular segundo o RDC/TMD

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

De acordo com a repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico de dor miofascial dos 51 indivíduos com relato de dor orofacial 17% têm um diagnóstico de dor miofascial, 11 % de dor miofascial com limitação de abertura e 33 % não apresentam diagnóstico neste campo.

Por sua vez de acordo com a repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico de deslocamento do disco dos 51 indivíduos com relato de dor orofacial 27% têm um diagnóstico de deslocamento de disco e 34% não apresentam diagnóstico neste campo.

Por fim de acordo com a repartição da amostra de indivíduos com dor orofacial, por diagnóstico de problema articular, dos 51 indivíduos com relato de dor orofacial 13% têm um diagnóstico de artralgia e 48 % não apresentam diagnóstico neste campo.

3) Associação entre a Depressão (SCL-90R) com DTM (RDC/TMD)

Para verificarmos esta associação recorreremos à análise estatística utilizando 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 diagnóstico de DTM e a presença de dor orofacial do RDC/TMD

Para verificarmos a existência de relação o diagnóstico de DTM 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 a presença de dor orofacial e o diagnóstico de disfunção Temporomandibular.

	Diagnóstico DTM
Nível de Significância	0,005

Tabela 3 – Teste de Mann-Whitney

3.2) Associação entre o género e a presença de diagnóstico de depressão

Para verificarmos a existência de relação do género e a presença de depressão 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 entre o género e o diagnóstico de depressão.

	Depressão
Nível de Significância	0,03

Tabela 4 – Teste de Mann-Whitney

Discussão

Discussão

Os médicos dentistas têm um papel importante e preponderante no tratamento e diminuição dos sintomas da Disfunção Temporomandibular.

Actualmente a DTM afecta cerca de 12% da população, ⁽⁷⁾ e conclui-se que a maioria dos portadores da disfunção apresentam desordens psicológicas, especialmente a depressão. ⁽¹¹⁻¹³⁾

Esta perturbação mental é uma das mais vulgares e constitui actualmente um problema de saúde pública. ⁽²⁾

Assim torna-se muito importante para o médico conhecer a importância e o modo como esta perturbação actua, pois ela pode influenciar de modo decisivo o tipo de tratamento a ser oferecido ao paciente. ⁽¹²⁻¹³⁾

Já em 1986, Kleinknecht et al. ⁽⁵⁷⁾ concluíram que houve significância em relação aos sintomas de DTM e dor no exame, podendo indiciar estados depressivos.

Mais tarde em 1992, Bonacci et al. ⁽⁶⁰⁾ examinaram 100 pacientes numa abordagem multidisciplinar e concluíram que apesar da maioria dos pacientes que procuram tratamento ser do género feminino, mulheres e homens apresentam componentes psicológicos semelhantes.

Esta conclusão vem corroborar os nossos resultados pois também não obtivemos diferenças estatisticamente significativas entre o resultado do género masculino e feminino.

Por outro lado não conseguimos obter resultados estatisticamente significativos como os estudos de Alencar (1997), ⁽¹¹⁾ Oliveira (1998), ⁽¹²⁾ Glaros em 2000, ⁽⁶⁴⁾ e Figueira (2001) ⁽¹³⁾ que comprovam a presença de factores psicológicos, especialmente da depressão, em pacientes portadores de Disfunção Temporomandibular.

O nosso estudo vai ao encontro dos resultados de Bonjardim et al. ⁽⁷¹⁾ que tal como nós não encontraram uma correlação significativa entre a DTM e a depressão.

Como já foi referido este estudo pretendia comprovar a presença de factores psicológicos, especialmente da depressão em pacientes portadores de DTM.

Com esse objectivo foram usados os índices de SCL-90R e RDC/TMD eixo I e eixo II.

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

Foram analisados os componentes seguintes: presença de dor orofacial, diagnóstico de dor miofascial, deslocamento de disco e problemas articulares, abertura indolor não assistida, sons articulares, palpação muscular e articular, idade, sexo; e foram então associados estatisticamente com a presença de depressão.

A associação estatística destes parâmetros foi feita pelo uso dos testes não paramétricos de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, procurando valores de nível de significância $<0,05$.

Foram feitas diversas associações entre os parâmetros atrás referidos, e verificou-se que apenas houve uma relação estatisticamente significativa em dois parâmetros.

Assim foi possível encontrar relação entre: diagnóstico da DTM e a presença de dor orofacial e entre o género e a depressão.

Os nossos resultados não vão de encontro aos estudos que comprovar a presença da depressão em pacientes portadores de DTM.

Contudo, convém referir que se a amostra fosse maior a relação entre outros parâmetros explorados poderia ser estatisticamente significativa.

Conclusão

Conclusão

Este estudo tem como objectivo comprovar a presença de factores psicológicos, especialmente da depressão em pacientes portadores de DTM.

No entanto não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa ($P < 0,05$).

Por outro lado encontrámos uma relação estatisticamente significativa (nível de significância inferior a 0,05) entre:

- 1) O diagnóstico de DTM e a presença de dor orofacial;
- 2) A associação entre o género do paciente e o diagnóstico de depressão.

O aumento da amostra e a complementaridade do diagnóstico clínico da depressão ao questionário SCL-90R seriam uma mais valia para o sucesso de um futuro estudo complementar.

Bibliografia

Bibliografia

1. WHO. World Health Organization. [Online] [Citação: 5 de Abril de 2011.] www.who.int/en/
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Kalia M. Neurobiological basis of depression: an update. *Metabolism*. 2005 May
4. Lyness JM. Depression: epidemiology and pathogenesis. In: UpToDate, Basow DS(Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009; 54(5 Suppl 1):24-7.
5. Nestler EJ, Barrot M, Dileone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron*. 2002 Mar; 34(1):13-25.
6. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature*. 2008 Oct; 455(7215): 894-902.
7. Michael T. Smith, et al. Sleep disorders and their association with laboratory pain sensitivity in temporomandibular joint disorder. *Sleep*. 2009, Vol. 32.
8. Vinicous 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.
9. Martins, Ronald Jefferson. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. *Rev. odonto. ciênc*. 2010, Vol. 25.
10. Koray Oral, et al. Etiology of temporomandibular disorder pain. *Derleme*. 2009, Vol. 21.
11. Alencar J.R, F.G. P. Fatores psicológicos nas disfunções craniomandibulares: estudo da relação entre graus de disfunção e escalas de ansiedade traço-estado. Dissertação (doutorado) – Universidade de São Paulo, Bauru, 1997, 179p.
12. Oliveira, M. F. V. Dor e depressão na meia idade: considerações sobre a depressão na dor da face (DTM) e dor facial atípica (DFA). *Insight*, v.91, 1998, p. 11-20.
13. Figueira, C. M. M. Avaliação da relação entre níveis de desordens temporomandibulares e prevalência de depressão psicológica. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002, 131p.
14. Vaz-Serra, A.(Coord.) (2003). *Medicina – Temas Actuais: Depressão*. Atral-Cipan
15. Montgomery, S.A. (1995). *Ansiedade e Depressão*. 2ª Ed, Lisboa: Climepsi Editores.

16. Pelicier, Y. (1993). The Strange Malaise We Call Depression. WPA Teaching Bulletin on Depression, World Psychiatric Association, 1, 2, 3-4.
17. Helmchen, H. (1993). The Expression of Depressive Illness. WPA Teaching Bulletin on Depression, World Psychiatric Association, 1, 2, 1-2.
18. Association, American Psychiatric. PRACTICE GUIDELINE FOR THE: Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3ª Edição, 2010.
19. Organization, World Health. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2007.
20. Nestler EJ, Barrot M, Dileone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron*. 2002 Mar; 34(1):13-25
21. Lorenzetti V, Allenb NB, Fornitoa A, Yucel M. Structural brain abnormalities in major depressive disorder: a selective review of recent MRI studies. *Journal of Affective Disorders*. 2009 Sep; 117(1-2):1-17.
22. Zandio M, Ferrin M, Cuesta MJ. Neurobiology of depression. *An Sist SanitNavar*. 2002; 25 Suppl 3:43-62.
23. Maletic V, Raison CL. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Front Biosci*. 2009 Jun; 14: 5291-338.
24. Maletic V, Robinson M, Oakes T, Iyengar S, Ball SG, Russel J. Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *Int J Clin Pract*. 2007 Dec; 61(12): 2030-40.
25. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature*. 2008 Oct; 455(7215): 894-902.
26. Turek FW. From circadian rhythms to clock genes in depression. *Int Clin Psychopharmacol*. 2007 Oct; 22 Suppl 2:S1-8.
27. Benca RM, Peterson MJ. Insomnia and depression. *Sleep Med*. 2008 Sep; 9 Suppl 1:S3-9.
28. National Institutes of Health Technology Assessment Conference on Management of Temporomandibular Disorders. Bethesda, Maryland, April 29-May 1, 1996. Proceedings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997 Jan;83(1):49-183.
29. Suvinen TI, Reade PC, Kemppainen P, Kononen M, Dworkin SF. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. *Eur J Pain*. 2005 Dec;9(6):613-33.

30. McNeill C. History and evolution of TMD concepts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997 Jan;83(1):51-60.
31. Goldstein BH. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999 Oct;88(4):379-85.
32. Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent.* 2002 Nov;88(5):479-84
33. Glaros AG. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2008 Sep;33(3):161-71.
34. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. *N Engl J Med.* 2008 Dec 18;359 (25): 2693-705.
35. Faria CAS. Estudo de sinais, sintomas e diagnósticos clínicos em doentes com DTM.: ISCSN; 2007.
36. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord.* 1992;6.
37. DeBoever JA, Carlsson GE. Etiologia e diagnóstico diferencial. In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. *Desordens da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação.* São Paulo: Santos, 2000. p. 171-187.
38. Costen JB. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1934;43:1-15
39. Clark GT. Diagnosis and treatment of painful temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am* 1987; 31:645-674
40. Clark GT, Adler R. A critical evaluation of occlusal therapy: occlusal adjustment procedure. *J Am Dent Assoc* 1985; 110:743-750.
41. McCreary CP, Clark TG, Merrill RL, Flack V, Oakley ME. Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain* 1991; 44:29-34
42. Laskin DM. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc* 1969;79:147-153.
43. Dahlström L, Widmark G, Carlsson SG. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. *Eur J Oral Sci* 1997; 105:377-383.

44. Dworkin SF, Turner JA, Wilson L, Massoth D, Whitney C, Huggins KH, Burgess J, Sommers E, Truelove E. Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. *Pain* 1994 Nov;59(2):175-87
45. Raphael KG. Psychological aspects of orofacial pain: temporomandibular disorders. In: Giamberardino MA. *Pain - an update review: refresher course syllabus*. Seattle:IASP Press; 2002. p. 459-466
46. Okeson JP. Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: *Dor orofacial guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessence; 1998. p.113-184.
47. Pertes RA, Bailey DR. Conceitos gerais de diagnóstico e tratamento. In: Pertes RA, Gross SG. *Tratamento clínico das desordens temporomandibulares e da dor orofacial*. São Paulo: Quintessence; 2005. p. 59-68
48. Pertes RA, Bailey DR. Desordens da articulação temporomandibular. In: Pertes RA, Gross SG. *Tratamento clínico das desordens temporomandibulares e da dor orofacial*. São Paulo: Quintessence; 2005. p. 69-89
49. Lindroth JE, SchmidtJE, Carlson CR. A comparison between masticatory muscle pain and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J Orofac Pain* 2002; 16: 277-283.
50. Stohler CS, Muscle-related temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1999;13:273-284
51. Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Ferrando M, Poveda R, Bagán JV. Multidimensional approach to the differences between muscular and articular temporomandibular patients: coping, distress, and pain characteristics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102:40-46.
52. Carlson CR, Reid KI, Curran SL, Studs J, Okeson JP, Falace D, Nitz A, Bertrand PM. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. *Pain* 1998; 76:207-307
53. Korszun A, Hinderstein B, Wong M. Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:496-500
54. Mock D. The Differential diagnosis of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1999;13:246-250.
55. Moss RA, Adams HE. The assessment of personality, anxiety and depression in mandibular pain dysfunction subjects. *J Oral Rehabil*. 1984 May;11(3):233-5.

56. Gerke DC, Richards LC, Goss AN. Discriminant function analysis of clinical and psychological variables in temporomandibular joint pain dysfunction. *Aust Dent J.* 1989 Feb; 34(1):44-8.
57. Kleinknecht RA, Mahoney ER, Alexander LD, Dworkin SF. Correspondence between subjective report of temporomandibular disorder symptoms and clinical findings. *J Am Dent Assoc.* 1986 Aug; 113(2):257-61
58. LeResche L, Dworkin SF. Facial expressions of pain and emotions in chronic TMD patients. *Pain.* 1988 Oct; 35(1):71-8.
59. Basset DL, Gerke DC, Goss AN. Psychological factors in temporomandibular joint dysfunction: depression. *Aust Prosthodont J.* 1990; 4:41-5.
60. Bonacci CE, Syrop SB, Gold N, Israel H. Temporomandibular / facial pain. An epidemiological report. *N Y State Dent J.* 1992 May;58 (5):30-3
61. Shiau YY, Chang C. An epidemiological study of temporomandibular disorders in university students of Taiwan. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992 Feb;20 (1):43-7
62. Ohrbach R, Dworkin SF. Five-year outcomes in TMD: relationship of changes in pain to changes in physical and psychological variables. *Pain.* 1998 Feb;74 (2-3):315-26
63. Meldolesi G, Picardi A, Accivile E, Toraldo di Francia R, Biondi M. Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. A controlled investigation. *Psychother Psychosom.* 2000 NovDec; 69 (6):322-8.
64. Glaros AG. Emotional factors in temporomandibular joint disorders. *J Ind Dent Assoc.* 2000;79(4):20-3.
65. Manfredini AP, Silva AA, Vendite LL. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001;67(6):763-8
66. Auerbach SM, Laskin DM, Frantsve LM, Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001 June; 59(6):628-33
67. Cestari K, Camparis CM. Psychological factors: its importance in temporomandibular disorders diagnosis. *JBA J Bras ATM Ocl Dor Orofacial.* 2002 jan-mar; 2(5):54-60.
68. Gremillion HA, Waxenberg LB, Myers CD, Benson MB. Psychological considerations in the diagnosis and management of temporomandibular disorders and orofacial pain. *Gen Dent.* 2003 Mar-Apr; 51(2):168-72

- 69.** Eli I. Psychosocial factors in the etiology, diagnosis and management of temporomandibular disorders. *Alpha Omegan*. 2003 July; 96(2):20-3.
- 70.** Manfredini D, Bandettini di Poggio A, Cantini E, Dell'Osso L, Bosco M. Mood and anxiety psychopathology and temporomandibular disorder: a spectrum approach. *J Oral Rehabil*. 2004 Oct;31(10):933-40.
- 71.** Bonjardim LR, Gavião MB, Pereira LJ, Castelo PM. Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Int J Prosthodont*. 2005 July-Aug; 18(4):347-52
- 72.** Gatchel RJ, Stowell AW, Wildenstein L, Riggs R, Ellis 3rd E. Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder-related pain: a oneyear outcome study. *J Am Dent Assoc*. 2006 Mar; 137(3):339-47
- 73.** Mongini F, Ciccone G, Ceccarelli M, Baldi I, Ferrero L. Muscle tenderness in different types of facial pain and its relation to anxiety and depression: A cross-sectional study on 649 patients. *Pain*. 2007 Sept;131(1-2):106-11.
- 74.** Nifosi F, Violato E, Pavan C, Sifari L, Novello G, Guarda Nardini L et al. Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial and temporomandibular joint pain: preliminary data. *Int J Psychiatry Med*. 2007; 37(3):283-300
- 75.** Dworkin SF, Questões psicossociais. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ. *Dor orofacial - da ciência básica à conduta clínica*. São Paulo: Quintessence; 2002.p. 115-127.
- 76.** Dworkin SF, Tuner JA, Mancl L, Wilson L, Massoth D, Huggins KH, LeResche L, Truelove E. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2002; 16:259-276.
- 77.** Derogatis, L. R. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) Administration, Scoring, and Procedures Manual, 3ª ed. Mineapolis: National Computer Systems. USA. 1994.
- 78.** Laloni DT. SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo. 2001; 1-214
- 79.** Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128:280-9.
- 80.** Pelz M, Merskey H. A description of the psychological effects of chronic painful lesions. *Pain* 1982; 14:293-301.

- 81.** Rief W, Fichter M. The Symptom Check List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders, and anorexia nervosa. *Psychopathology* 1992; 25(3):128-38.
- 82.** De Carvalho SA, Andrade MJ, Tavares MA, de Freitas JL. Spinal cord injury and psychological response. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20(6):353-9.
- 83.** Koeter MW. Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: a comparative study. *J Affect Disord* 1992; 24(4):271-9.
- 84.** Uhlenhuth EH, Alexander PE, Dempsey GM, Jones W, Coleman BS, Swiontek AM. Medication side effects in anxious patients: negative placebo responses? *J Affect Disord* 1998; 47(1-3):183-90.
- 85.** De Leeuw R, Bertoli E, Schmidt JE, Carlson CR. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in orofacial pain patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99(5):558-68.
- 86.** Arrindell WA, Barelds DP, Janssen IC, Buwalda FM, van der Ende J. Invariance of SCL-90-R dimensions of symptom distress in patients with peri partum pelvic pain (PPPP) syndrome. *Br J Clin Psychol* 2006;45(Pt 3):377-91.
- 87.** Kennedy BL, Morris RL, Pedley LL, Schwab JJ. The ability of the Symptom Checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q* 2001 Fall; 72(3): 277-88

Anexos

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Repartição da amostra por género.....	35
Gráfico 2 – Histograma representativo da idade dos sujeitos da amostra.....	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Repartição da amostra de acordo com a severidade da depressão.....	37
Tabela 2 – Repartição da amostra quanto à presença de dor orofacial.....	37
Tabela 3 – Teste de Mann-Whitney.....	39
Tabela 4 – Teste de Mann-Whitney.....	39

Lista de abreviaturas e siglas

DTM	Disfunção temporomandibular
ATM	Articulação temporomandibular
RDC/TMD	Critério de Diagnóstico para investigação de DTM
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
APA	Associação Americana de Psiquiatria
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFC	Córtex pré-frontal
HPA	Hipotálamo-hipofise-suprarrenal
AAOP	Academia Americana de Dor Orofacial
GGI	Questionário de Gerke-Goss
IBQ	Questionário de doença comportamental
SRQ	Questionário para triagem de transtornos mentais
CES-D	Escalas psicológicas para a depressão
BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
MMPI	Inventário de dor multi-dimensional
STAI	Questionário de estado de ansiedade
VAS	Escala visual analógica da dor
SCL-90R	Escala para auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional
BDI	Inventário de Depressão de Beck
PDI	Índice de incapacidade de dor
SRRS	Escala de avaliação social
MOODS-SR	Questionário para estudar o comportamento
PAS-SR	Questionário de fobia e pânico da Universidade de Pisa
CMI	Índice Craniomandibular
HAD	Escala de ansiedade e depressão
IP	Intervenção precoce
NI	Não intervenção
HDRS	Escala de Depressão de Hamilton
HARS	Escala de Ansiedade de Hamilton
IASP	Associação internacional para o estudo da dor

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – PÓLO DE VISEU

CONSENTIMENTO INFORMADO

“Depressão e a relação com a DTM”

Eu, Rafael Correia Paiva, aluno do 5ºano do Mestrado integrado em Medicina Dentária, venho por este meio comunicar que farei um estudo em pacientes seleccionados da consulta do serviço de Medicina Dentária da Clínica Universitária, com o objectivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, onde será realizado um exame clínico e um questionário.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores deste projecto sendo o seu nome codificado.

A participação neste estudo não implicará qualquer encargo para o paciente e não será efectuado nenhum tratamento.

Obrigado pela colaboração

Eu, _____ fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) e autorizo a utilização da informação deste questionário e exame clínico para o estudo estatístico desta investigação.

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis o aluno Rafael Paiva e o Mestre Octávio Ribeiro.

Viseu, _____ de _____ de 2012

Assinatura do paciente Assinatura do Aluno Assinatura do Co-Orientador

SCL – 90 – R

Nome: _____ Processo

INSTRUÇÕES: Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE _____ INCLUINDO O DIA DE HOJE. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma pergunta por responder.

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:	Nunca 0	Pouco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremamente 4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tensão interior					
3. Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de desmaio ou tonturas					
5. Perda do interesse ou prazer sexual					
6. Sentir-se criticado pelos outros					
7. Ter a impressão de que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão de que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado com a sujidade ou com a falta de cuidado					
11. Sentir-se facilmente irritado ou zangado					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Choro fácil					
21. Sentir timidez ou falta de vontade perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de temperamento que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas (cruzes)					
28. Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas					

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado em demasia					
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza de que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado ou comentado pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldades em tomar decisões					
47. Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar)					
49. Afrontamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de cabeça vazia					
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiros) no corpo					
53. Nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso ou aflito					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito					
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções, como tocar, contar ou lavar-se					
66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ataques de terror ou de pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor					
80. Ter a sensação de que algo mau lhe está para acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca de sexo que o incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo					
88. Nunca se sentir “próximo” de outra pessoa					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente					

Nome _____ N.º _____

Diagnóstico _____

NOTAS DOS FACTORES DO SCL – 90 – R

Somatização		Ob-compulsões		Sen. Interpessoal		Depressão		Ansiedade		Hostilidade	
ITEM	NOTA	ITEM	NOTA	ITEM	NOTA	ITEM	NOTA	ITEM	NOTA	ITEM	NOTA
1	TOTAL ÷12=	3	TOTAL ÷10=	6	TOTAL ÷9=	5	TOTAL ÷13=	2	TOTAL ÷10=	11	TOTAL ÷6=
4		9		21		14		17		24	
12		10		34		15		23		63	
27		28		36		20		33		67	
40		38		37		22		39		74	
42		45		41		26		57		81	
48		46		61		29		72		TOTAL	
49		51		69		30		78		÷6=	
52		55		73		31		80			
53		65		TOTAL		32		86			
56		TOTAL		÷9=		54		TOTAL			
58		÷10=				71		÷10=			
TOTAL						79					
÷12=			TOTAL								
			÷13=								
Ans-Fóbica		Idea-Paranóide		Psicoticismo		Escala Adicionais				IND GER SINT	
ITEM	NOTA	ITEM	NOTA	ITEM	NOTA	ITEM		NOTA	FACTOR	TOTAL	
13		8		7		19	Apetite –		Somat		
25		18		16		60	Apetite +		Ob-comp		
47		43		35		44	Sono P M		Sen-Int		
50		68		62		64	Sono A M		Depr		
70		76		77		66	Sono Agitado		Ansiedade		
75		83		84		59	Pens. Morte		Hostilidade		

82		TOTAL		85		89	Culpa		Ans-Fób	
TOTAL		÷6=		87					Idea-Para	
÷7=				88			TOTAL		Psicot	
				90					Adicion	
				TOTAL					TOTAL	
				÷10=					÷90=	

Número de Sintomas Positivos	NSP		Número de itens com nota superior a 0
Índice de Sintomas Positivos	ISP		Total - NSP

Instruções para o Exame Clínico RDC/TMD

1. Marque com um círculo a resposta correcta. Se o sujeito indica dor na linha média registre como “ambos”.

2. Marque com um círculo a resposta correcta. Se não é claro se o sujeito está a indicar a articulação ou músculo, pressione a área indicada previamente pelo sujeito o mais levemente possível para indicar correctamente o sítio anatómico.

Por exemplo, se o sujeito indica dor na articulação, mas o examinador identifica o sítio como muscular, regista-se a observação do examinador.

3. *Padrão de Abertura.* Instruções gerais: Peça ao sujeito para posicionar a mandíbula confortavelmente. (*“Coloque a sua mandíbula numa posição confortável com os dentes a tocar ligeiramente”*) Coloque o seu polegar no lábio inferior do sujeito e baixe-o de modo que possa ver os dentes inferiores, isto facilitará a observação de desvio da linha média. Peça ao sujeito para abrir a boca o máximo possível, mesmo que sinta dor. (*“Gostaria que abrisse a boca o máximo possível, mesmo que seja um pouco doloroso”*) Se o grau de desvio não é claro, use uma régua milimétrica mantida entre verticalmente entre as linhas interincisivas superior e inferior (ou marque a linha média nos incisivos centrais inferiores se estas não coincidem) como uma guia. Peça ao sujeito para abrir a boca três vezes. Se o sujeito exibe mais de um padrão de abertura peça para repetir as três aberturas e marque de acordo com os seguintes critérios (nota: apenas se está a avaliar o padrão de abertura):

a. *Recto:* Se não há nenhum desvio perceptível durante a abertura.

b. *Desvio lateral à esquerda ou à direita:* Para desvios unilaterais na abertura máxima, determine para qual lado se desvia a mandíbula e registre-o.

c. *Desvio corrigido (desvio em “s”):* O sujeito apresenta um desvio perceptível para o lado direito ou para o esquerdo mas que se corrige antes ou quando atinge a abertura máxima não assistida.

d. *Outros:* Se o sujeito apresenta um movimento irregular (não uniforme ou não contínuo) ou tem um padrão de abertura diferente dos anteriores; indique-o e descreva o tipo de movimento. Se tem mais de um padrão de abertura, use esta categoria e escreva “mais de um”.

4. *Extensão de movimento vertical mandibular:* Se o sujeito é portador de prótese total ou parcial e a mesma está desajustada, pressione a prótese contra o rebordo para todas as medições de abertura.

a. *Abertura (mandibular) não assistida sem dor*

i. *Obtenção da medida.* Peça ao sujeito que coloque a mandíbula numa posição confortável (*“Coloque a sua mandíbula numa posição confortável.”*). Peça ao sujeito que abra a boca o mais que puder (não assistido) sem que sinta nenhuma dor. (*“Gostaria que abrisse a boca o máximo possível sem que sinta nenhuma dor.”*) Posicione o bordo da régua milimétrica no bordo incisal do incisivo central superior que esteja mais vertical e meça a distância até ao bordo incisal do incisivo inferior; registre esta medida. Indique no formulário qual dos incisivos foi escolhido. Se o sujeito não abriu a boca pelo menos 30 mm, repita o procedimento de modo a

assegurar que o sujeito compreendeu as instruções. Se a segunda abertura continuar inferior a 30 mm registre a medida.

b. Abertura (mandibular) máxima não assistida

i. *Obtenção da medida.* Peça ao sujeito que coloque a mandíbula numa posição confortável (*“Coloque a sua mandíbula numa posição confortável.”*) De seguida, peça ao sujeito para abrir a boca o máximo possível, mesmo que sinta alguma dor. (*“Gostaria que abrisse a boca o máximo possível, mesmo que sinta alguma dor”*) Posicione o bordo da régua milimétrica no bordo incisal do incisivo central superior que

esteja mais vertical e meça a distância até ao bordo incisal do incisivo inferior; registre esta medida.

ii. *Dor.* Pergunte ao sujeito se sentiu dor durante a abertura máxima não assistida. (*“Sentiu alguma dor quando abriu a boca desta vez?”*) Anote se teve dor ou não e a sua localização. A localização é registada de duas formas: se é do lado esquerdo e/ou direito e se é ou não nas articulações.

Duas anotações são necessárias para as perguntas 4.b e 4.c para avaliar a dor: registre o lado da dor como “Ausente” (0), “Direita” (1), “Esquerda” (2) ou “Ambos” (3). Registe, também, se a dor na articulação está “Presente” (1) ou “Ausente” (0). Se o sujeito não teve dor marque “NA” (9) para a sua localização. Se o sujeito indica pressão ou tensão registre como “Ausente”.

c. Abertura (mandibular) máxima assistida

i. *Obtenção da medida.* Peça ao sujeito que coloque a mandíbula numa posição confortável (*“Coloque a sua mandíbula numa posição confortável.”*) De seguida, peça ao sujeito para abrir a boca o máximo possível, mesmo que sinta alguma dor. (*“Gostaria que abrisse a boca o máximo possível, mesmo que sinta alguma dor”*) Depois de o sujeito abrir a boca, coloque o seu polegar no bordo dos incisivos superiores e, de forma cruzada, coloque o indicador sobre os incisivos centrais mandibulares. Desta forma, conseguirá uma acção de alavanca suficiente para forçar uma abertura mandibular maior. Use pressão moderada, mas sem forçar a mandíbula. (*“Eu estou a verificar se consigo abrir a sua boca uma pouco mais mas páro se levantar a sua mão”*) Com a régua milimétrica meça verticalmente desde o bordo incisal do incisivo central superior de referência até ao bordo incisal do incisivo inferior; registre a medida.

ii. *Dor.* Registe se o sujeito sente dor, ou não, e a sua localização. (*“Sentiu alguma dor quando tentei abrir mais a sua boca com os meus dedos?”*) Registe a localização da dor da mesma forma que a abertura máxima não assistida. Se o sujeito indica sensação de pressão ou tensão, registre como “Ausente”.

d. *Trespasse vertical.* Peça ao sujeito que feche a boca mantendo os dentes completamente juntos. Com um lápis marque uma linha no incisivo central inferior ao nível do bordo do incisivo central superior de referência. Meça a distância desde o bordo incisal do incisivo inferior até à linha marcada e registre a medida.

5. *Palpação de sons articulares durante o movimento vertical*

Instruções gerais. O sujeito indicará a presença ou ausência de sons; se presente, os examinadores anotam o tipo de som observado.

Coloque o dedo indicador esquerdo sobre a ATM direita do sujeito e o dedo indicador direito sobre a ATM esquerda do sujeito (área pré-auricular). O dedo direito é colocado anterior ao tragus do ouvido. Peça ao sujeito que abra lentamente o máximo possível, mesmo que cause dor. Após fechar a boca, o sujeito deve colocar os dentes em contacto na máxima intercuspidação. Peça ao sujeito: *“Enquanto tenho os meus dedos sobre a sua articulação, gostaria que abrisse a sua boca lentamente o máximo possível e de seguida que fechasse lentamente até que os seus dentes estejam completamente juntos.”* Peça ao sujeito para abrir e fechar três vezes. Registe o som que a articulação produz na abertura ou fecho tal como é detectado na palpação e de acordo com os parâmetros definidos abaixo.

a. Definição de sons

0 = Nenhum

1 = Estalido. Um som preciso, de curta e limitada duração com um claro começo e fim, e que usualmente soa como “click.” Marque esta questão apenas se o estalido ocorre em dois de três movimentos seguidos de abertura e fecho.

2 = Crepitação grosseira. É um som contínuo, num largo período de tempo durante o movimento mandibular. Não é breve como o estalido ou o ressaltado; o som pode fazer um ruído contínuo sobreposto. É o som de osso contra osso ou de pedra contra pedra.

3 = Crepitação fina. É um som fino, contínuo durante um longo período de movimento mandibular de abertura ou fecho. Não é breve como o estalido: o som pode apreciar-se como um ruído sobreposto contínuo. Pode ser descrito como um som fino contra uma superfície áspera.

b. Avaliação do estalido. Apesar de muitos dos seguintes tipos de sons não serem pertinentes para critérios de diagnóstico específicos, esta lista exaustiva de definições é útil para delinear e descrever os mesmos.

i. *Estalido reproduzível no movimento de abertura.* Se durante os movimentos de abertura e fecho desde a máxima intercuspidação, um estalido é notado em dois de três movimentos de abertura, registe-o como um estalido positivo de abertura.

ii. *Estalido reproduzível no movimento de fecho.* Um estalido presente em dois de três movimentos de fecho.

iii. *Estalido recíproco reproduzível.* A presença deste som é determinada pela medição em milímetros do estalido durante os movimentos de abertura e fecho. Igualmente, a eliminação de ambos os estalidos, de abertura e de fecho, determina-se quando o sujeito abre e fecha a boca em protrusão. Com a régua milimétrica meça a distância interincisal na qual se escuta o estalido no movimento de abertura e fecho. Meça da forma explicada no ponto 4. Se o estalido cessa e por isso não pode ser medido, deixe o espaço correspondente vazio. (A análise computadorizada indicará que não é um estalido recíproco;

apesar do estalido ter existido, a sua presença não é constante). Avaliar a eliminação do estalido na abertura protrusiva máxima.

De seguida peça ao sujeito para abrir e fechar a boca a partir desta posição protruída da mandíbula. O estalido de abertura e fecho normalmente é eliminado. Marque “Sim” (1) se o estalido puder ser eliminado durante a abertura e o fecho numa posição mais protruída. Se o estalido não for eliminado, marque “Não” (0). Se não se escuta o estalido marque “NA” (9).

iv. *Estalido não reproduzível (não registar)*. Um estalido não reproduzível está presente, se o som só aparece periodicamente durante a abertura ou fecho e não pode ser reproduzido em pelo menos dois de três movimentos mandibulares completos. Mais de um som pode ser registado, sobretudo para abertura (a) e fecho (b). se for registado Nenhum (0), não pode marcar-se outra resposta.

6. Movimentos excursivos mandibulares.

a. Excursão lateral direita.

i. *Obtenção da medida*. Peça ao sujeito que abra ligeiramente a sua boca e mova a mandíbula o mais possível para a direita, mesmo sendo desconfortável. Se necessário, repita o movimento. (*Exemplo: “Mova a sua mandíbula tão longe quanto possível para a direita, mesmo sendo desconfortável, regressando em seguida à sua posição normal. Mova a sua mandíbula para a direita novamente.”*) Com os dentes levemente separados, use uma régua milimétrica para medir desde o espaço interdentário dos incisivos centrais superiores até ao espaço interdentário dos incisivos mandibulares. Registe esta medida.

ii. *Dor*. Pergunte ao sujeito se teve dor. Registe se o sujeito sentiu dor e a localização. A localização é registada de duas formas: se se trata do lado esquerdo e/ou direito e especificamente se tem, ou não, dor na articulação. Dois registos são necessários para as questões 6.a à 6.c para avaliar a dor: registe o lado da dor como “Ausente” (0), “Direita” (1), “Esquerda” (2) ou “Ambos” (3). Registe, também, se a dor na articulação está “Presente” (1) ou “Ausente” (0). Se o sujeito não sente dor marque “NA” (9). (*“Sentiu alguma dor quando moveu a sua mandíbula para o lado?”*) Se o sujeito referiu pressão ou tensão, registe como “Nenhum”.

b. Excursão lateral esquerda.

i. *Obtenção da medida*. Peça ao sujeito que mova a mandíbula o mais possível para o outro lado (esquerdo). (*“Gostaria, agora, que movesse a sua mandíbula tão longe quanto possível para o outro lado regressando em seguida à sua posição normal”*) Registe esta medida da mesma forma que a excursão direita.

ii. *Dor*. Pergunte ao sujeito se teve dor. Registe se o sujeito sentiu dor e a localização. (*“Sentiu alguma dor quando moveu a sua mandíbula para o lado?”*) Registe a localização tal como na excursão direita. Se o sujeito referiu pressão ou tensão, registe como “Nenhum”.

c. Protrusão.

i. *Obtenção da medida*. Peça ao sujeito para abrir levemente e protruir a mandíbula. (*“Deslize a mandíbula para a frente tão longe quanto possível, mesmo sendo desconfortável.”*) Se o sujeito tem sobremordida, peça-lhe para abrir de modo que possa protruir sem ter interferência dos incisivos.

ii. *Dor.* Pergunte ao sujeito se teve dor. Registe se o sujeito teve dor, ou não, e a sua localização. (“*Sentiu alguma dor quando moveu a sua mandíbula para a frente?*”) Registe a localização da dor tal como na excursão direita. Se o sujeito referiu pressão ou tensão, registe como “*Nenhum*”.

d. *Desvio da linha média.* Se os espaços interdentários dos incisivos maxilares e mandibulares não coincidirem verticalmente, determine a diferença horizontal entre os dois com os dentes do sujeito em oclusão. Registe, em milímetros, a distância entre as duas linhas. Se o desvio da linha média é inferior a 1 mm, ou não existe desvio, marque “00”.

7. Sons da articulação temporomandibular à palpação durante as excursões laterais e protrusão.

Peça ao sujeito para mover a mandíbula para a direita, para a esquerda e para a frente (ver item 6).

a. *Definição de sons.* Ver item 5

b. *Avaliação dos estalidos.*

i. *Estalido reproduzível durante as excursões laterais e de protrusão.* Ocorre quando a ATM tem um estalido em dois de três movimentos laterais ou protrusivos da mandíbula.

ii. *Estalido não reproduzível durante as excursões laterais e de protrusão.* Um estalido não reproduzível está presente se o estalido só ocorre periodicamente durante movimentos laterotrusivos ou protrusivos e não podem ser reproduzidos em pelo menos dois de três movimentos. Não marcar.

C. Instruções gerais para palpação dos músculos e da articulação.

1. Para determinar a presença de dor durante o exame dos músculos e da articulação é necessário pressionar em locais específicos usando a ponta dos dedos indicador e médio, ou apenas a ponta do dedo indicador, com pressão estandardizada da seguinte forma: a palpação deve ser realizada aplicando 2 libras (1 libra = 453,592 gramas) de pressão para os músculos extra-orais e 1 libra de pressão na ATM e músculos intra-orais.

Palpar os músculos de um lado e com a mão oposta apoiar a cabeça para conseguir maior estabilidade. A mandíbula do sujeito deve estar numa posição de repouso, sem existir contactos dentários. Palpar os músculos enquanto estão num estado passivo. Sempre que necessário, peça ao sujeito para apertar ligeiramente os dentes e relaxar de modo a identificar a localização do músculo e assegurar a palpação no sítio correcto.

(“Vou fazer pressão sobre alguns músculos. Gostaria que apertasse suavemente os dentes e em seguida relaxasse deixando os dentes ligeiramente separados.”)

Primeiro localize o sítio da palpação usando as indicações anteriores e, posteriormente, pressione. Uma vez que a localização e sensação de dor pode variar de um indivíduo para outro, é importante palpar múltiplas áreas do músculo para determinar a presença de dor. Antes de começar a palpar diga ao sujeito:

“Na próxima parte do exame gostaria que anotasse se sente dor ou pressão quando palpo ou pressiono certas áreas da sua cabeça e face.” Peça ao sujeito para indicar se a palpação é dolorosa ou se apenas sente pressão. Se é dolorosa, peça ao sujeito para indicar se a dor é suave, moderada ou severa. Se o sujeito não é claro ou refere pressão, registre apenas como “Sem dor”.

2. Descrição de localizações específicas de músculos extra-orais (2 libras de pressão digital) *(1 libra de pressão digital)

a. Temporal (Posterior). Palpe as fibras posteriores por detrás e directamente acima das orelhas. Peça ao sujeito que aperte os dentes e depois relaxe de modo a ajudar a identificar o músculo. Percorra, com os dedos, a face do sujeito (medialmente) até ao bordo anterior da orelha.

b. Temporal (Médio). Palpe as fibras na depressão óssea aproximadamente 4-5 cm lateral ao bordo externo da sobrancelha.

c. Temporal (Anterior). Palpe as fibras sobre a fossa infratemporal, imediatamente acima da apófise zigomática. Peça ao sujeito para apertar os dentes e relaxar de modo a ajudar a identificar o músculo.

d. Origem do Masseter. Peça ao sujeito primeiramente para apertar os dentes e depois relaxar de modo a observar a localização do masseter. Palpe a origem do músculo começando na área 1 cm imediatamente anterior à ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático. Palpe em direcção anterior até chegar ao bordo anterior do músculo.

e. Corpo do Masseter. Comece imediatamente abaixo da apófise zigomática, no bordo anterior do músculo. Palpe desde aqui, para baixo e para trás, em direcção ao ângulo da mandíbula percorrendo uma superfície de aproximadamente 2 dedos de largura.

f. Inserção do Masseter. Palpe a área localizada 1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula.

g. Região Mandibular Posterior (Estilohiódea/Digástrico Anterior)*. Peça ao sujeito que incline a cabeça um pouco para trás. Localiza a área entre a inserção do músculo esternocleidomastóideu e o bordo posterior da mandíbula. Posicione os dedos de modo que se dirija medialmente e para cima (não sobre da mandíbula). Palpe a área imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula.

h. Região Submandibular (Pterigóideu Medial, Suprahiódeu, Digástrico Anterior)*. Localize o local por baixo da mandíbula, num ponto 2 cm anterior ao ângulo da mandíbula. Palpe superiormente, avançando em direcção à mandíbula.

Se o sujeito refere dor intensa nesta área, tente determinar se é dor muscular ou nodular. Se é dor nodular, registre no formulário.

3. Descrição de localizações específicas de palpação articular. (1 libra de pressão digital)

a. Pólo Lateral. Coloque o seu dedo indicador anteriormente ao tragus do ouvido e sobre a ATM do sujeito. Peça ao sujeito para abrir ligeiramente a boca até sentir a translação do pólo lateral do côndilo para a frente. Use 1 libra de pressão no lado que está a ser palpado, suportando a cabeça com a mão contrária.

b. Inserção Posterior. Este local pode ser palpado intrameatalmente. Coloque o dedo mínimo direito dentro do meato acústico externo esquerdo do sujeito e o dedo mínimo esquerdo no meato direito. Vire a ponta dos dedos para o examinador e peça ao sujeito que abra ligeiramente a boca (ou amplamente se necessário) para sentir o movimento da articulação com a ponta dos dedos. Pressione firmemente o lado direito e depois o esquerdo com os dentes do sujeito completamente encostados.

(Troque de luvas)

4. Descrição de localizações específicas de palpação intra-oral (1 libra de pressão digital).

Explique ao sujeito que irá palpar o interior da boca: (*“Agora, vou palpar dentro da sua boca. Enquanto faço isso, gostaria que mantivesse a sua mandíbula numa posição relaxada.”*)

a. Área Pterigóideu Lateral. Antes de palpar, assegure-se que a unha do dedo indicador está curta de modo a evitar falsos positivos. Peça ao sujeito para abrir a boca e mover a mandíbula para o lado que está a ser examinado.

(*“Mova a sua mandíbula em direcção a esta mão.”*)

Coloque o dedo indicador lateralmente ao rebordo alveolar acima dos molares maxilares. Mova o dedo distalmente, superiormente e medialmente para realizar a palpação. Se o dedo indicador é muito grande use o dedo mínimo (quinto dedo).

b. Tendão do Temporal. Após terminar o pterigóideu lateral rode o dedo indicador lateralmente até chegar perto da apófise coronóide, peça ao sujeito para abrir ligeiramente e mova o seu dedo indicador para cima até ao bordo anterior da apófise coronóide. Palpe a porção mais superior da apófise. *Nota:* em alguns sujeitos é difícil determinar se estão a sentir dor no pterigóideu lateral ou no tendão do temporal, então rode o dedo indicador e palpe medialmente e lateralmente. Se ainda persistir dificuldade, o pterigóideu lateral é, normalmente, o mais sensível dos dois.

Exame Clínico RDC-TMD

Nome		Data		Observador		
I. História						
Presença de dor facial		0 SEM DOR 1 DIREITA		2 ESQUERDA 3 AMBOS		
Localização da dor facial		Direita		Esquerda		
		Sem dor	Músculo	Articulação	Ambos	
		0	1	2	3	
		0	1	2	3	
II. Padrão de abertura					(5) Especificar:	
Recto		0	Desvio lateral esquerdo não corrigido		3	
Desvio lateral direito não corrigido		1	Desvio lateral esquerdo corrigido		4	
Desvio lateral direito corrigido		2	Ambos		5	
III. Extensão de movimento vertical		Dor lado direito		Dor lado esquerdo		
Incisivos de referência: 1.1/2.1		mm	Sem dor	Músculos	Articulação	
Abertura indolor não assistida						
Abertura máxima não assistida			0	1	2	
Abertura máxima assistida			0	1	2	
IV. Relações Incisais		mm	Desvio mandibular é: D E relativamente à maxila			
Trespasse vertical						
Trespasse horizontal						
Linha média						
V. Excursões		mm	Dor lado direito		Dor lado esquerdo	
			Sem dor	Músculos	Articulação	Ambos
Lateral direita			0	1	2	3
Lateral esquerda			0	1	2	3
Protrusão			0	1	2	3
VI. Sons articulares: abertura		Ruídos		Medição do estalido		
(> 2 de 3 observações, na palpação durante abertura)		Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve	
Esquerda: ABERTURA		0	1	1	1	
Esquerda: FECHO		0	1	1	1	
Direita: ABERTURA		0	1	1	1	
Direita: FECHO		0	1	1	1	
Sons: excursões		Sons direita		Sons esquerda		
(> 2 de 3 observações, na excursão)		Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve	
Excursão direita		0	1	1	1	
Excursão esquerda		0	1	1	1	
Protrusão		0	1	1	1	

VII. Palpação muscular e articular									
		DIREITA				ESQUERDA			
		Protocolo RDC				Protocolo RDC			
		Sem dor	suave	mod- erada	severa	Sem dor	suave	mod- erada	severa
Locais não dolorosos									
	Mastóide (porção lateral superior)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Frontal (em linha com a pupila, abaixo do cabelo)	0	1	2	3	0	1	2	3
	Vértex (1 cm lateral topo crânio)	0	1	2	3	0	1	2	3
Músculos extra-orais e cervicais									
	Temporal posterior ("parte de trás da têmpora")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Temporal médio ("meio da têmpora")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Temporal anterior ("parte anterior da têmpora")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Masseter origem ("bochecha/abaixo do zigomáti)co")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Masseter corpo ("bochecha/lado da face")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Masseter inserção ("bochecha/linha da mandíbula")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Região mandibular posterior ("mandíbula/ região da garganta")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Região submandibular ("abaixo do queixo")	0	1	2	3	0	1	2	3
Dor articular									
	Pólo lateral ("externo")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Inserção posterior ("dentro do ouvido")	0	1	2	3	0	1	2	3
Músculos intra-orais									
	Área do pterigóideu lateral ("área retromolar superior")	0	1	2	3	0	1	2	3
	Tendão do temporal ("tendão")	0	1	2	3	0	1	2	3