



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Localização e intensidade da dor e sintomas frequentes em portadores de disfunção temporomandibular crônica

Talita Marins de Oliveira Santos

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Santos, Talita Marins de Oliveira
S237 Localização e intensidade da dor e sintomas frequentes em portadores de
disfunção temporomandibular crônica / Talita Marins de Oliveira Santos.
Salvador: TMO, Santos, 2014.

vi; 42fls.

Professor orientador: Abrahão Fontes Baptista.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso
de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade
Federal da Bahia (UFBA).

1. Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. 2. Dor. 3.
Cefaleia; 4. Bruxismo; 5. Zumbido. I. Baptista,
Abrahão Fontes. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da
Bahia.
III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Localização e intensidade da dor e sintomas frequentes em portadores de disfunção temporomandibular crônica

Talita Marins de Oliveira Santos

Professor orientador: **Abrahão Fontes Baptista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

Monografia: *Localização e intensidade da dor e sintomas frequentes em portadores de disfunções crônicas temporomandibulares*, de **Talita Marins de Oliveira Santos**.

Professor orientador: **Abrahão Fontes Baptista**

COMISSÃO REVISORA:

- **Abrahão Fontes Baptista** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.
- **Marcio Cajazeira Aguiar**, Professor do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.
- **Margarida Celia Lima Costa Neves**, Professora do Departamento de Medicina e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia
- **Gleison Vieira Duarte**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

EQUIPE

- Talita Marins de Oliveira Santos, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: marinstalita@hotmail.com;
- Abrahão Fontes Baptista, Instituto de Ciências da Saúde/UFBA;
- Marion Alves do Nascimento Alves, Instituto de Ciências da Saúde/UFBA;
- Eulália Silva Dos Santos Pinheiro, Instituto de Ciências da Saúde/UFBA;
- Vanessa Franca de Almeida, Estudante de Medicina (FMB-UFBA);
- Lucas Araujo de Almeida, Estudante de Fisioterapia (UFBA);
- Jamille Evelyn Rodrigues Souza Santana, Estudante de Fisioterapia (UFBA).

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Instituto de Ciências da Saúde (ICS)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, **Abrahão Fontes Baptista**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futuro médico.
- ◆ À Doutoranda **Marion Alves Nascimento Alves** e à mestranda **Eulália Silva dos Santos Pinheiro** por todo o suporte durante a construção deste trabalho.
- ◆ Aos meus Colegas **Vanessa Franca de Almeida, Lucas Araujo de Almeida e Jamille Evelyn Rodrigues Souza Santana** pela colaboração na coleta de dados.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS E SIGLAS	2
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
III.1. Avaliação do paciente	6
III.2. A dor	6
III. 3. Sintomas associados	7
III.3.1 Cefaleia	7
III.3.2. Zumbido	8
III.3.3. Bruxismo	8
IV. METODOLOGIA	9
V. RESULTADOS	11
VI. DISCUSSÃO	16
VII. CONCLUSÕES	19
VIII. SUMMARY	20
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
X. ANEXOS	26
•ANEXO I: Termo de consentimento livre e esclarecido	26
•ANEXO II: Questionário <i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i> (RDC/TMD)	28
•ANEXO III: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira	38
•ANEXO IV: Protocolo De Pontuação Para Dor Crônica Avaliada do RDC/TMD	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Comparação entre as intensidades de dor referidas no momento do atendimento entre os grupos de pacientes com 3 sintomas e com bruxismo e cefaleia.	15
GRÁFICO 2: Comparação entre as intensidades da pior dor nos últimos 6 meses entre os grupos de pacientes com 3 sintomas e com bruxismo e cefaleia.	15
GRÁFICO 3: Comparação entre as médias de intensidades da dor nos últimos 6 meses entre os grupos de pacientes com 3 sintomas e com bruxismo e cefaleia.	15

TABELAS

TABELA 1: Características sociodemográficas.	11
TABELA 2: Características clínicas.	12
TABELA 3: Presença de cefaleia, zumbido e bruxismo conforme intensidade da dor.	13
TABELA 4: Presença de cefaleia, zumbido e bruxismo conforme localização da dor.	13
TABELA 5: Quantidade de sintomas relatados conforme intensidade da dor.	13
TABELA 6: Quantidade de sintomas relatados conforme localização da dor.	14

ÍNDICE DE SIGLAS

Disfunção temporomandibular	DTM
Articulação temporomandibular	ATM
<i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>	RDC/TMD
Universidade Federal da Bahia	UFBA
Intensidade característica da dor	ICD
Escala visual analógica	EVA

I. RESUMO

LOCALIZAÇÃO E INTENSIDADE DA DOR E SINTOMAS FREQUENTES EM PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR CRÔNICA. A disfunção temporomandibular (DTM) demonstra ser um distúrbio com origem multifatorial que envolve fatores físicos, sociais e psicológicos. Esses pacientes frequentemente apresentam dor facial e diversos sintomas associados, como cefaleia, bruxismo e zumbido. Contudo, mais estudos são necessários para analisar a relação entre a dor e os sintomas associados presentes nesses pacientes.

Objetivo: Descrever relações entre características da dor no paciente com DTM e cefaleia, bruxismo e zumbido. **Metodologia:** Foram estudados pacientes portadores de DTM crônica do Laboratório de Eletroestimulação Funcional da UFBA. A análise dos dados foi feita a partir do questionário RDC/TMD. **Resultados:** Foram atendidas 20 pacientes com idades entre 19 e 60 anos. A dor de alta intensidade foi observada em 15 pessoas da amostra enquanto 2 apresentaram dor de baixa intensidade. Dor muscular e articular (mista) foi referida por 14 (70%) dos pacientes. Os 3 sintomas foram vistos em 14 (70%) das pacientes. Todos os pacientes que referiram bruxismo também referiram cefaleia e estes foram os sintomas mais frequentes nesta amostra. **Discussão:** Este estudo demonstrou intensidade e localização da dor semelhante ao que foi demonstrado em outros trabalhos. As frequências de zumbido e bruxismo se mostraram semelhantes a de alguns estudos, porém mais elevada que as relatadas por outros autores. Por outro lado, a frequência de cefaleia teve maior similaridade com a literatura. Cefaleia e bruxismo pareceram mais relacionados com dor mais intensa e houve alta frequência de pontos dolorosos a palpação, dado também semelhante a outros estudos, apesar de alguns mostrarem maior relação entre dor mais intensa e bruxismo. Parece haver limitações nas publicações que avaliam a relação entre intensidade e localização da dor com a presença de um maior ou menor número de sintomas, como os avaliados aqui. **Conclusões:** A presença de bruxismo e cefaleia parecem estar mais relacionados com a ocorrência de dor mais intensa na DTM crônica que o zumbido e a maior intensidade da dor e a ocorrência de dor articular e muscular parecem estar relacionadas à presença de mais sintomas.

Palavras-chaves: 1. Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; 2. Dor; 3. Cefaleia; 4. Bruxismo; 5. Zumbido

II. OBJETIVOS

PRINCIPAL

Descrever relações entre características da dor no paciente com disfunção temporomandibular (DTM) e sintomas associados.

SECUNDÁRIOS

1. Descrever os graus de intensidade da dor em portadores de DTM crônica.
2. Descrever a prevalência de dor articular e de dor muscular em portadores de DTM crônica.
3. Descrever os sintomas associados mais prevalentes em portadores de DTM crônica.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A disfunção temporomandibular é um conjunto de distúrbios que acomete a articulação temporomandibular, os músculos mastigatórios e as estruturas associadas. Frequentemente, encontramos sintomas associados a essa disfunção como dor na face, na articulação temporomandibular (ATM), nos músculos da mastigação, nos ouvidos e na cabeça. Outras manifestações otológicas podem estar associadas, como zumbido, plenitude auricular e vertigem.¹

Definir a causa nítida para o desenvolvimento da DTM tem se mostrado uma tarefa difícil. Diante dos estudos desenvolvidos até hoje, a DTM demonstra ser um distúrbio com origem multifatorial.² Fatores físicos, sociais e psicológicos estão envolvidos no desenvolvimento e manutenção desta disfunção.^{3,4}

III.1. AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Desde 1992, o questionário denominado *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) tem sido o protocolo para diagnóstico de DTM mais utilizado. Ele apresenta dois eixos, sendo o primeiro deles baseado numa avaliação clínica e um segundo eixo que analisa o estado psicossocial e disfunções relacionadas a dor do paciente.

O RDC/TMD é um questionário auto-aplicável com 31 questões e um formulário para exame físico com 10 itens, entre eles a palpação de pontos específicos na cabeça do paciente em para rastrear a resposta dolorosa. Há também especificações para realização do exame do paciente e critérios de diagnóstico visando o diagnóstico físico e identificar condições do paciente que alteram o seu quadro ou interferem no tratamento.^{5,6}

Desde que foi produzido, ocorreram diversas discussões a cerca de mudanças necessárias no questionário para melhor avaliar pacientes com suspeita de DTM, sendo validado no Brasil por Francisco J. e Pereira Jr., na Escola de Medicina de Petrópolis.^{6,7}

III.2. A DOR

A dor orofacial parece influenciar na qualidade de vida dos pacientes com DTM.⁸ Nesses pacientes, há uma prevalência de sintomas dolorosos entre as mulheres, principalmente a partir da adolescência.⁹

A dor dos pacientes com DTM altera a qualidade de vida em diversos aspectos, dentre eles atividades do trabalho, da escola, sono e apetite/alimentação.¹⁰ Estudos mostram a dor nesses pacientes como um sintoma frequentemente encontrado. Kinote e colaboradores encontraram relatos de dor na ATM em 71,4% de seus pacientes.¹¹

A dor da DTM pode ter diferentes localizações, incluindo a ATM, o músculo masseter e outros músculos. Estudo de Pedroni e colaboradores mostrou uma frequência de 42,85% dos pacientes em seu estudo referindo dor na ATM, enquanto 35,71% referiram no músculo masseter. Este estudo também demonstrou uma diferença na localização da dor nos pacientes com DTM entre aqueles que apresentavam ou não disfunção cervical associada.¹² Além da dor, os pacientes com DTM podem apresentar também limitações de movimento na ATM e região cervical.¹³

Podem ocorrer também alterações no que diz respeito à sensibilidade térmica nesses pacientes. Em relação a alterações de percepção de calor e frio, pode ocorrer hiperalgesia em pacientes com DTM. Já foi demonstrada uma associação entre a magnitude da hiperalgesia ao frio e a intensidade e duração da dor nos pacientes.¹⁴

Schmid-Schwap e colaboradores mostraram que mulheres apresentam mais dor e sensibilidade em comparação a homens quando submetidos a mesma pressão sobre o músculo. Além disso, demonstraram picos de prevalência de DTM aos 25 anos e entre 55 e 64 anos, o que poderia ser explicado por fatores hormonais.¹⁵

Há evidências também da relação entre a dor miofacial e sintomas como ansiedade e depressão.¹⁶ Além disso, já foi mostrada também uma associação entre a dor miofacial na DTM e maiores valores de interferência em atividades diárias. Por outro lado, dores articulares estariam associadas a menores prejuízos ao dia-a-dia. Outra questão importante foi a menor duração da dor em pacientes com artralgia em comparação com a mialgia.¹⁷

Além disso, há evidências de uma maior ocorrência de DTM em mulheres por conta de fatores psicossociais, como o comportamento sociocultural em resposta a dor.¹⁸ O estresse aparece como um fator responsável pelo aumento da dor em portadoras de DTM.¹⁹

III.3. SINTOMAS ASSOCIADOS

Destacam-se, entre os diversos sintomas associados à DTM, a cefaleia, o zumbido e o bruxismo.^{20,21,22} Sons na região da articulação também são frequentemente relatados pelos pacientes, chegando a 89% dos pacientes estudados, como mostrado por Ohrbach e colaboradores.

23

III.3.1 Cefaléia

Cefaléia é um sintoma comum na prática clínica e está relacionada a diversas condições, inclusive a DTM.²⁴ A dor em regiões temporais está associada a dores na DTM mais severas e irradiantes e aumento de sensibilidade na face.²⁰ Há estudos que referem a dor de cabeça como um possível fator de risco para a DTM. Numa população de 1307 adolescentes brasileiros, a cefaleia se mostrou como um fator de risco principalmente para a DTM dolorosa e crônica.²⁵

III.3.2 Zumbido

O zumbido é caracterizado pela percepção auditiva na ausência de estímulos externos.²⁶ Estudos já demonstraram a presença deste sintoma em pacientes com DTM.^{27,28} Fernandes e colaboradores demonstraram esta relação, além de mostrarem que pacientes que apresentavam estas condições tinham uma maior associação com depressão moderada ou severa.²⁹

Já foi mostrada a ocorrência de dor mais severa na DTM entre pacientes com zumbido em relação aqueles que não o apresentavam.²⁸ Contudo, foi visto que a dor crônica dos pacientes com DTM pode ter uma importância maior que os sintomas otológicos, por exemplo. De acordo com CALDERON e colaboradores, a dor facial crônica tem mais efeitos nas suas vidas que o zumbido.³⁰

O tratamento da DTM pode ajudar na redução de sintomas otológicos como o zumbido.³¹ A terapia miofuncional foi mostrada como um fator redutor dos sintomas tanto orofaciais quanto otológicos em pacientes com estas condições.³²

III.3.3 Bruxismo

Hábitos parafuncionais também podem ser encontrados em pacientes com DTM. Dentre eles, temos o apertamento na mandíbula, um dos dados mais relatados entre os pacientes do estudo de KINOTE e colaboradores.¹¹ O bruxismo tem uma estreita relação com dores miofaciais e desordens da ATM, além de dores cervicais.²² O bruxismo durante o sono associado com a DTM também pode aumentar o risco de cefaléia.³³

O bruxismo é o rangido dos dentes seja durante o dia ou a noite e vem sendo considerado muito importante para a patogênese da DTM.^{34,35} Em revisão sistemática de 2010, Manfredini e Lobbezoo relataram a existência de relação positiva entre o bruxismo e DTM.³⁶

Esses hábitos parafuncionais podem levar ao desenvolvimento de DTM, porém estudos vêm levantando a questão de que eles podem apresentar uma relação bidirecional, sendo assim causa e consequência da DTM.^{37,38} Há evidências também de que o bruxismo seria o efeito mais pronunciado sobre a DTM e de que este seria responsável pelo aumento do risco do desenvolvimento desta condição, além de depressão e sintomas não específicos.^{39,40}

Diante de tantos sintomas associados à DTM, parece importante saber qual a relação da cefaleia, do zumbido e do bruxismo com características da dor, como intensidade e localização, já que se encontram poucas publicações que trabalhem nesse sentido. Por isso a importância de se estudar características da dor nesses pacientes e seus sintomas associados.

IV. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal com amostra de conveniência formada por 20 portadores de DTM crônica do Laboratório de Eletroestimulação Funcional da UFBA atendidos no período de 17 de fevereiro a 8 de maio de 2014, sendo todos do sexo feminino.

Para serem incluídas, as pacientes precisavam ser maiores que 18 anos e ter diagnóstico de DTM dolorosa crônica de acordo com o critério de diagnóstico de pesquisa para distúrbios temporomandibulares (RDC/TMD) (Anexo II). Para o diagnóstico das pacientes e classificação foram feitas avaliação odontológica e de questionário RDC/TMD (eixo I e II). Através do eixo I, o diagnóstico foi confirmado e, do eixo II, foram feitas análises de qualidade de vida e de dados sociodemográficos. Foi realizada leitura dos questionários em voz alta, de forma padronizada e as respostas fornecidas pelas voluntárias foram anotadas.

Portadores de doenças inflamatórias do tecido conjuntivo, dor neuropática, fibromialgia, distúrbios neurológicos, dor de origem dental, que estavam em tratamento ortodôntico, ortognático ou em uso de placas miorelaxantes não foram incluídos no estudo.

A coleta de dados foi feita através do questionário RDC/TMD respondidos pelas pacientes durante a coleta de dados. Este foi utilizado para obter dados sobre a intensidade e localização da dor e os sintomas associados à DTM, assim como a presença de dor à palpação de músculos da cabeça. As variáveis analisadas foram intensidade e localização da dor, cefaléia, bruxismo, zumbido e dor à palpação de pontos da cabeça. A intensidade da dor foi obtida usando-se a Escala Visual Analógica (EVA) e a classificação da intensidade da dor foi baseada no Protocolo de Pontuação para Dor Crônica Avaliada do RDC/TMD (Anexo IV). Assim, a intensidade característica da dor (ICD) menor que 50 caracterizava baixa intensidade e maior ou igual a 50, alta intensidade.

Para evitar vies, a coleta de dados foi feita de forma que cada membro da equipe realizava a mesma etapa da coleta em todas as pacientes.

O estudo foi desenvolvido assegurando a integridade física e moral para todas as participantes, conforme a resolução CNS nº 466/12, outorgada pelo Conselho Nacional de Saúde, mediante lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 que contemplam os princípios éticos básicos de autonomia, não maleficência, justiça, confidencialidade, fidelidade e veracidade, mantendo o anonimato das participantes com o Consentimento Livre e Esclarecido, tendo como objetivo assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica. Às participantes foi vedado o recebimento de qualquer tipo de remuneração ou gratificação; no entanto, elas poderiam se retirar do âmbito do estudo a qualquer momento, mesmo depois que esta tinha sido iniciada, sem que houvesse quaisquer prejuízos ao estudo e a integridade das pessoas envolvidas, bem como sem o comprometimento de seu acompanhamento médico.

Para participar desta pesquisa, as participantes deveriam assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) por escrito.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira, Salvador-Ba (Anexo III), com parecer número 149.600.

Foi utilizada para a análise estatística dos dados a ANOVA.

V. RESULTADOS

Foram atendidas 20 pacientes com média de idade de 39,45 anos, a maioria das pacientes declarou cor parda, estado civil solteira, escolaridade de nível superior e renda de 1 a 2 ou 5 a 10 salários mínimos (tabela 1).

Tabela1: Características sociodemográficas.

CARACTERÍSTICAS	Frequência n(%)
Cor	
Branca	3(15)
Parda	9(45)
Preta	7(35)
Indígena	1(5)
Escolaridade	
Ensino Superior	12(60)
Ensino Médio	7(35)
Ensino Fundamental	1(5)
Estado Civil	
Solteiro	10 (50)
Casada	7 (35)
Viúva	1 (5)
Divorciada	2 (10)
Renda (salários mínimos)	
½ a 1	3(15)
1 a 2	5(25)
2 a 3	4(20)
3 a 5	2(10)
5 a 10	5(25)
15 a 20	1(5)

Em relação a dor, 3 (15%) pacientes negaram dor nas últimas 4 semanas. As médias da intensidade da dor no momento do atendimento, da média de intensidade durante os 6 meses e da

intensidade da pior dor nos últimos 6 meses foram, respectivamente 5,35, 8,41 e 6,11, com valores de desvio padrão de 2,8, 2,05 e 1,49.

A ICD das pacientes com dor nos últimos 6 meses variou de 40 a 100, com média de 71,34. Dor de alta intensidade foi observada em 15 (75%) pacientes da amostra e 2 (10%) apresentaram dor de baixa intensidade.

Nesta amostra, 14 (70%) pacientes referiram dor muscular e articular (mista), 3 (15%) referiram apenas dor muscular e outras 3 (15%), apenas articular. A dor foi referida nos dois lados da face em 14 (70%) pacientes, enquanto 5(25%) apresentaram dor apenas no lado direito e uma paciente apenas no esquerdo.

A maior parte da amostra referiu dor a palpação de pelo menos uma região dos músculos temporal e masseter e da região mandibular posterior e submandibular, enquanto que uma parcela menor referiu dor a palpação do polo lateral e ligamento posterior (tabela 2).

Tabela 2: Características clínicas.

Músculo ou região	Dor muscular à palpação n(%)
Músculo Temporal	15(75)
Músculo Masseter	19(95)
Região mandibular posterior	18(90)
Região submandibular	15(75)
Polo lateral	3(15)
Ligamento posterior	4(20)
Tendão do músculo temporal	18(90)

A maioria das pacientes apresentou pelo menos um sintoma associado a DTM, considerando bruxismo (durante a mastigação, a noite ou o dia), zumbido e cefaleia. Cefaleia e bruxismo foram os sintomas mais relatados, ocorrendo em 18 (90%) pacientes cada um. Todos os pacientes que referiram cefaleia também referiram bruxismo. O zumbido estava presente em 15 (75%) indivíduos da amostra.

Em toda a amostra, a maioria dos pacientes referiu dor de alta intensidade e cefaléia, assim como dor muscular e articular e a presença de cefaleia. A queixa de bruxismo e dor de alta intensidade ou bruxismo e dor mista foi observada também na maior parte da amostra. O mesmo ocorreu com bruxismo e dor de alta intensidade, porém em uma frequência menor (tabelas 3 e 4).

TABELA 3: Presença de cefaleia, zumbido e bruxismo conforme intensidade da dor.

SINTOMAS	Intensidade da Dor n(%)	
	Alta	Baixa ou sem dor
Cefaleia		
Presente	14(70)	4(20)
Ausente	1(5)	1(5)
Zumbido		
Presente	12(60)	3(15)
Ausente	3(15)	2(10)
Bruxismo		
Presente	14(70)	4(20)
Ausente	1(5)	1(5)

TABELA 4: Presença de cefaleia, zumbido e bruxismo conforme localização da dor.

SINTOMAS	Localização da Dor n(%)		
	Articular Apenas	Muscular Apenas	Mista
Cefaleia			
Presente	1(5)	3(15)	11(55)
Ausente	2(10)	0	0
Zumbido			
Presente	2(10)	2(10)	11(55)
Ausente	1(5)	1(5)	3(15)
Bruxismo			
Presente	1(5)	3(15)	14(70)
Ausente	2(10)	0	0

Os 3 sintomas foram relatados por 14 (70%) pacientes e 4 (20%) apresentaram uma associação de 2 sintomas, sendo todos cefaléia e bruxismo associados, sem nenhum caso de zumbido associado a cefaleia ou bruxismo. Apenas uma paciente referiu um sintoma isolado (zumbido) e uma não referiu nenhum sintoma. Marjoritariamente, as pacientes relataram 3 sintomas e dor de alta intensidade, assim como 3 sintomas e dor mista conforme tabelas 5 e 6.

TABELA 5: Quantidade de sintomas relatados conforme intensidade da dor.

QUANTIDADE DE	Intensidade da dor n(%)
---------------	-------------------------

SINTOMAS	Alta	Baixa ou sem dor
3 sintomas	12(60)	2(10)
2 sintomas	2(10)	2(10)
1 sintoma	0	1(5)
sem sintomas	1(5)	0
TOTAL	15(75)	5(25)

TABELA 6: Quantidade de sintomas relatados conforme localização da dor.

QUANTIDADE DE SINTOMAS	Localização da dor n(%)		
	Articular Apenas	Muscular Apenas	Mista
3 sintomas	1(5)	2(10)	11(55)
2 sintomas	0	1(5)	3(15)
1 sintoma	1(5)	0	0
sem sintomas	1(5)	0	0
TOTAL	3(15)	3(15)	14(70)

No grupo de pacientes com os 3 sintomas, as médias de intensidade da dor no momento do atendimento e da média de intensidade durante os 6 meses foram iguais (6,92) e a média da intensidade da pior dor nos últimos 6 meses foi um pouco menor (5,42). Já entre os pacientes com cefaleia e bruxismo a média da pior dor neste período se mostrou mais elevada (8) que as outras (5,5 para média nos últimos 6 meses e 3,75 para dor no momento do atendimento).

Os gráficos 1, 2 e 3 demonstram comparações entre as intensidades de dor no momento do atendimento, a intensidade da pior dor nos últimos 6 meses e as médias de dor nos últimos 6 meses, respectivamente, referidas através da EVA nos grupos de pacientes com 3 sintomas e com bruxismo e cefaleia. Os grupos com aquelas que não tiveram sintomas e que referiram apenas zumbido não foram incluídos nestas figuras por conterem apenas uma paciente em cada. Os gráficos 2 e 3 mostram valores mais semelhantes entre os grupos, enquanto que o gráfico 3 mostra uma diferença maior na intensidade da dor nos grupos analisados.

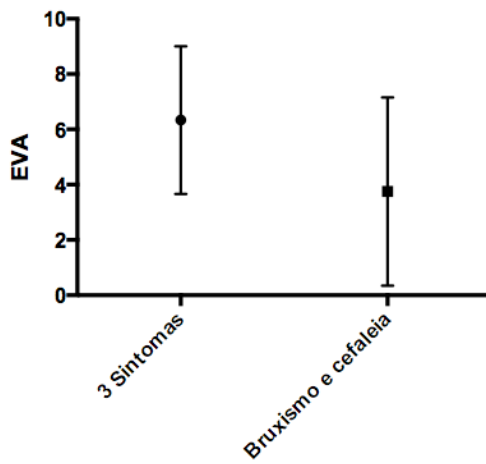


Gráfico 1: Comparação entre as intensidades de dor referidas no momento do atendimento entre os grupos de pacientes com 3 sintomas e com bruxismo e cefaleia.

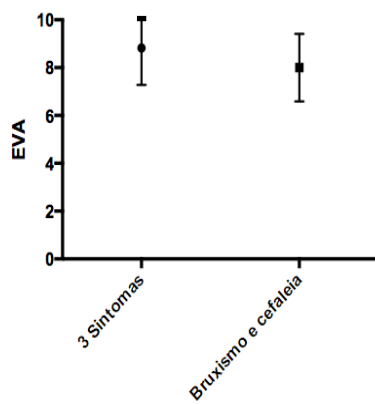


Gráfico 2: Comparação entre as intensidades da pior dor nos últimos 6 meses entre os grupos de pacientes com 3 sintomas e com bruxismo e cefaleia.

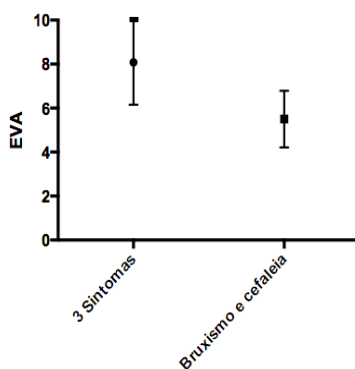


Gráfico 3: Comparação entre as médias de intensidades da dor nos últimos 6 meses entre os grupos de pacientes com 3 sintomas e com bruxismo e cefaleia.

VI. DISCUSSÃO

Neste trabalho, foram avaliadas intensidade e localização da dor e sintomas frequentes nos pacientes portadores de disfunções temporomandibulares, entre eles cefaléia, zumbido e bruxismo. Objetivou-se descrever relações entre características da dor no paciente com DTM e esses sintomas.

No presente estudo foi evidenciada uma maior ocorrência de pacientes com 3 sintomas que daqueles com menos. Alguns estudos já mostram a presença de diversos sintomas associados em pacientes com DTM.^{20,21,22} Felicio e colaboradores evidenciaram a presença de 3 sintomas ou mais em seus pacientes.⁴¹ Contudo, há uma dificuldade em encontrar trabalhos que relacionem diretamente a intensidade da dor e/ou localização com a presença de mais ou menos sintomas.

No presente estudo, vimos que DTM com dor de alta intensidade associada a maior frequência de sintomas ocorreu em 12 (60%) pacientes. Dentre os pacientes com dor de alta intensidade, 16 (80%) apresentaram os 3 sintomas analisados aqui. Da mesma forma, a dor articular e muscular se mostrou associada à presença dos 3 sintomas em 11 (55%) casos. Além disso, os pacientes com dor de alta intensidade parecem apresentar maior probabilidade de desenvolver sintomas como cefaleia, bruxismo e zumbido, já que neste grupo 80% apresentaram estes 3 sintomas.

Ao analisar os gráficos, a comparação da intensidade da dor (média dos últimos 6 meses, pior dor deste período e dor no momento do atendimento) entre os 2 grupos, no entanto, não demonstrou muitas diferenças quantitativas. Os pacientes que apresentavam apenas bruxismo e cefaleia mostraram intensidades de dor semelhantes àquelas que apresentavam estes sintomas e zumbido. Além disso, a paciente que apresentou zumbido isolado, não relatou dor nas últimas 4 semanas. O zumbido pareceu não alterar a intensidade da dor nos pacientes com DTM crônica da nossa amostra, já que não houve diferenças quantitativas significantes na dor dos grupos com 2 e 3 sintomas, ou seja, quando separamos os pacientes que apresentam bruxismo e cefaleia com e sem zumbido. Com esses resultados, parece haver uma maior relação entre a bruxismo e cefaleia com dor mais intensa.

Neste estudo também foi observado uma maior frequência de dor à palpação de músculos da face, como masseter e temporal, o que pode estar relacionado com a presença de bruxismo, cefaleia e dores mais intensas. Glaros e colaboradores viram um maior número de pontos dolorosos a palpação em pacientes com cefaleia em relação àqueles que não tinham esse sintoma, assim como maior chance de ter diagnóstico de DTM.⁴² Estudos já demonstraram uma prevalência maior de cefaleia migratória em portadores de DTM. Um risco potencial para DTM dolorosa crônica em pacientes com cefaleia também já foi demonstrado, assim como uma maior ocorrência de bruxismo nos pacientes com cefaléia.^{25,42} Por outro lado, há evidências também de maiores queixas dolorosas

em pacientes que apresentem bruxismo noturno e zumbido em relação aqueles que apresentam apenas o bruxismo noturno.⁴³ Já Saldanha e colaboradores mostraram a ocorrência de dores mais intensas em pacientes com zumbido em relação aqueles que não referiam este sintoma.²⁸

A frequência de cefaleia em pacientes com DTM se mostra bem similar aos dados encontrados em nosso trabalho, chegando a 96,8% (41 Felício, 13 Ohrbach, 44 Franco 2).^{13, 41, 44} Foi demonstrado também que indivíduos com cefaleia têm um maior risco de desenvolver DTM, sendo este risco maior ainda para o desenvolvimento de DTM com dor muscular e articular.²⁵

O bruxismo noturno e diurno foi referido, respectivamente, por 82,1% e 72,6% da amostra de um estudo, portanto semelhante à frequência de 90% deste sintoma em nossos pacientes.⁴¹ O bruxismo foi observado em 67,5% dos pacientes de outro trabalho, que evidenciou uma maior ocorrência deste sintoma no sexo feminino.⁴⁵ Estudo brasileiro com 316 pacientes com dor orofacial já demonstrou também uma frequência de 62,9% de bruxismo noturno, sendo que 90,2% destes pacientes tinham DTM. Neste mesmo estudo, foi mostrado também uma associação entre a DTM dolorosa com bruxismo e a presença de achados clínicos mais severos e complexos, como depressão.⁴⁰

Já foi relatada uma frequência de 80,9% de zumbido, comparado com 75% em nossos pacientes e 70% em estudo de Riga e colaboradores.^{41, 46} Há dados que mostram menor ocorrência de zumbido em pacientes com DTM também, chegando a 54% e 66% de algumas amostras.^{43, 47} Contudo, foi mostrada também uma maior frequência de DTM em grupos de pacientes com zumbido em relação a grupos que não referem esse sintoma, chegando a 85% no primeiro e 55% no segundo.²⁸

Calderon e colaboradores demonstraram ICD semelhantes aos resultados mostrados aqui, que variaram de 42 a 100, enquanto nossos valores foram de 40 a 100. A maior frequência de dor articular e muscular em nossos pacientes em relação a dor muscular ou articular isolada também se mostrou de acordo com outros estudos.^{13, 30, 44}

O estudo atual analisou apenas pacientes do sexo feminino, o que não limita os objetivos do estudo, já que outros autores já demonstraram uma prevalência de DTM significativamente maior nesse grupo, variando de 74,5% a 87,5% das amostras.^{28, 30, 40, 45, 48, 49} A média de idade das nossas pacientes (39,45) foi um pouco maior que em outros trabalhos^{28, 30, 40, 45, 48, 49}, que variaram de 31,9 a 36,9, porém menor que a média de 44,36 encontrada em um estudo feito em mulheres brasileiras⁵⁰ e semelhante a média encontrada por Franco e colaboradores, 40,1.⁴⁴

Há limitações que estão principalmente ligadas ao tamanho reduzido da amostra, o que dificulta a extrapolação destes dados para a população. O número reduzido da amostra e, conseqüentemente, do número de pacientes agrupados de acordo com a sintomatologia, pode ter limitado a observação de diferenças maiores nas características da dor entre os grupos. Contudo, o

grupo de pesquisa está dando prosseguimento ao trabalho e a análise de outros dados que se relacionam com o tema e ajudarão a responder alguns questionamentos levantados nesta discussão. Há necessidade de aprofundamento na área em questão e de trabalhos com amostras maiores que possam avaliar a existência ou não de relações entre um maior número de sintomas nessas pacientes e a intensidade e localização da dor e se a dor mais intensa é mais frequente em pacientes com bruxismo e cefaleia que naqueles com zumbido.

VII. CONCLUSÕES

Uma maior intensidade da dor e a ocorrência de dor articular e muscular parecem estar relacionadas à presença de mais sintomas e o zumbido parece ter menor relação com o desenvolvimento de dor mais intensa que a cefaleia e o bruxismo.

VIII. SUMMARY

LOCATION AND INTENSITY OF PAIN AND COMMON SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CHRONIC TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS.

Temporomandibular disorders (TMD) proves to be a disorder of multifactorial origin that involves physical, social and psychological factors. These patients often present with facial pain and various associated symptoms such as headache, bruxism and tinnitus. However, there is a lack of studies that analyze the relationship between pain and associated symptoms in these patients. Objective: Describe the relationship between characteristics of pain in patients with TMD and associated symptoms. Methodology: Patients were TMD chronic from the Laboratory of Functional Electrostimulation of Federal University of Bahia. Data analysis was performed using RDC / TMD. Results: 20 patients were examined with ages ranging from 19 to 60 years. The high intensity of pain was observed in 15 people while 2 patients had low intensity pain. Muscle and joint pain (mixed) was reported by 14 (70%) patients. Three symptoms were seen in 14 (70%) patients. All patients who reported bruxism also reported headache and these were the most frequent symptoms in this sample. Discussion: This study found the location and intensity similar to those shown in other studies. Tinnitus and bruxism's frequencies were similar to some studies, but higher than those reported by other authors. On the other hand, the frequency of headache showed greatest similarity to the literature. Headache and bruxism appeared more related to more severe pain and there was a high frequency of tender point palpation, which was showed in agreement with other studies, although some showed greater relationship between more severe pain and tinnitus. There is a difficulty in finding studies in the literature to assess the relationship between the intensity and localization of pain to the presence of a greater or lesser number of symptoms, as evaluated here. Conclusions: The presence of bruxism and headaches seems to be more important for the occurrence of more severe pain in TMD chronic than tinnitus and the greater intensity of pain and the occurrence of joint and muscle pain seems to be related to the presence of more symptoms.

Key-words: 1. Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; 2. Pain; 3. Headache; 4. Tinnitus; 5. Bruxism

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º consenso de disfunção temporomandibular e dor orofacial. Dental Press. Journal of Orthodontics, 2010
2. Kuroiwa DN, Martinelli GJ, Rampani MS, et al. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey. Revista Dor. 2011, abr-jun; 12(2): 93-98
3. Dougall AL, Jimenez CA, Haggard RA, et al. Biopsychosocial factors associated with the subcategories of acute temporomandibular joint disorders. Journal of Orofacial Pain. 2012 ; 26(1): 7–16.
4. Resende CMBM, Alves ACM, Coelho LT, et al. Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. Brazilian Oral Research. 2013; 27(2):116-121
5. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, *et al.* Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group. Oral Facial Pain Headache 2014;28:6–27.
6. Junior FJP, Huggins KH, Dworkin SF, Ohrbach R. Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares RDC / DTM.
7. Campos JADB, Carrascosa ACI, Loffredo LCM, Faria JB. Consistência Interna e Reprodutibilidade Da Versão Em Português Do Critério De Diagnóstico Na Pesquisa Para Desordens Temporomandibulares (Rdc/Tmd – Eixo Ii). Revista Brasileira de Fisioterapia 2007; v. 11, n. 6, p. 451-459
8. Barros VM, Seraidarian PI, Côrtes MI, de Paula LV. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorder. Journal of Orofacial Pain. 2009, 23 (1): 28-37
9. Nilsson IM, Drangsholt M, List T. Impact of Temporomandibular Disorder Pain in Adolescents: Differences by Age and Gender. Journal of Orofacial Pain. 2009; 23: 115-122
10. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF. et al. Impacto Da Dor Na Vida De Portadores De Disfunção Temporomandibular. Journal of Applied Oral Science. 2003; 11(2): 138-43
11. Kinote APBM, Monteiro LT, Vieira AAC, Ferreira NMN, Abdon APV, et al. Perfil Funcional De Pacientes Com Disfunção Temporomandibular Em Tratamento Fisioterápico. Revista Brasileira Promoção Saúde, 2011; 24(4): 306-312

12. Pedroni CR, de Oliveira AS, Bérzin F. Pain Characteristics Of Temporomandibular Disorder – A Pilot Study In Patients With Cervical Spine Dysfunction. *Journal of Applied Oral Science*. 2006;14(5):388-92
13. Ohrbach R, Fillingim RB, Mulkey F, Gonzalez Y, et al. Clinical Findings and Pain Symptoms as Potential Risk Factors for Chronic TMD: Descriptive Data and Empirically Identified Domains from the OPPERA Case-Control Study. *The Journal of Pain*, 2011; 11(12):27-45
14. Fernández-de-las-Peñas C, Galán-del-Río F, Ortega-Santiago R, Jiménez-García R, et al. Bilateral thermal hyperalgesia in trigeminal and extra-trigeminal regions in patients with myofascial temporomandibular disorders. *Experimental Brain Research*. 2010; 202:171–179
15. Schmid-Schwab M, Bristela M, Kundi M, Piehslinger E, et al. Sex-Specific Differences in Patients with Temporomandibular Disorders. *J OROFAC PAIN* 2013;27:42–50
16. Guarda-Nardini L, Pavan C, Arveda N, Ferronato G, Manfredini D. Psychometric features of temporomandibular disorders patients in relation to pain diffusion, location, intensity and duration. *Journal of Oral Rehabilitation* 2012 39; 737–743
17. Kino K, Sugisaki M, Haketa T, Amemori Y, et al. The comparison between pains, difficulties in function, and associating factors of patients in subtypes of temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation* 2005 32; 315–325
18. Campos JA, Carrascosa AC, Bonafé FS, Maroco J. Epidemiology of Severity of Temporomandibular Disorders in Brazilian Women. *J Oral Facial Pain Headache* 2014;28:147–152
19. Akhter R, Morita M, Esaki M, Nakamura K, Kanehira T. Development of temporomandibular disorder symptoms: a 3-year cohort study of university students. *Journal of Oral Rehabilitation* 2011 38; 395–403.
20. Anderson GC, John MT, Ohrbach R, Nixdorf DR, Schiffman EL, et al. Influence of headache frequency on clinical signs and symptoms of TMD in subjects with temple headache and TMD pain. *Pain*. 2011 April; 152(4): 765–771.
21. Akhter R, Morita M, Ekuni D, Hassan NMM, et al. Self-reported aural symptoms, headache and temporomandibular disorders in Japanese young adults. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2013, 14:58.
22. Chandwani B, Ceneviz C, Mehta N, Scrivani S. Incidence of Bruxisnn in TMD Population. *New York State Dental Association*. 2011; 77(5):54-7.
23. Ohrbach R, Fillingim RB, Mulkey F, Gonzalez Y, et al. Clinical Findings and Pain Symptoms as Potential Risk Factors for Chronic TMD: Descriptive Data and Empirically Identified Domains from the OPPERA Case-Control Study. *The Journal of Pain*, Vol 12, No 11 (November), Suppl. 3, 2011: pp T27-T45.

24. Karibe H, Goddard G, Okubo M. Comparison of masticatory muscle myofascial pain in patients with and without a chief complaint of headache. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*, 2014; 32(57-62).
25. Franco AL, Fernandes G, Gonçalves DA, Bonafé FS, Camparis CM. Headache Associated With Temporomandibular Disorders Among Young Brazilian Adolescents. *Clinical Journal of Pain* 2014;30:340–345.
26. Jastreboff, J. P. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neuroscience Research*, 1990: 8(221–254).
27. Akhter R, Morita M, Ekuni D, Hassan NMM, Furuta M, et al. Self-reported aural symptoms, headache and temporomandibular disorders in Japanese young adults. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2013, 14:58.
28. Saldanha AD, Hilgenberg PB, Pinto LM, Conti PC. Are Temporomandibular Disorders and Tinnitus Associated? *The Journal Of Craniomandibular Practice*. 2012; 30(3)
29. Fernandes G, Gonçalves DA, de Siqueira JT, Camparis CM. Painful temporomandibular disorders, self reported tinnitus, and depression are highly associated. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2013;71(12):943-947.
30. Calderon PS, Hilgenberg PB, Rossetti LM, Laurenti JV, Conti PC. Influence of tinnitus on pain severity and quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Applied Oral Science*. 2012;20(2):170-173.
31. Tullberg M, Ernberg M. Long-term effect on tinnitus by treatment of temporomandibular disorders: A two-year follow-up by questionnaire. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2006; 64: 89-96.
32. De Felício CM, Melchior Mde O, Ferreira CL, Da Silva MA. *Et al.* Otologic Symptoms of Temporomandibular Disorder and Effect of Orofacial Myofunctional Therapy. *The Journal Of Craniomandibular Practice*, 2008; 26: 118-125.
33. Fernandes G, Franco AL, Gonçalves DA, Speciali JG, et al. Temporomandibular Disorders, Sleep Bruxism, and Primary Headaches Are Mutually Associated. *Journal Of Orofacial PAIN* 2013;27:14–20.
34. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979;6:249–252
35. De Leeuw R. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. 4th ed. Chicago: Quintessence; 2008.
36. Manfredini D, Lobbezoo F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;109:e26-e50.
37. Akhter R, Morita M, Esaki M, Nakamura K, Kanehira T. Development of temporomandibular

- disorder symptoms/ a 3-year cohort study of university students. *Journal of Oral Rehabilitation* 2011 38; 395–403.
38. Ohrbach R, Fillingim RB, Mulkey F, Gonzalez Y, et al. Findings and Pain Symptoms as Potential Risk Factors for Chronic TMD: Descriptive Data and Empirically Identified Domains from the OPPERA Case-Control Study. *The Journal of Pain*, 2011; 12(11); 27-45.
39. Ohrbach R, Bair E, Fillingim RB, Gonzalez Y, et al. Clinical Orofacial Characteristics Associated With Risk of First-Onset TMD/ The OPPERA Prospective Cohort Study. *Journal of Pain*, Vol 14, No 12 (December), Suppl. 2, 2013: pp T33-T50.
40. Fernandes G, Franco AL, Siqueira JT, Gonçalves DA, Camparis CM. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. *Journal of Oral Rehabilitation* 2012 39; 538–544.
41. de Felício CM, Melchior Mde O, Ferreira CL, Da Silva MA. Otologic Symptoms of Temporomandibular Disorder and Effect of Orofacial Myofunctional Therapy. *Cranio*. 2008 Apr;26(2):118-25.
42. Glaros AG, Urban D, Locke J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioural overlap. *Cephalalgia*, 2007, 27, 542–549.
43. Camparis CM, Formigoni G, Teixeira MJ, de Siqueira JT. Clinical evaluation of tinnitus in patients with sleep bruxism: prevalence and characteristics. *Journal of Oral Rehabilitation* 2005 Nov;32(11):808-14.
44. Franco AL, Gonçalves DA, Castanharo SM, Speciali JG, Bigal ME, Camparis CM. Migraine is the Most Prevalent Primary Headache in Individuals with Temporomandibular Disorders. *Journal Orofacial Pain*. 2010 Summer;24(3):287-92.
45. Uçar D, Dıraçoğlu D, Karan A. Temporomandibular dysfunction syndrome: A prospective study of 255 consecutive patients. *Journal of International Medical Research*, 2013 Jun;41(3):804-8.
46. Riga M, Xenellis J, Peraki E, Ferekidou E, Korres S. Aural Symptoms in Patients With Temporomandibular Joint Disorders: Multiple Frequency Tympanometry Provides Objective Evidence of Changes in Middle Ear Impedance. *Otology & Neurotology* 2010 Dec;31(9):1359-64.
47. Wright EF. Otologic symptom improvement through TMD therapy. *Quintessence International* 2007 Oct;38(9):e564-71.
48. Di Paolo C, Costanzo GD, Panti F, Rampello A, et al. Epidemiological analysis on 2375 patients with TMJ disorders: basic statistical aspects. *Annali di Stomatologia* 2013; IV (1): 161-169.
49. Machado LPS, de Macedo Nery MB, de Góis Nery C, Leles CR. Profiling the clinical presentation of diagnostic characteristics of a sample of symptomatic TMD patients. *BMC Oral Health*. 2012 Aug 2;12:26.
50. Campos JA, Carrascosa AC, Bonafé FS, Maroco J. Epidemiology of Severity of

Temporomandibular Disorders in Brazilian Women. *Journal Oral Facial Pain Headache*. 2014 Spring;28(2):147-52.

X. ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Atividade Cortical em Portadores de Disfunção Temporomandibular Submetidos à Aplicação de Protocolo Fisioterapêutico e Toxina Botulínica Tipo A.

O Sr. (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Atividade Cortical em Portadores de Disfunção Temporomandibular Submetidos à Aplicação de Protocolo Fisioterapêutico e Toxina Botulínica tipo A: Um Ensaio Clínico Controlado e Randomizado”.

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é causada por uma desordem nos músculos da mastigação, na articulação que une sua mandíbula ao seu crânio e nas estruturas associadas. O tratamento desta disfunção tem sido estudado por muitos pesquisadores. O objetivo desse estudo é avaliar o comportamento do seu cérebro antes e após sessões de fisioterapia e aplicação de uma substância terapêutica em um músculo de sua boca, chamado masseter.

O tratamento através da fisioterapia consiste de exercícios, técnicas de mobilização, relaxamento e fortalecimento muscular e tem sido utilizado há alguns anos para o alívio dos sintomas dolorosos associados a esta disfunção. A Toxina Botulínica, conhecida como Botox, é uma substância com função de paralisia parcial do músculo, com objetivo de alívio da dor e relaxamento muscular. Para avaliação serão utilizados alguns questionários, escala de quantificação da dor e dois exames de imagem não invasivos do seu cérebro.

Este envolverá oitenta pacientes. Você pode ou não participar da pesquisa. Se quiser participar deverá assinar este formulário em duas vias e manter uma cópia com você. Se decidir participar, mas mudar de ideia durante a pesquisa poderá sair a qualquer momento, sem se desculpar. Isso não afetará o cuidado e a atenção que o profissional de saúde tem dado a você.

O que acontecerá neste estudo?

Na primeira parte, nós iremos entrevistar você, aplicar alguns questionários e avaliar sua atividade cerebral através dos exames de imagem. Nesta fase, os riscos são mínimos, porém você tem o direito de relatar qualquer desconforto físico ou emocional. Após esta avaliação, haverá um sorteio e você será encaixado em um grupo de tratamento específico, que será fisioterapia ou injeções de botox ou os dois tratamentos. Não será permitida a troca de grupos por parte do participante. Todos os participantes serão acompanhados durante quatro meses, sendo as sessões de tratamento realizadas semanalmente ou mensalmente a depender do grupo no qual se encontra. A última etapa é composta por uma reavaliação do paciente.

Quais os desconfortos ou riscos em participar deste estudo?

Afim de minimizar os riscos e desconfortos, você passará por protocolos de tratamento previamente testados e aplicados por profissionais capacitados e treinados. A substância será injetada através de uma seringa diretamente no músculo da sua boca. Nesta fase, tomaremos cuidado para não provocar dor, mas isso dependerá de sua colaboração. Raramente este tipo de intervenção provoca efeitos indesejáveis como desconforto no local da injeção e ardor. O pesquisador responsável estará presente e avaliando todas essas respostas ou qualquer outra que você relate.

Quais os benefícios em participar deste estudo?

A sua participação neste estudo poderá proporcionar, no âmbito pessoal, a identificação de algum problema não antes conhecido, sendo assim, tratado de maneira mais adequada e específica, e no âmbito coletivo, poderá ajudar no desenvolvimento de um melhor plano de atendimento à outras pessoas que possuem a mesma disfunção. Ao final das avaliações, todos participantes terão acesso às informações sobre os resultados encontrados pelo estudo.

Quais os direitos dos participantes?

Os resultados deste estudo poderão ser enviados para publicação em meios científicos (jornais, revistas, dentre outros), você não será identificado por nome, porém seus dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo. Sua participação no estudo é voluntária. O senhor (a) receberá o valor correspondente ao transporte e alimentação para participar desta pesquisa, como ressarcimento. Ao final de cada sessão, será pago o valor correspondente ao seu gasto diário conforme descrito acima.

Quais são as responsabilidades dos participantes?

Os participantes deste estudo comprometem-se a comparecer às avaliações e aos tratamentos marcados, bem como, responder fidedignamente os questionários e avaliações aplicadas pelos pesquisadores.

Além disso, se desejar apresentar queixa de qualquer aspecto de modo como foi orientado (a) ou tratado(a) durante a pesquisa você poderá manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da maternidade Climério de Oliveira – Rua Limoeiro, 37 – Nazaré, Salvador – BA, 40.055.150 – (0xx) 71 – 3283-9211.

O pesquisador responsável chama-se Abrahão Fontes Baptista. Endereço: Laboratório de Eletroestimulação Funcional e Divisão de Neurologia e Epidemiologia/ UFBA.

Av: Reitor Miguel Calmon, s/n. Vale do Canela, Salvador – BA, Brasil. CEP: 40.110-902. Tel: (0xx) 71 3283-8888.


Este termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o paciente ou seu representante legal.

Eu, _____, dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

_____, ____/____/____.
(Local e data)

Assinatura do paciente
(sujeito da pesquisa ou seu representante)

Anexo 2

 RDC - TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Português – BRASIL		
Nome	Prontuário / Matrícula n°	RDC n°
Examinador	Data ____/____/____	
HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO		
Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.		
1. Como você classifica sua saúde em geral?		
<input type="radio"/> 1	Excelente	
<input type="radio"/> 2	Muito boa	
<input type="radio"/> 3	Boa	
<input type="radio"/> 4	Razoável	
<input type="radio"/> 5	Ruim	
2. Como você classifica a saúde da sua boca?		
<input type="radio"/> 1	Excelente	
<input type="radio"/> 2	Muito boa	
<input type="radio"/> 3	Boa	
<input type="radio"/> 4	Razoável	
<input type="radio"/> 5	Ruim	
3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?		
<input type="radio"/> 0	Não	
<input type="radio"/> 1	Sim	
[Se sua resposta foi não, PULE para a pergunta 14.a]		
[Se a sua resposta foi sim, PASSE para a próxima pergunta]		
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?		
[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a]		
[Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]		
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ano(s)
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mês(es)
5. A dor na face ocorre?		
<input type="radio"/> 1	O tempo todo	
<input type="radio"/> 2	Aparece e desaparece	
<input type="radio"/> 3	Ocorreu somente uma vez	
6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?		
<input type="radio"/> 1	Não	
<input type="radio"/> 2	Sim, nos últimos seis meses.	
<input type="radio"/> 3	Sim, há mais de seis meses.	

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível"?												
NENHUMA DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A PIOR DOR POSSÍVEL
10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?												
<input type="text"/> <input type="text"/> Dias												
11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma interferência" e 10 é "incapaz de realizar qualquer atividade"?												
NENHUMA INTERFERÊNCIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE
12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?												
NENHUMA MUDANÇA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUDANÇA EXTREMA
14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?												
<input type="radio"/> Não												
<input type="radio"/> Sim												
[Se você nunca teve travamento da mandíbula, PULE para a pergunta 15.a] [Se já teve travamento da mandíbula, PASSE para a próxima pergunta]												
14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?												
<input type="radio"/> Não												
<input type="radio"/> Sim												
15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?												
<input type="radio"/> Não												
<input type="radio"/> Sim												
15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?												
<input type="radio"/> Não												
<input type="radio"/> Sim												

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. já teve artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

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

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

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

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

0 Não

1 Sim

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

0 Não

1 Sim

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

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

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

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

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

- 1 Excelente
 2 Muito bom
 3 Bom
 4 Razoável
 5 Ruim

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

- 1 Excelente
 2 Muito bom
 3 Bom
 4 Razoável
 5 Ruim

23. Qual a data do seu nascimento?

Dia Mês Ano

24. Qual seu sexo?

- 1 Masculino
 2 Feminino

25. Qual a sua cor ou raça?

- 1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano
 2 Asiático ou Insulano Pacífico
 3 Preta
 4 Branca
 5 Outra [Se sua resposta foi **outra**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua cor ou raça]
 6 Parda
 7 Amarela
 8 Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

- 1 Porto Riquenho
 2 Cubano
 3 Mexicano
 4 Mexicano Americano
 5 Chicano
 6 Outro Latino Americano
 7 Outro Espanhol
 8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi **nenhuma acima**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua origem ou de seus familiares]
 9 Índio
 10 Português
 11 Francês
 12 Holandês
 13 Espanhol
 14 Africano
 15 Italiano
 16 Japonês
 17 Alemão
 18 Árabe
 19 Outra, favor especificar
 20 Não sabe especificar

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

Nunca freqüentei a escola		0
Ensino fundamental (primário)	1ª Série	1
	2ª Série	2
	3ª Série	3
	4ª Série	4
Ensino fundamental (ginásio)	5ª Série	5
	6ª Série	6
	7ª Série	7
	8ª Série	8
Ensino médio (científico)	1º ano	9
	2º ano	10
	3º ano	11
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1º ano	12
	2º ano	13
	3º ano	14
	4º ano	15
	5º ano	16
	6º ano	17

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)? 0 Não 1 Sim

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

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

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio? 0 Não 1 Sim

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

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

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas? 1 Sim, procurando emprego 2 Sim, afastado temporariamente do trabalho 3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho 4 Não**29. Qual o seu estado civil?** 1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa 2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa 3 Viúvo (a) 4 Divorciado (a) 5 Separado (a) 6 Nunca casei 7 Morando junto

EXAME CLÍNICO

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

- 0 Nenhum
 1 Direito
 2 Esquerdo
 3 Ambos

2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?

Direito	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação
<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos

3. Padrão de abertura:

- 0 Reto
 1 Desvio lateral direito (não corrigido)
 2 Desvio lateral direito corrigido ("S")
 3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
 4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")
 5 Outro tipo _____
 (Especifique)

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado

a. Abertura sem auxílio sem dor mm

b. Abertura máxima sem auxílio mm

Dor Muscular	Dor Articular
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos

c. Abertura máxima com auxílio mm

Dor Muscular	Dor Articular
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos

d. Trespasse incisal vertical mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 0	Nenhum
<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 1	Estalido
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
<i>(Medida do estalido na abertura)</i>			

b. Fechamento

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 0	Nenhum
<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 1	Estalido
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
<i>(Medida do estalido no fechamento)</i>			

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Não	<input type="checkbox"/> 0	Não
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 1	Sim
<input type="checkbox"/> 8	NA	<input type="checkbox"/> 8	NA
<i>(NA: Nenhuma das opções acima)</i>			

6. Excursões

a. Excursão lateral direita mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

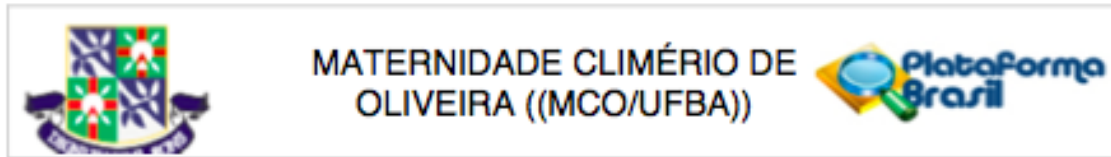
b. Excursão lateral esquerda mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

c. Protrusão mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

d. Desvio de linha média <input type="text"/> <input type="text"/> mm								
<input type="checkbox"/> 1	Direito							
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo							
<input type="checkbox"/> 3	NA							
<i>(NA: Nenhuma das opções acima)</i>								
7. Ruídos articulares nas excursões								
Ruídos direito								
	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina				
7.a Excursão Direita	0	1	2	3				
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3				
7.c Protrusão	0	1	2	3				
Ruídos esquerdo								
	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina				
7.d Excursão Direita	0	1	2	3				
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3				
7.f Protrusão	0	1	2	3				
INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10								
<p>O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.</p> <p>0 = Somente pressão (sem dor) 1 = dor leve 2 = dor moderada 3 = dor severa</p>								
8. Dor muscular extraoral com palpação								
	Direita				Esquerda			
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Dor articular com palpação								
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Dor muscular intraoral com palpação								
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3

Anexo III**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATIVIDADE CORTICAL EM PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR SUBMETIDOS A PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO E TOXINA BOTULÍNICA TIPO A: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E

Pesquisador: Abrahão Fontes Baptista

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05725512.1.0000.5543

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 149.600

Data da Relatoria: 21/11/2012

Apresentação do Projeto:

A dor de origem muscular e a disfunção dos músculos mastigatórios são os sintomas mais comuns encontrados nos pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM) e este quadro doloroso tende a se perpetuar, devido ao caráter de cronicidade da doença, acarretando alterações plásticas no sistema nervoso e dor crônica. Diversos autores têm mostrado nos últimos anos que o cérebro de um indivíduo que sente dor apresenta características e comportamento distintos ao de um sujeito sadio. Estudos experimentais sugerem que a lesão de estruturas musculoesqueléticas interfere no comportamento motor do córtex cerebral. Diante dos fundamentos, percebe-se que a dinâmica cortical dos portadores de DTM aguda e crônica não está suficientemente elucidada, emergindo questões sobre o real padrão de atividade no qual se encontram e como este se apresenta após aplicação das terapias supracitadas.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: Identificar o comportamento cortical de portadores de DTM aguda e crônica antes e após submissão a tratamento com TXB-A e protocolo fisioterapêutico.

SECUNDÁRIOS: Averiguar se há plasticidade mal adaptada na disfunção temporomandibular aguda e crônica; Verificar se há diferenças no comportamento cortical entre as DTM aguda e crônica; Avaliar a intensidade e magnitude de dor dos portadores de DTM, antes e depois do tratamento com TXB-A e Fisioterapia; Verificar se há diferenças nas repercussões corticais e na dor dos portadores de DTM aguda e crônica após tratados; Verificar se a combinação terapêutica é mais

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



efetiva do que os tratamentos isolados e se existe diferenças entre os dois perfis de disfunção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A TXB-A será injetada através de uma seringa diretamente no músculo masseter. Raramente este tipo de intervenção provoca efeitos indesejáveis como desconforto no local da injeção e ardor. O pesquisador responsável estará presente e avaliando todas as respostas ou qualquer outra relatada pelo paciente. Afim de minimizar os riscos e desconfortos, serão selecionados protocolos de tratamento previamente testados e aplicados por profissionais capacitados e treinados.

BENEFÍCIOS: A análise dos diversos tratamentos pode contribuir para a elaboração de estratégias terapêuticas, bem como, ser uma fonte de evidências que auxiliem no esclarecimento dos mecanismos neurofisiológicos envolvidos na lesão e recuperação das DTMs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ensaio clínico, controlado, randomizado e cego onde 40 indivíduos com diagnóstico de disfunção temporomandibular (DTM) serão divididos em agudos e crônicos e cada grande grupo será submetido à 4 tipos de intervenção: aplicação de toxina botulínica ou fisioterapia ou a combinação dos 2 primeiros tratamentos ou ζ controle ζ . Os pacientes serão seguidos por 4 meses uma vez por mês para avaliar melhora e efeitos colaterais. Todos pacientes serão avaliados antes e após utilizando uma série de questionários padronizados e Mapa corporal de Mooney, Escala Visual Analógica de Dor (EVA-D), Teste sensorial quantitativo (TSQ), Eletroencefalografia (EEG) e Estimulação Magnética Transcraniana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE contém as proteções e declarações obrigatórias.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PARECER CEP: Explicitar o que vai ser gasto no protocolo de pesquisa somente. Segundo Res. 196/96 VI.2.j - Orçamento financeiro detalhado da pesquisa:

RESPOSTA: O orçamento inclui equipamentos e medicações que já estão disponíveis no Laboratório de Eletroestimulação Funcional da Universidade Federal da Bahia, para uso dos pesquisadores. Desta forma, considerando o cálculo dos gastos reais, específicos deste protocolo de pesquisa, são excluídos os custos com materiais já disponíveis: 1 - Sistema BioStim e importação do sistema BioStim, 2 - Sistema de Aquisição de sinais Biopac e importação do mesmo, 3 - Sistema BrainNet de aquisição de dados para EEG e toucas de EEG, 3 - Notebook Macbook Pro, 4 - Toxina Botulínica Tipo A. Portanto, o orçamento financeiro tem seu total específico, incluindo apenas custos de

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

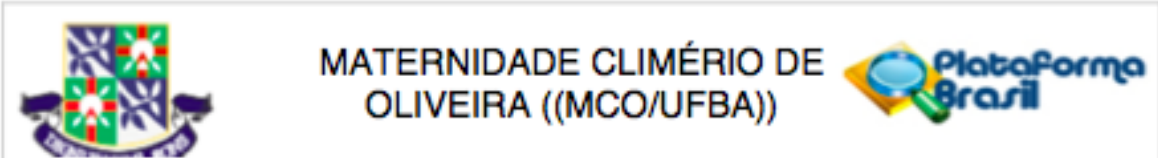
CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



materiais não disponíveis para uso, em R\$ 5.475,00. O projeto pleiteia financiamento próprio para a sua realização.

PARECER CEP: Aprovado

EXPRESSÃO: Não está descrito a origem dos pacientes do protocolo de pesquisa.

CORREÇÃO: A população de estudo da pesquisa será pacientes cadastrados e atendidos no ambulatório assistencial da Associação Bahiana de Odontologia (ABO), localizado no bairro Itaipara em Salvador, Bahia.

PARECER CEP: Aprovado

COMENTÁRIO ADICIONAL: Novo TCLE apresentado: comentário: no novo TCLE FOI excluída a nota de ressarcimento. Segundo a resolução 196/96: §II.13 Ressarcimento e cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa. §IV.1 h - As formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e §VI.3.h - Apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa. O pesquisador deve retornar os termos subtraídos na nova versão do TCLE.

Palavras para serem corrigidas/explicadas no TCLE: eletrodos adesivos; fidedignamente.

CORREÇÃO: Trecho TCLE... Direito dos participantes:

§ Os resultados deste estudo serão enviados para publicação em meios científicos (jornais, revistas, dentre outros).

§ Você não será identificado por nome e seus dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo, sob a guarda do Grupo de Pesquisa em Dinâmica Musculoesquelética, da UFBA.

§ Caso seja necessário, os custos adicionais relativos ao transporte do participante ao local de pesquisa e alimentação dos mesmos serão ressarcidos pela equipe de pesquisa do estudo.

PARECER CEP: Aprovado

Inexiste na referida proposição conflito administrativo, processual e ético que contra-indique a consequente continuidade da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Não há.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



SALVADOR, 21 de Novembro de 2012

Assinador por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Telefone: (71)3283-9210

Município: SALVADOR

CEP: 40.005-150

E-mail: cepmco@ufba.br

Anexo IV**RDC / TMD****AXIS II: PROTOCOLO DE PONTUAÇÃO PARA DOR CRÔNICA AVALIADA**

Nº de ID _____

Data: _____/_____/_____

ALGUMA DOR POR DTM RELATADA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? (Questionário, Questão 3)

Se NÃO, Dor Crônica Avaliada (DCA) = 0

Se SIM, Continuar

INTENSIDADE CARACTERÍSTICA DA DOR (ICD): (Escala DCA, Questões 7, 8, e 9). Calcular abaixo:

$$\text{ICD} = \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#7)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#8)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#9)}} = \text{_____} \text{ dividir por } 3 = \text{_____} \times 10 = \boxed{\text{_____}}$$

PONTOS DE INCAPACIDADE:**Dias de Incapacidade:** (Escala DCA, Questão 10)**Pontuação de Incapacidade:**

(Escala DCA, Questões 11, 12 e 13)

Número de dias incapacitados = $\frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#10)}}$ $\frac{\text{_____}}{\text{(Questão 11)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão 12)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão 13)}} = \text{_____}$

dividir por 3 = _____

x 10 = _____

0- 6 dias = 0 Pontos de incapacidadePontuação de **0 - 29** = 0 Pontos de incapacidade**7-14** dias = 1 Ponto de incapacidadePontuação de **30- 49** = 1 Ponto de incapacidade**15 - 30** dias = 2 Pontos de incapacidadePontuação de **50- 69** = 2 Pontos de incapacidade**31+** dias = 3 Pontos de incapacidadePontuação de **≥ 70** = 3 Pontos de incapacidade

$$\frac{\text{_____}}{\text{(Pontos por dias de incapacidade)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Pontos por pontuação de incapacidade)}} = \boxed{\text{_____}} \text{ (PONTOS DE INCAPACIDADE)}$$

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DA DOR CRÔNICA:**Grau 0** Sem dor por DTM nos últimos 6 meses

Baixa Incapacidade

Grau I Baixa Intensidade Intensidade Característica da Dor < 50, e menos do que 3 Pontos de Incapacidade**Grau II Alta Intensidade** Intensidade Característica da Dor ≥ 50, e menos do que 3 Pontos de Incapacidade

Alta Incapacidade

Grau III Limitação Moderada 3 a 4 Pontos de Incapacidade, independente da Intensidade Característica da dor**Grau IV Limitação Severa** 5 a 6 Pontos de Incapacidade, independente da Intensidade Característica da dor