

Igor Youssef Sabbagh Guimarães

**Índice Anamnético de Fonseca e Avaliação da Disfunção
Temporomandibular (AADOF) em pacientes atendidos no Núcleo de
Diagnóstico e Tratamento das DTMs da FOA/UNESP**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos
para obtenção do Título de Bacharel em Odontologia da
Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof^{ra}. Adj. Maria Cristina Rosifini Alves-Rezende

Araçatuba – SP

2013

Dedicatória

Dedicatória

Dedico este trabalho a meus pais, familiares, amigos e professores que contribuíram direta ou indiretamente com a minha formação acadêmica.

Agradecimentos

Agradecimentos

Agradeço a todos que me ajudaram no decorrer desta jornada, em especial:

A Deus, por me dar forças para continuar a caminhada.

A minha família, em especial a meus pais Elízeu e Dírce, e ao meu avô Sabbagh, meus grandes alicerces.

A minha namorada Renata por sempre me incentivar e compreender nos momentos difíceis.

A orientadora Prof^a.Adj. Maria Cristina Rosífini Alves-Rezende que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas pelo companheirismo e disponibilidade para me auxiliar em vários momentos.

Não diga tudo o que sabes
Não faças tudo o que podes
Não acredite em tudo que ouves
Não gaste tudo o que tens

Porque:

Quem diz tudo o que sabe,
Quem faz tudo o que pode,
Quem acredita em tudo o que ouve,
Quem gasta tudo o que tem;

Muitas vezes diz o que não convém,
Faz o que não deve,
Julga o que não vê,
Gasta o que não pode.
(Proverbia Árabe)

Resumo

Guimarães IYS; Alves-Rezende MCR. Índice Anamnético de Fonseca e Avaliação da Disfunção Temporomandibular (AADOOF) em pacientes atendidos no Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs da FOA/UNESP. 2013. 74p. (Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba.

RESUMO

Objetivos: Estabelecer o Índice Anamnético de Fonseca e a prevalência de sintomatologias para DTM (questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial) em pacientes atendidos no Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP no ano de 2011.

Metodologia: A amostragem foi composta por 50 pacientes de ambos os gêneros, com idade entre 19 a 75 anos. A DTM foi avaliada por meio de Questionário proposto pela Academia Americana de Dor Orofacial (American Academy of Orofacial Pain) e Índice anamnético de Fonseca.

Resultados: Observou-se que a faixa etária variou de 15 a 75 anos (74% do gênero feminino) e que 62% eram casados e o grau de instrução predominante foi ensino fundamental incompleto (24%). A atividade profissional mais prevalente foi funcionário doméstico (22%) e atividades de contato direto com o público (também 22%). A DTM severa foi encontrada em 38% dos pacientes e os sintomas mais referidos foram ruídos (74%) e cefaleia (72%). 56% dos pacientes relataram que tinham passado por tratamento odontológico recente e apenas 4% tinham histórico de trauma anterior ao início dos sintomas.

Conclusão: Com base nos resultados encontrados e na metodologia aplicada concluiu-se que os pacientes atendidos eram na sua maioria casados, com ensino fundamental incompleto, com atividades profissionais de contato direto com o público ou funcionários

domésticos. Essas pacientes eram na sua maioria do gênero feminino, com DTM severa e apresentando ruídos e cefaleia como sintomatologia predominante. A autopercepção do estresse foi semelhante em ambos os gêneros.

Palavras Chave: Articulação temporomandibular; Dor; Saúde Bucal

Abstract

Guimarães IYS; Alves-Rezende MCR. Index history of Fonseca and evaluation of Temporomandibular Disorders (AADOF) in patients treated at the Center for Diagnosis and Treatment of TMD/FOA / UNESP. (Academic Paper). Araçatuba: Faculty of Dentistry – São Paulo State University; 2013. 74p.

ABSTRACT

Objectives: This study evaluated the Anamnesis Index of Fonseca and the prevalence of TMD symptomatology (questionnaire orofacial pain and temporomandibular disorders recommended by the American Academy of Orofacial Pain) in patients treated at the Center for Diagnosis and Treatment of TMD, School of Dentistry Araçatuba, UNESP in year 2011.

Methodology: The sample comprised 50 patients of both genders, aged 19-75 years. The DTM was assessed by questionnaire proposed by the American Academy of Orofacial Pain (American Academy of Orofacial Pain) and Anamnesis Index Fonseca.

Results: It was observed that the age ranged 15-75 years (74% female) and 62% were married and educated elementary school was predominant (24%). The professional activity was most prevalent household employee (22%) and activities of direct contact with the public (also 22%). The severe TMD was found in 38% of patients and most reported symptoms were noise (74%) and headache (72%). 56% of patients reported that they had undergone recent dental treatment and only 4% had a history of trauma preceding the onset of symptoms.

Conclusion: Based on these results and the methodology applied concluded that patients treated were mostly married, with elementary education, professional activities with direct contact with the public or domestic staff. Self-perceived stress was similar in both genders.

Keywords: Temporomandibular Joint; pain; Oral Health.

Lista de Tabelas

Lista de Tabelas

Tabela 1. Questionário para avaliação de disfunção temporomandibular recomendado pela American Academy of Orofacial Pain (Academia Americana de Dor Orofacial)	49
Tabela 2. Índice Clínico de Fonseca (1992)	49
Tabela 3. Índice Anamnético de Fonseca (1992)	50
Tabela 4 – Idade da amostra	52
Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil	54
Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto à atividade profissional	54
Tabela 7 – Distribuição da Amostra quanto ao grau de instrução	55
Tabela 8 – Índice Anamnético de Fonseca	56
Tabela 9 – Origem/localização da dor (Academia Americana de Dor Orofacial)	57
Tabela 10 – Sintomatologia de DTM - Academia Americana de Dor Orofacial	58

Lista de Gráficos

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto à idade	52
Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto ao gênero	53
Gráfico 3 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil	53
Gráfico 4 – Distribuição da amostra quanto à atividade profissional	55
Gráfico 5 – Distribuição da Amostra quanto ao grau de instrução	56
Gráfico 6 – Índice Anamnético de Fonseca	56
Gráfico 7 – Origem/localização da dor (Academia Americana de Dor Orofacial)	57
Gráfico 8 – Histórico de trauma recente (Academia Americana de Dor Orofacial)	57
Gráfico 9 – Tratamento odontológico recente (Academia Americana de Dor Orofacial)	58
Gráfico 10 - Sintomatologia de DTM - Academia Americana de Dor Orofacial	59
Gráfico 11 – Autopercepção do estresse	59
Gráfico 12 – Autopercepção do estresse (gênero masculino)	60
Gráfico 13 – Autopercepção do estresse (gênero feminino)	60

Lista de Figuras

Lista de Figuras

Figura 1. Hipertrofia do músculo masseter direito em paciente incluído na amostra 46

Figura 2. Hipertrofia do músculo masseter esquerdo em paciente incluído na amostra 46

Sumário

Sumário

Introdução	20
Revisão da Literatura	24
Proposição	44
Material e Método	46
Resultados	51
Discussão	61
Conclusão	65
Referências	67

Introdução

Introdução

A origem da desordem temporomandibular ainda não é muito bem definida podendo ser atribuída a fatores locais, como parafunção, fatores sistêmicos como o estresse, assim como a fatores hereditários, como anatomia individual das estruturas. As formas mais conhecidas são DTM muscular, DTM articular e DTM muscular com comprometimento articular. A DTM muscular é a mais freqüente delas e ocorre diante da disfunção dos músculos envolvidos na mastigação. Roer unhas, morder pontas de caneta ou mascar chicletes excessivamente são situações que podem levar à fadiga muscular gerando dor. A DTM articular é menos freqüente mas não menos problemática e caracteriza-se por desordens nas estruturas ósseas e/ou no disco articular que envolve a articulação temporo-mandibular. Estas podem ter origem em doenças degenerativas como artrose ou em variações anatômicas que predisõem deslocamento do disco articular, entre diversos outros fatores. A incidência de DTM é maior em mulheres e mais freqüente em seu período fértil, onde estudos mostram a ligação direta com os hormônios femininos que predominam nesta fase¹.

Biasotto-Gonzalez² expõe que a DTM tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos, sendo que até os 40 anos, a principal causa é de origem muscular, DTM miogênica, já a partir dos 40 anos, o principal fator etiológico é a degeneração articular, DTM artrogênica. Alamoudi et al.³ mostraram que os distúrbios funcionais do sistema mastigatório são comuns em crianças e adolescentes, e tendem a aumentar na fase adulta. Thilander et al.⁴ afirmam as DTMs podem apresentar como principais fatores etiológicos hábitos parafuncionais e alterações oclusais durante a infância. Estes hábitos podem aparecer em decorrência de conflitos familiares, pressão escolar, estresse, entre outros fatores emocionais.

Yap⁵ destaca que os aspectos psicológicos exercem influência sobre a ATM. Tensão leva ao bruxismo, que inclui o ranger e ou apertar os dentes. Winocur et al.⁶ afirmam que alterações psicológicas como a ansiedade, pode ser causa de DTM.

Geralmente médicos e cirurgiões dentistas não estão capacitados para diagnosticar a DTM. Não investigam a causa e tratam somente o sintoma, concorrendo assim para que o problema não se resolva definitivamente. Este é um tema não muito explorado pela grande maioria dos cirurgiões dentistas, responsáveis pela área de DTM. Devido a essa deficiência as desordens são frequentes.

A dor da DTM ocasionalmente pode ser mais grave ao mastigar e leva à restrição dos movimentos mandibulares. Os pacientes normalmente descrevem-na como pobremente localizada, contínua, surda, tipicamente ao redor do ouvido, ângulo da mandíbula, face e área temporal. Entretanto, a dor também tem sido descrita nos maxilares, dentes e pescoço, comumente unilateral, mas podendo também ocorrer bilateralmente. Alguns pacientes têm maior pico de dor no período da manhã ou no final da tarde, sem um padrão fixo¹.

A prevalência de indivíduos com necessidade de tratamento é relativamente alta em populações aleatórias. A literatura cita valores que variam entre 5 e 15 %, isto é, considerando os valores mais otimistas, de uma população de 200 milhões de brasileiros, pelo menos 40 milhões de pessoas necessitariam de tratamento^{2,7}.

A etiologia das DTM tem sido um dos assuntos mais controvertidos, embora um dos mais estudados na Odontologia, e sua importância é, sem dúvida, vital para o sucesso terapêutico e o estabelecimento de um programa de prevenção. O diagnóstico da DTM é algo que deve ser feito cuidadosa e criteriosamente, pois são muitas as

doenças e disfunções que originam sintomas semelhantes, tais como: problemas de origem odontogênica, cefaleia tensional, enxaquecas, fibromialgia, sinusite, distúrbios de glândulas salivares, neuralgias, problemas cervicais, problemas otológicos e artrites, dentre outras¹⁻⁷.

Na Odontologia, têm-se exemplos clássicos da relação causa-efeito, como ocorrem na doença periodontal e cárie. Mas, tratando-se de DTM, o problema assume outra dimensão, pois as causas etiológicas são múltiplas, algumas provavelmente ainda desconhecidas. Dois fatores chamam a atenção dos profissionais habituados a tratar de pacientes com DTM: são indivíduos com problemas oclusais e com um bom nível de estresse, problemas estes extremamente comuns na população em geral. Aceita-se também que o que o bruxismo, hábitos parafuncionais, consumo de álcool e tabaco também atuem de forma isolada ou associada na gênese da disfunção temporomandibular¹.

Revisão da Literatura

Revisão da Literatura

Trabalhos relacionados à prevalência da disfunção temporomandibular (DTM) mostram que uma grande parcela da população apresenta sinais e sintomas da disfunção em níveis subclínicos e clínicos. Assim, encontra-se alta prevalência de sinais e sintomas de DTM em indivíduos considerados não-pacientes, isto é, aqueles que não recorrem a tratamento. A classificação das amostras de não pacientes estudadas quanto à severidade da DTM pode indicar indivíduos com reais necessidades de tratamento. Fonseca⁸ e Kuttilla et al.⁹ afirmam que os voluntários com DTM moderada e severa deveriam ser conduzidos a tratamentos específicos. No entanto, Kuttilla et al.⁹ observaram que apenas 7% desses indivíduos são indicados corretamente para um tratamento especializado. Na busca de processos avaliativos mais simples e que pudessem atingir uma grande área de aplicabilidade, para uso em estudos epidemiológicos e padronização das amostras da pesquisa, alguns autores procuraram elaborar questionários que abrangessem os principais achados clínicos da DTM. A atribuição de índices clínicos e anamnésicos permitiram identificar os sinais e sintomas de DTM e classificá-los em diferentes níveis de severidade¹⁰.

A disfunção temporomandibular, segundo algumas definições, seria qualquer desarmonia que ocorre nas relações morfofuncionais: dos dentes, suas estruturas de suporte; maxilares; articulações temporomandibulares; músculos da mastigação; músculos dos lábios, língua, pescoço e os suprimentos vasculares e neurais das estruturas supracitadas. Em algumas outras definições está incluída também a idéia da existência de uma ruptura intrínseca das funções normais e ótimas do sistema, de forma que uma inter-relação harmoniosa dos vários órgãos componentes não mais existe¹¹.

Diversos fatores podem estar relacionados à etiologia da DTM, sendo que dentre eles estão: mal oclusão, falta de dentes, restaurações ou próteses mal adaptadas, mastigação unilateral, hábitos bucais inadequados, má-postura, tensão emocional, estresse, patologia ou trauma na articulação, fatores sistêmicos entre outros¹². É claro que muitas vezes esses fatores estão associados e os fatores que determinarão se o paciente apresenta ou não a desordem serão a tolerância fisiológica e a tolerância estrutural do indivíduo¹³. Existem muitos sinais e sintomas que podem estar relacionadas à DTM. Dentre os mais comuns está a dor nos músculos da mastigação e/ou na ATM¹. Quando há dor, devemos obter informações sobre sua localização, comportamento, tipo, duração e intensidade. A dor pode ser localizada quando o paciente aponta a área específica, ou pode aparecer como uma grande área mal definida. O local pode ser sempre o mesmo ou a dor pode estar irradiada. O comportamento da dor é avaliado através do relato do paciente quanto aos episódios em que ela ocorre: se a dor é constante ou intermitente, se ocorrem surtos ou períodos de dor e se há fatores que intensificam ou aliviam a dor. O tipo de dor pode ser definido como difusa ou aguda. A duração refere-se tanto à extensão do episódio (dias, semanas ou meses), quanto à permanência da dor durante um episódio (se ela não for constante). A intensidade é definida pelo paciente através de uma escala; como o grau de percepção varia de pessoa para pessoa, não deve haver índice único para a avaliação da dor¹³.

A grande intimidade existente entre o homem e a dor torna particularmente difícil uma conceituação precisa do assunto. Mesmo sendo um fenômeno universal, tão extensamente presente na vida das pessoas, pode-se dizer que ainda paira uma sensação de desconhecimento a seu respeito¹⁴. Muitas teorias sobre dor têm sido acumuladas ao longo dos séculos e, com elas, muitas controvérsias¹⁵. Por anos predominaram teorias sobre dor, com caráter puramente organicista. Porém, foi somente

a partir da segunda metade do século XX, mais precisamente década de 50, que a dor passou a ser entendida como um fenômeno multidimensional, adquirindo assim, uma conotação biopsicossocial. Com isso, tornou-se possível uma melhor compreensão acerca da neuranatomia e neurofisiologia da dor, seus componentes psicológicos, mecanismos modulatórios, sintomatologia clínica e comportamento doloroso¹⁶. Sociedades médicas relacionadas à dor foram surgindo no mundo todo a partir da metade do século XX. Porém, foi com a fundação da International Association for the Study of Pain¹⁷ por Bonica¹⁸ que, a partir de 1975, permitiu que muitos estudos sobre o assunto passassem a ser publicados em revistas especializadas.

Sabe-se hoje que a dor é um fenômeno de natureza complexa, cuja expressão se reveste de subjetividade, de difícil mensuração, que se manifesta clinicamente a partir de uma grande diversidade de maneiras, podendo apresentar inúmeros fatores causais^{19,20}. Seus modos de expressão, bem como seu significado, variam entre as diferentes culturas e entre indivíduos, apesar das semelhanças anatômicas e fisiológicas. A definição proposta pela IASP é considerada atualmente uma das mais aceitas pela comunidade científica e pelos clínicos: “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”¹⁷. De acordo com esta definição, a experiência da dor vai além da existência de estímulos nociceptivos e sua percepção no sistema nervoso. Ela representa um tipo e significado particular de experiência humana chamada sofrimento que, por sua vez, é expresso por meio de sinais objetivos de comportamento que precisam ser considerados e compreendidos¹³. Além de ser um indicador de algo que não vai bem ao corpo, a dor possui um forte componente motivacional, responsável pelos reflexos de defesa ante os agentes nociceptivos²¹. Além disso, a experiência da dor estimula o processo de organização do psiquismo¹⁶. A intensidade e as características da dor podem variar de

acordo com estímulos externos e internos, como atividade hormonal, física e mental, afecções sistêmicas e condições climáticas¹⁵. A dor tem sido classificada de inúmeras maneiras. Uma delas propõe uma classificação segundo seu tempo de duração. De acordo com o Comitê de Taxonomia da IASP, existem três categorias temporais de dor: 1) duração de menos de um mês; 2) duração de um a seis meses e 3) duração de mais de seis meses¹⁷. No entanto, segundo alguns autores, a definição de dor, segundo o critério de duração podem criar dificuldades. A literatura aponta diferentes intervalos de tempo para definir tanto uma como outra²².

Turk e Melzack²³ propõem uma classificação com propósito didático, que considera a duração da dor como critério referencial. Segundo esses autores a dor pode ser: aguda, crônica e recorrente. A dor aguda alerta para a ocorrência de lesões teciduais e podem resultar de processos inflamatórios ou traumáticos, neuropatias, isquemias, neoplasias ou outros. Desaparece com a supressão do processo causal. Pode classificar-se em somática, neuropática e psicogênica. As dores somática e neuropática podem originar-se de lesões tegumentares, sub-tegumentares e profundas (vísceras, aparelho locomotor, estruturas nervosas). A dor psicogênica manifesta-se quando há escassez de dados clínicos etiológicos podendo ser secundária a distúrbios psiquiátricos como os transtornos somatoformes²⁴. Quando a dor persiste por apenas alguns dias ou semanas, em decorrência de alguma lesão traumática, forçando o indivíduo a poupar a região lesada do risco de dano adicional, ou seja, desempenhando uma função protetora, é chamada de dor persistente.

Alguns autores, entretanto, não a distinguem da dor crônica²¹. Esta persiste além do tempo previsto para a cura da lesão ou decorre de processos patológicos crônicos. Perdura às vezes por meses ou anos. É uma dor vaga ou mal delimitada e pode ser decorrente ou agravada por fatores estressantes ambientais ou psicopatológicos¹⁵.

Quando a dor se torna persistente ou crônica, as pessoas podem experimentar altos níveis de estresse, muitas vezes insuportáveis, podendo produzir graves conseqüências sobre o psiquismo e a sua vida como um todo. Causa um impacto negativo sobre a doença e sua recuperação. Além disso, pode transformar-se na própria doença. O sofrimento pela dor é uma porta de entrada para muitos distúrbios físicos e psíquicos¹⁵.

Segundo Loduca²⁵ o sofrimento imposto pela dor pode ser entendido sob três enfoques. O existencial, quando a dor representa uma ameaça ou impedimento à realização de um projeto de vida. Circunstancial, quando a dor estimula sentimentos de ameaça por situações externas como exames, relações com a equipe de saúde e iatrogenia. Finalmente, o sofrimento pela dor pode evocar experiências pré-existentes, exacerbando conflitos emocionais ou familiares anteriores.

Apesar dos notáveis avanços tecnológicos e do melhor entendimento sobre esse complexo fenômeno que é a dor, observados nas últimas décadas e que muito têm contribuído para o seu diagnóstico e tratamento, a prevalência da dor crônica, por suas repercussões sobre o cotidiano do indivíduo, é considerada problema de saúde pública²⁶.

De um modo geral, diversos fatores podem contribuir para isso: aumento da longevidade e da sobrevida de pessoas portadoras de patologias anteriormente consideradas fatais; modificações no ambiente físico, nem sempre ergonômico; piora nos hábitos de vida como má alimentação que, juntamente com o sedentarismo respondem pela alta prevalência da obesidade e conseqüentemente da dor; estresse, condição presente no cotidiano da vida de tantas pessoas²⁷; carga horária de trabalho excessiva; competitividade profissional; dificuldades econômicas e familiares; falta de lazer; solidão afetiva e tantas outras condições estressantes da vida moderna, também oferecem a sua contribuição para aumentar os índices de dor crônica. Portadores de perturbações da

articulação temporomandibular referem com frequência este cenário como estilo de vida habitual²⁷.

Muitas são as consequências negativas que a dor crônica exerce sobre o psiquismo e a qualidade de vida das pessoas²⁵. Pode desencadear, por exemplo, sentimentos de angústia, ansiedade, raiva, irritabilidade, tristeza e desconfiança. Restringe a atividade física, dificulta o convívio familiar e social, altera a percepção corporal, prejudica os recursos emocionais e cognitivos, inibe o apetite sexual, compromete a auto-estima, aumenta o sentimento de rejeição social e profissional, altera o sistema de crenças e gera preocupações em relação ao futuro. Além disso, piora a qualidade do sono, agravando a condição geral de saúde que, por sua vez, compromete a percepção e o manejo da dor, além de agravar doenças pré-existentes e reduzir a imunidade do organismo. Por conta de tantas condições desfavoráveis que afetam de muitas maneiras a vida e o psiquismo do portador de dor crônica, sua abordagem diagnóstica e terapêutica nem sempre é fácil. Isso é particularmente observado no tratamento dos distúrbios da articulação temporomandibular que envolvem dor orofacial²⁸.

Denomina-se “Dor Orofacial” ao conjunto de condições dolorosas provenientes da boca e face própria, porém, não exclusiva da área odontológica. Inclui a dor de dente, as disfunções, neuralgias, alguns tipos de cefaléias e outros quadros dolorosos²⁹. Apesar do grande desenvolvimento de pesquisas na área, muitos aspectos da dor orofacial ainda não foram esclarecidos. Há muitas dúvidas sobre a fisiopatologia das dores crônicas em geral, seu controle e interações medicamentosas. A forte presença de fatores emocionais tanto na etiologia como na manutenção de alguns quadros, como nos distúrbios da articulação temporomandibular, tem sido apontada por clínicos de diversas áreas da saúde que atuam na área de dor³⁰. No entanto, apesar dos prejuízos causados por problemas emocionais sobre a vida das pessoas, observa-se na prática clínica que

muitas delas não aderem às propostas terapêuticas psicológicas³⁰. Essa resistência em reconhecer a presença de aspectos emocionais na etiologia e agravamento de muitas doenças, partilhada inclusive por alguns clínicos, leva ambos a priorizar terapêuticas físicas, na tentativa de aliviar seu sofrimento. Tal conduta pode explicar a ocorrência de casos de insucesso e recidivas. A longa convivência com a dor pode estimular no paciente conflitos cognitivos e emocionais que determinam diferentes padrões de comportamento que, por sua vez, dificultam e até mesmo inviabilizam o tratamento²⁵. Tal como no adoecer, a vivência da dor crônica pode levar o paciente a experimentar um processo de regressão há um tempo precoce de sua vida, chamado narcisismo, no qual predomina um modo de funcionamento psíquico caracterizado pela presença de sentimentos ligados a vivências de desamparo, medo, necessidade de ser cuidado por alguém com capacidade de empatia e poder de proteção, tal como a mãe ou sua substituta. A emergência de tais emoções desencadeia muita angústia no próprio paciente que, ao mesmo tempo pode reconhecer sua condição de pessoa adulta, com capacidade de autonomia, até o momento em que é atingido por seus sintomas ou doença, o que pode abalar sua auto-imagem e criar a necessidade de cuidados para resgatá-la. Essa tentativa, muitas vezes desesperada, de resgate da auto-estima por parte do paciente e seus familiares pode-se manifestar na forma de exigências ansiosas para com o profissional de saúde³¹. Esses processos são, na maioria das vezes, inconscientes por parte do paciente que repete, junto ao seu profissional cuidador, padrões de vinculação afetiva primária.

Por sua vez, os componentes pessoais e inconscientes do profissional da saúde também são decisivos na determinação da qualidade humana dessa relação. São estes, pois, os ingredientes particulares e mais importantes que compõem a chamada relação profissional – paciente que vai muito além da oferta de conhecimentos teóricos,

procedimentos técnicos e conduta ética^{32,33}. Por isso, o primeiro passo em direção a uma terapêutica eficaz de quadros dolorosos crônicos é considerar a relação empática entre profissional e paciente como a primeira e talvez mais importante ferramenta de trabalho. Relação esta, que não deve ser estabelecida prioritariamente entre sintoma e técnica. Deve, acima de tudo significar um encontro humanizado entre duas pessoas: por um lado aquela que adoece e sofre e por outro, a que se sensibiliza e cuida³³.

Em levantamento realizado em 2005 a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor reconheceu que mais de 10 milhões de pessoas no Brasil são acometidas por algum tipo de dor orofacial³⁴.

O ensino médico e odontológico, entretanto, não tem priorizado questões relativas à relação profissional-paciente. A grande maioria dos médicos e Cirurgiões-Dentistas ignora o significado dos conceitos de transferência e contratransferência psicológica, fenômeno inevitável presente na dinâmica de todo ato clínico³⁵.

Há quase um século a dor vem sendo analisada sob o conceito da interdisciplinaridade. A etiologia da dor passou assim a ser vista sob um enfoque biopsicossocial. Por isso, alguns autores modernos preconizam não apenas uma abordagem interdisciplinar, mas, também individualizada no tratamento do paciente²⁷.

Assim, a questão da relação terapêutica, reveste-se ainda de mais importância. A equipe de trabalho deve ser realmente interdisciplinar e atuar de forma harmônica em relação às necessidades clínicas do paciente que, por sua vez, deve sentir-se como parte dela, participando de maneira ativa do seu tratamento. Cabe lembrar que o paciente, apesar de estar sofrendo, pode e deve ser estimulado e encorajado a utilizar seus recursos cognitivos e comportamentais de enfrentamento de seus problemas³⁶. A questão da formação profissional na área de dor é bastante referida na literatura.

Do ponto de vista acadêmico, ressaltam-se as deficiências curriculares, tanto na formação médica como odontológica, que não abordam teoricamente o assunto em toda sua extensão e complexidade^{37,38}. O mesmo pode-se dizer quanto ao treinamento técnico dos futuros profissionais na prática do diagnóstico e tratamento de muitos quadros que compõem as chamadas dores orofaciais³⁹. A falta de informação por parte dos clínicos a respeito das diferenças entre dor aguda e dor crônica, métodos de mensuração da dor e sobre os cuidados apropriados destinados ao paciente com dor, contribuem para as dificuldades diagnósticas e terapêuticas das dores orofaciais. Além disso, observa-se uma visão fragmentada da dor com ênfase nas especialidades médicas e odontológicas, além da insistência na utilização empírica de medicamentos (tipos dosagens e intervalos inadequados)^{13,15}.

Enfim, a ênfase excessivamente tecnicista atribuída ao trabalho em dor, em detrimento de uma abordagem humanista é outro aspecto da deficiência da formação profissional apontado por alguns autores⁴⁰. Alguns requisitos pessoais e profissionais são considerados necessários e podem contribuir para uma atuação clínica mais adequada e eficaz daqueles que atuam na área de dor³³. A boa formação acadêmica é importante pelo suporte teórico-técnico necessário e permite ao profissional não se prender a estereótipos, devendo ajudá-lo inclusive, a ser tolerante e humilde ao deparar-se com situações de conhecimento científico e clínico pouco esclarecido e dominado. Já, do ponto de vista pessoal, espera-se que ele seja capaz de suportar frustrações, criar vínculo positivo com o paciente, apesar de suas resistências e por vezes desconfiança. Enfim, ter capacidade de empatia, de suportar e conviver com as várias formas de sofrimento, sem nunca perder de vista um importante e simples gesto de ouvir o paciente, para que este, em meio aos seus infortúnios, possa ao menos ser poupado de experimentar uma das piores dores que é a de não ser compreendido e respeitado como

pessoa²⁷. Algumas pesquisas têm mostrado que, sob a óptica de pacientes portadores de dor e de doenças graves em estado avançado e de seus familiares, algumas atitudes profissionais como o suporte emocional e a capacidade de comunicação, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados⁴¹. Além disso, ressalta-se a importância da atitude ética por parte dos profissionais de saúde, que deve sempre nortear sua prática clínica.

No final do século XX a ética tornou-se um tema sempre em pauta na literatura. No campo da saúde, as questões da ética aplicada, denominada bioética, procuram contribuir na busca de respostas equilibradas para os dilemas que constantemente se apresentam no relacionamento entre pacientes, profissionais, ciência e Estado⁴². Princípios como beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e à justiça são apontados por vários autores como pontos essenciais que devem nortear a prática dos profissionais de saúde, visando à preservação da dignidade humana⁴³.

Sob essa óptica, questões como a necessidade de reestruturação da formação acadêmica e produção científica que refletem diretamente sobre a atuação profissional têm sido motivo de análise e reflexão. A Resolução 04/1982 do Conselho Federal de Educação determinou a inclusão da disciplina Psicologia no currículo mínimo do curso de Odontologia. No entanto, o CD, via de regra, não demonstra estar preparado para entender e manejar as manifestações emocionais presentes no comportamento do paciente. A dificuldade envolve, inclusive, o manejo da sua própria conduta profissional. Kulich et al.⁴⁴ apontam três categorias de qualificação profissional importantes para o bom desempenho do cirurgião-dentista: habilidades interpessoais, clínicas e intrapessoais (autoconfiança, tolerância ao estresse e capacidade administrativa). Ressaltam também as deficiências no currículo acadêmico do odontólogo, que não

enfocam os aspectos necessários ao desenvolvimento da maioria das referidas qualificações profissionais.

Fatores econômicos como o alto custo da formação técnica e custos em investimentos para iniciar a prática profissional, condições de trabalho desfavoráveis, além das deficiências no currículo acadêmico, que não abordam adequadamente o tema dor e a importância da relação profissional-paciente são ressaltados por Wasoski⁴⁵. A importância de algumas medidas como o engajamento em organizações de classe locais e nacionais que podem ajudar a melhorar a prática e o ambiente profissional, além de paradas freqüentes e exercícios de relaxamento, que podem minimizar o nível de estresse também são lembradas.

Para Figueiró et al.⁴⁶ não basta aos profissionais que atuam na área compreender a dor do paciente, mas sim, a pessoa do paciente como um todo. Para tanto, o enfoque biopsicossocial se torna elemento essencial na medida que possibilita a percepção do homem integralmente, isto é perceber que a partir de suas potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que o paciente enfrenta o cotidiano de sua vida nas mais diferentes situações⁴⁷. O nível biológico é constituído de suas características físicas, herdadas ou adquiridas. Envolve o metabolismo, resistências e vulnerabilidades dos órgãos e sistemas. O nível psicológico refere-se aos processos afetivos, emocionais e cognitivos que definem a personalidade, o modo de percepção e o tipo de vivência particular que cada pessoa experimenta na vida. O nível social indica os valores, crenças e papéis desempenhados pelo homem nas mais diferentes situações. A dimensão social também inclui o meio ambiente e a localização geográfica.

A interligação de cada uma dessas dimensões permite que se compreendam melhor as pessoas, suas experiências, seu comportamento e o padrão de sua qualidade de vida. O modo como se processa essa interligação de experiências humanas é muito

particular, varia de pessoa para pessoa, em função das diferentes representações e significados que essas experiências representam para cada um. No entanto, a lente através da qual as pessoas atribuem significados às suas mais diferentes experiências é sempre afetiva.

Ballone et al.⁴⁸ descreve criteriosamente o processo vivencial das experiências humanas, afirmando que cada pessoa tem sua lente afetiva, ou seja, sua própria tonalidade afetiva, portanto, cada um valoriza a seu modo os fatos que lhe sucedem. Podem ser percebidos com mais animação, empolgação, desinteresse, insegurança, ou com confiança, prazer, ânimo e assim por diante, dependendo da tonalidade afetiva de cada um. Portanto, objetivamente falando, os fatos em si não querem dizer muita coisa, mas, as vivências sim”. Tais conceitos parecem bastante importantes e precisam ser considerados, quando se tem por objetivo procurar entender mais profundamente o modo como as pessoas se comportam, seus potenciais e dificuldades em diferentes situações. Isso vale tanto para aquele que padece de dor como para pessoas que se ocupam em tratar pessoas com dor.

O clínico tem uma grande responsabilidade na avaliação, diagnóstico e tratamento da dor pelo tipo e mecanismo para determinar a etiologia e o plano final de tratamento. Elaborar um diagnóstico diferencial é fundamental, uma vez que cada desordem dolorosa é única em sua resposta para cada tipo de tratamento.

Lipton et al.⁴⁹ examinando 45.711 famílias americanas relataram que aproximadamente 22% tinham experimentado dor orofacial nos últimos 6 meses que antecederam o estudo. O tipo mais comum de dor orofacial era a dor de origem dentária, relatada por 12,2% da população. Dor na articulação temporomandibular foi relatada por 5,3% da população, e a dor na face ou bochecha, por 1,4%.

O tratamento da dor orofacial envolve o conhecimento minucioso da queixa de dor do paciente. Somente com esta condição pode ser feito um diagnóstico correto e selecionar o tratamento. Deve ser realizada uma anamnese completa, exames complementares e exames radiográficos apropriados, testes de diagnóstico diferencial. O paciente deve descrever detalhadamente os sintomas e é realizada palpação da face e mandíbula (articulação e músculos da mastigação) para definir os locais de dor ou hipersensibilidade, ausculta dos ruídos articulares e observar a limitação ou travamento do movimento de abertura e fechamento da boca.

As desordens que acometem a articulação temporomandibular são responsáveis por uma sintomatologia diversificada, de difícil diagnóstico e tratamento, que envolve principalmente manifestações de dor e incoordenação muscular, relacionada ao desequilíbrio biomecânico não apenas da própria articulação, como também de áreas circunvizinhas, incluindo-se a região cervical.

A dificuldade de diagnóstico baseia-se na controvérsia existente sobre os fatores etiológicos e mecanismos patogênicos que envolvem a articulação e as estruturas a ela relacionadas⁵⁰.

A Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain*) - organização de profissionais de saúde dedicada a aliviar a dor e o sofrimento através da promoção da excelência no ensino, pesquisa e assistência ao paciente no campo da dor orofacial e distúrbios associados, criada há duas décadas e meia, objetiva:

1. Estabelecer critérios aceitáveis para o diagnóstico e tratamento da dor orofacial e desordens temporomandibulares;
2. Destacar a significativa incidência de problemas de dor orofacial, tanto para médicos como para cirurgiões-dentistas;

3. Fornecer base para a divulgação de pesquisas no tratamento da dor orofacial e desordens temporomandibulares
4. Apoiar o periódico *Journal of Orofacial Pain*, salientando pesquisas e estudos em curso sobre dor orofacial e desordens temporomandibulares
5. Incentivar o estudo da dor orofacial e desordens temporomandibulares em níveis de graduação e pós-graduação da educação odontológica
6. Fornecer um terreno comum de reunião de autoridades de nível mundial em dor orofacial e desordens temporomandibulares
7. Incentivar os hospitais e escolas de odontologia a estabelecer centros para o tratamento da dor orofacial e desordens temporomandibulares
8. Incentivar a investigação e avaliação dos equipamentos e procedimentos
9. Publicar orientações para as normas de boas práticas, o tratamento e indicações de pesquisa para o envolvimento de terceiros.
10. Disseminar as informações pertinentes sobre a dor orofacial e distúrbios temporomandibulares para outros profissionais de saúde

Assim, a Academia Americana de Dor Orofacial estabeleceu diretrizes para classificação, avaliação e tratamento das dores orofaciais: a) definida por um termo coletivo que engloba um número de problemas clínicos envolvendo a musculatura mastigatória, a ATM e estruturas associadas, as DTM têm por principais manifestações clínicas a dor em músculos mastigatórios, região pré-auricular e/ou ATM, que pode agravar-se com a manipulação ou função, movimentos mandibulares assimétricos e/ou bloqueios e ruídos articulares; b) apresenta como queixas mais comuns a dor de cabeça, dor de ouvido e dor orofacial, assim como hipertrofia muscular e hábito oclusal anormal; c) têm manifestações estimadas em 75% da população americana, sendo que provavelmente 5 a 7% precisarão de tratamento, d) tem proporção estimada da ordem de

4:1 e 6:1 entre mulheres e homens que procuram tratamento, respectivamente, encontrando-se na faixa etária entre a segunda e quarta décadas de vida⁵¹.

Outrossim, a Academia Americana de Dor Orofacial (American Academy of Orofacial Pain) preconiza questionário auto-explicativo de triagem de distúrbios da Articulação temporomandibular. Composto por dez questões direcionadas, com respostas sim/não, aos sintomas mais freqüentes de dor orofacial e distúrbios da articulação temporomandibular. A resposta afirmativa a qualquer uma das dez questões não constitui base para o diagnóstico, mas sim para a identificação de alterações no paciente, e, como tal, auxilia sobremaneira na construção do diagnóstico. Reisine et al.⁵² estudaram a utilidade da aplicação de indicadores padronizados, incluindo o questionário McGill, para medir o impacto da dor orofacial na qualidade de vida de 152 pacientes. Entre as condições estudadas, 48 pacientes apresentavam DTM, 33 doenças periodontais, 23 próteses e 48 pacientes em situação de retorno clínico por diversas condições. Os três primeiros grupos de pacientes relataram diferentes impactos na qualidade de vida e o impacto foi, particularmente, severo para os portadores de DTM. Os indicadores utilizados foram sensíveis para diferenciar entre os grupos de pacientes e foram considerados promissores no acompanhamento da qualidade de vida e na coleta de dados epidemiológicos. Embora existam evidências para acreditar que as DTM e outras condições dolorosas da face causem algum impacto na qualidade de vida, um pequeno número de estudos documenta o uso de questionários específicos ou mesmo de ferramentas multidimensionais com este intuito¹.

Borel et al.⁵³ estudaram a prevalência de sinais e sintomas pertinentes aos distúrbios da articulação temporomandibular entre universitários da Faculdade de Minas/Faminas, e observaram alta prevalência no sexo feminino de hábitos parafuncionais, alterações posturais e alterações da força mastigatória.

Souza⁵⁴ avaliou a prevalência da dor, em particular, a cefaléia no intervalo das últimas 24 horas em estudantes universitários. Seus resultados mostraram que a dor mais prevalente foi a cefaléia com 18,9%(79/417) seguida pela dor na coluna com 11,8%. A cefaléia foi mais freqüente em mulheres 23,8% numa relação homem/mulher de 1:1,7. Utilizando a Classificação Internacional das Cefaléias, proposta em 2004, os resultados revelaram que, entre as mulheres, a prevalência da cefaléia de padrão tensional foi de 5,7% e de 2,4% para os homens numa relação de 1:2,4. E, de padrão migranoso, de 2,9% para mulheres e 1,4% para homens numa relação de 1:2,07. Observou-se uma maior prevalência de cefaléia (22,8%) nos estudantes que não faziam atividade física ($p=0,035$) e ainda, constatou-se que, quanto maior o nível de estresse, maior a prevalência de cefaléia ($p<0,001$) assim como, quando as horas de sono não satisfaziam as necessidades individuais dos estudantes, a prevalência da cefaléia era maior ($p=0,001$) comparando com aqueles cujas horas de sono satisfaziam. Em relação à existência de problemas de saúde, verificou-se que 25,4% dos estudantes referiram cefaléia ($p=0,030$) numa freqüência maior que entre os que não apresentaram problemas de saúde. Quanto ao uso de medicação, a dipirona foi a droga mais utilizada (52,8%) entre os estudantes que referiram cefaléia sendo administrada pela automedicação. Na análise multivariada dos fatores explicativos da cefaléia, o modelo ajustado de regressão logística permitiu estimar que os estudantes que dizem que seu nível de estresse é regular ou alto, não estão satisfeitos com o seu sono e são do gênero feminino têm probabilidade de 31,8% de apresentarem cefaléia.

Ferraz et al.⁵⁵ determinaram o índice de universitários do Curso de Sistema de Informação Faculdade de Minas/Faminas com dor lombar. Seus resultados apontaram que 86,4% dos estudantes necessitavam de orientações e 13,6% eram sedentários e necessitavam de atividade física. Outrossim, os alunos do curso de Sistema de

Informação mostravam-se bem informados sobre as possíveis disfunções lombares que poderiam acometê-los e quanto ao risco ocupacional.

Por sua etiologia multifatorial a DTM exige tratamento multi ou interdisciplinar, sendo fundamental diagnosticar os fatores mais importantes para cada indivíduo, porque as abordagens terapêuticas são personalizadas.

Visto que a maioria dos pacientes consegue o alívio dos sintomas principais a partir de tratamentos não invasivos e reversíveis, tem-se usado como terapia principal o uso de placas oclusais chamadas miorrelaxantes. Outras modalidades de tratamentos utilizadas são a fisioterapia local (aplicações de frio e de calor, exercícios mandibulares, automassagem), compressão e injeção nos chamados “pontos gatilho”, e tratamento medicamentoso (analgésicos e anti-inflamatórios).

Segundo Santos Jr.¹¹ os sinais e sintomas relacionados às desordens temporomandibulares são: sons (estalidos ou clicking e crepitações), ressaltos articulares, subluxação, dor, limitações ou restrições nos movimentos mandibulares e fatores sistêmicos, como osteoartrite e artrite reumatóide. O autor ainda afirma que a dor na articulação é usualmente acompanhada por efeitos autonômicos, como mudanças na pressão arterial, pulsação, náusea e vômito. Meira¹² relata que os sinais e sintomas associados à DTM são: dor intra-articular, espasmo muscular, dor intra-articular combinada com espasmos musculares, dor reflexa, dor na abertura e fechamento da mandíbula, dor irradiada na área temporal, masseteriana ou infra-orbital; crepitação, dor ou zumbido no ouvido; dor irradiada no pescoço; dor de cabeça crônica; sensação de tamponamento do ouvido; xerostomia, entre outros. Os pacientes relatam sons ou ruídos percebidos por eles na região da articulação. O estalido articular é um som único, seco, de curta duração que pode ocorrer durante a abertura e o fechamento mandibular. Está freqüentemente relacionado a problemas no disco articular. A crepitação é um som

múltiplo e acompanha praticamente todo o trajeto condilar, indica provavelmente lesão do disco e o barulho é característico de contato ósseo do côndilo com a eminência articular. A crepitação é comum nas doenças degenerativas⁵⁶. A vertigem tem sido produzida, também, por uma área de desencadeamento miofacial, no músculo esternocleidomastoideo, de modo que pode haver alguma relação entre a vertigem e os espasmos musculares disfuncionais no sistema mastigador⁵⁶. Cefaléias e dor, zumbido ou tamponamento do ouvido, podem também estar relacionadas à DTM¹. A dor de cabeça também compreende um sintoma associado à DTM¹³. Estima-se que 80% de todas as dores de cabeça relatadas estão associadas a fontes musculares. Tem-se então que as atividades musculares da cabeça e do pescoço provavelmente desempenham um papel importante na etiologia de muitas dores de cabeça. Sendo assim, o tratamento direcionado a diminuir a hiperatividade muscular pode ter efeito significativo na redução da dor de cabeça. A dor de cabeça é provavelmente o sintoma mais comum e a queixa mais relatada dentre os sintomas da DTM. Numerosos fatores podem causar ou contribuir para o aparecimento das dores de cabeça, contudo, uma porcentagem significativa dessas dores pode estar relacionada com atividades musculares. Há relatos em que as alterações do tônus muscular podem ser responsáveis por 80 a 90% de todas as dores de cabeça⁵⁷. As causas da dor de cabeça podem ser: constante excitação do sistema nervoso simpático e do mecanismo de resposta hormonal ao estresse; macro trauma, mastigação unilateral, apertamento dental, bruxismo, alterações musculares decorrentes de interferência oclusal e distúrbios no sistema circulatório do músculo⁵⁸. É comum pacientes com dor na ATM também se queixarem de dor no ouvido. O ouvido encontra-se contido no osso temporal e relaciona-se com o côndilo mandibular, separado deste apenas pela parede timpânica. A proximidade do ouvido com a ATM e os músculos

da mastigação como também suas inervações comuns no trigêmio, criam uma condição freqüente de dor reflexa⁵⁷.

Proposição

Proposição

O proposito deste trabalho foi estabelecer o Índice Anamnético de Fonseca e a prevalência de sintomatologias para DTM (questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial) em pacientes atendidos no Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP no ano de 2011.

Material e Método

Material e Método

O presente estudo trata-se de pesquisa quantitativa de caráter exploratório, descritivo (já que expõe características de população específica) e de campo (uma vez que incluiu aplicação de questionário no local onde ocorre o fenômeno). Os dados foram coletados por meio de questionário proposto pela Academia Americana de Dor Orofacial (American Academy of Orofacial Pain)¹ e Índice Anamnético de Fonseca⁸ e aplicados junto aos pacientes atendidos (n=50) pelo Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das Desordens Temporomandibulares da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP no ano de 2011 (Figuras 1 e 2) de ambos os gêneros, com idade que variaram entre 15 e 75 anos.

O questionário proposto pela Academia Americana de Dor Orofacial (American Academy of Orofacial Pain) está estruturado em dez perguntas direcionadas, com respostas SIM/NÃO, aos sintomas mais freqüentes de dor orofacial e distúrbios da articulação temporomandibular (Tabela 1).

O índice Anamnético de Fonseca (1992) é composto por dez perguntas para as quais são possíveis as respostas ÀS VEZES, SIM e NÃO. Para cada pergunta deve ser assinalada somente uma resposta (Tabelas 2 e 3) e o índice clínico é assim estabelecido:

Índice Clínico (Tabela 1)

- a. Sem disfunção - soma das respostas entre 0 e 15 pontos
- b. Disfunção leve - soma das respostas entre 16 e 40 pontos
- c. Disfunção moderada - soma das respostas entre 41 e 65 pontos
- d. Disfunção severa - soma das respostas entre 70 e 100 pontos

Todos os pacientes receberam instrução a respeito da pesquisa quanto à preservação de sua identidade e prestação de esclarecimentos em caso de dúvida. Outrossim, foi solicitado que assinassem o termo de consentimento esclarecido, a fim de

viabilizar sua participação. A fonte de dados foi primária, por meio de preenchimento do instrumento de coleta de dados e Termo de Consentimento Esclarecido por todos os indivíduos envolvidos na pesquisa. A execução do projeto foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/Unesp.



Figura 1 – Hipertrofia do músculo masseter direito em paciente incluído na amostra



Figura 2 – Hipertrofia do músculo masseter esquerdo em paciente incluído na amostra

Tabela 1. Questionário para avaliação de disfunção temporomandibular recomendado pela American Academy of Orofacial Pain (Academia Americana de Dor Orofacial)

PERGUNTA	SIM	NÃO
1. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca, por exemplo, ao bocejar?		
2. Sua mandíbula fica “presa”, “travada” ou sai do lugar?		
3. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?		
4. Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?		
5. Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade?		
6. Você tem dor nas orelhas ou em volta delas, nas têmporas e bochechas?		
7. Você tem cefaléia, dor no pescoço ou nos dentes com frequência?		
8. Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?		
9. Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?		
10. Você fez tratamento recente para um problema não-explicado na articulação mandibular?		

Tabela 2. Índice Clínico de Fonseca (1992)

PONTUAÇÃO
1. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
2. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
3. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
4. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
5. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
6. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
7. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
8. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
9. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim
10. (0) Não __ (5) Às vezes __ (10) Sim

Tabela 3. Índice Anamnético de Fonseca (1992)

PERGUNTA	SIM	NÃO	Às Vezes
1. Sente dificuldade para abrir bem a boca?			
2. Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?			
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
4. Sente dores de cabeça com frequência?			
5. Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6. Tem dor no ouvido ou nas articulações temporomandibulares?			
7. Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?			
8. Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?			
9. Sente que seus dentes não articulam bem?			
10. Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?			

Resultados

Resultados

Os resultados obtidos foram submetidos a estatística descritiva e estão apresentados nas Tabelas 4 a 7 e Gráficos 1 a 16.

Tabela 4 – Idade da amostra

Idade	15	19	20	21	22	23	24	25	28	31	33	34	36	37	41
Frequência	1	1	5	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Idade	42	43	44	46	47	49	50	51	52	54	55	56	57	69	75
Frequência	1	2	4	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2

Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto à idade

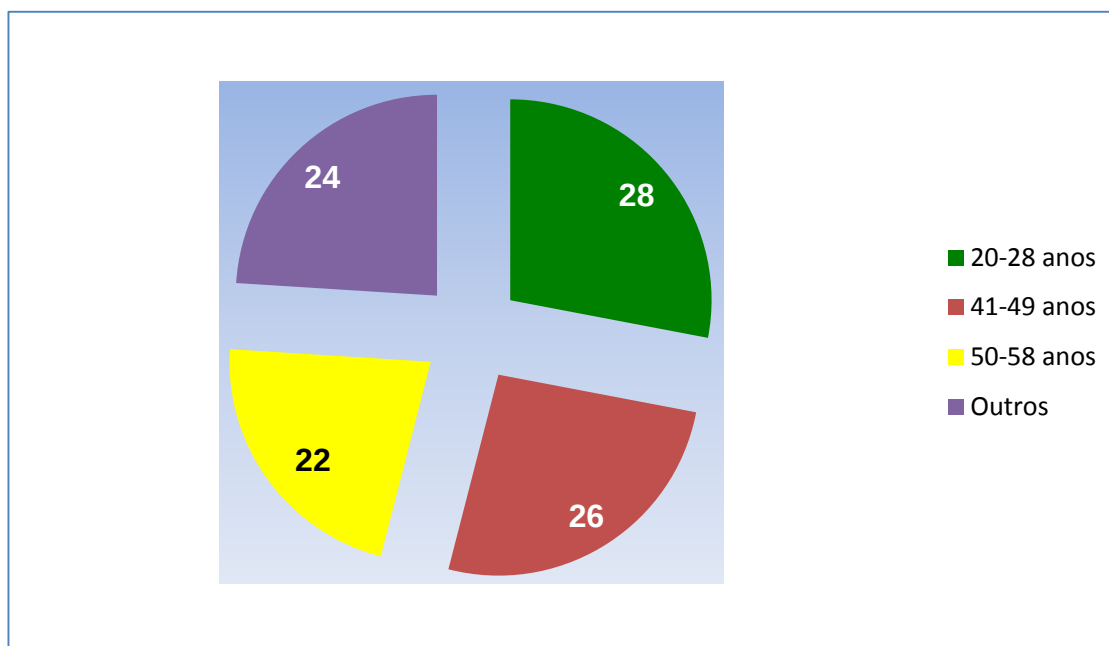


Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto ao gênero

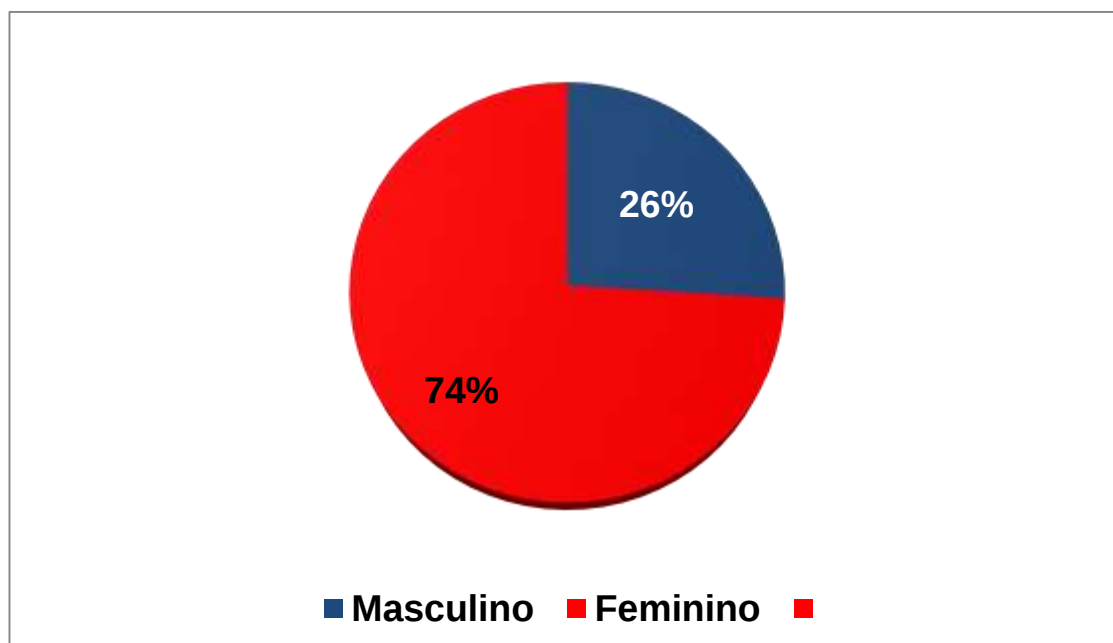


Gráfico 3 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil

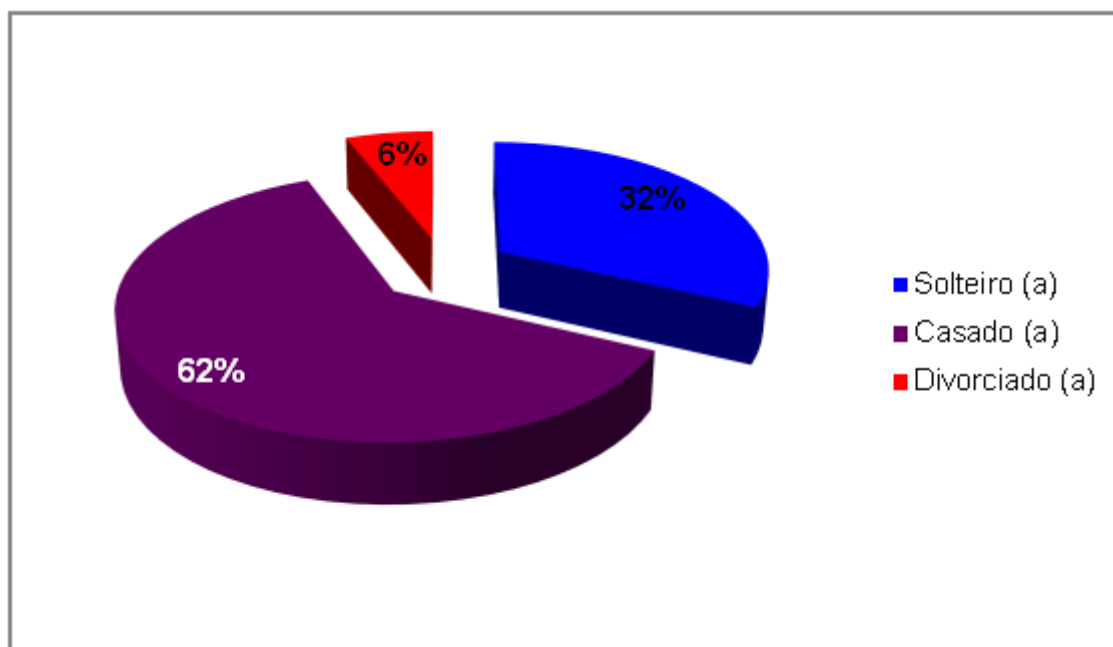


Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto ao estado civil

Estado Civil	Frequência Absoluta	Frequência Relativa(%)
Solteiro	16	32
Casado	31	62
Divorciado	3	6

Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto à atividade profissional

Profissão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa(%)
Aposentado	4	8
Desempregado	1	2
Estudante	9	18
Funcionário Doméstico	11	22
Funcionário Público	3	6
Outros	3	6
Professores	4	8
Trabalho Direto com o Público	11	22
Trabalho Pesado	4	8

Gráfico 4 – Distribuição da amostra quanto à atividade profissional

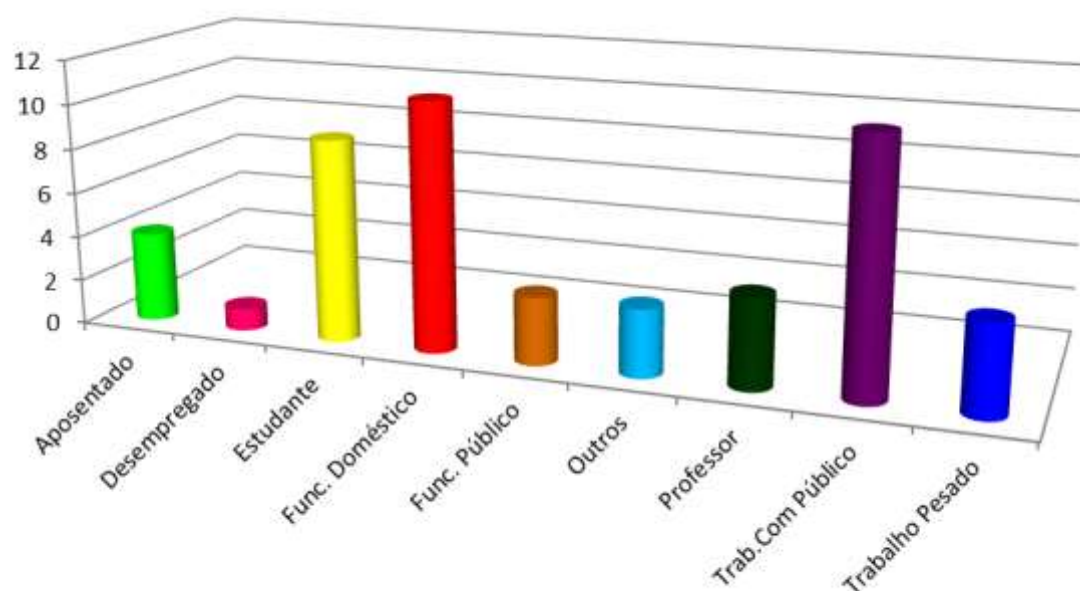


Tabela 7 – Distribuição da Amostra quanto ao grau de instrução

Grau de Instrução	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Analfabeto (a)	1	2
Fundamental Completo	7	14
Fundamental Incompleto	12	24
Médio Completo	8	16
Médio Incompleto	4	8
Superior Completo	10	20
Superior Incompleto	8	16

Gráfico 5 – Distribuição da Amostra quanto ao grau de instrução

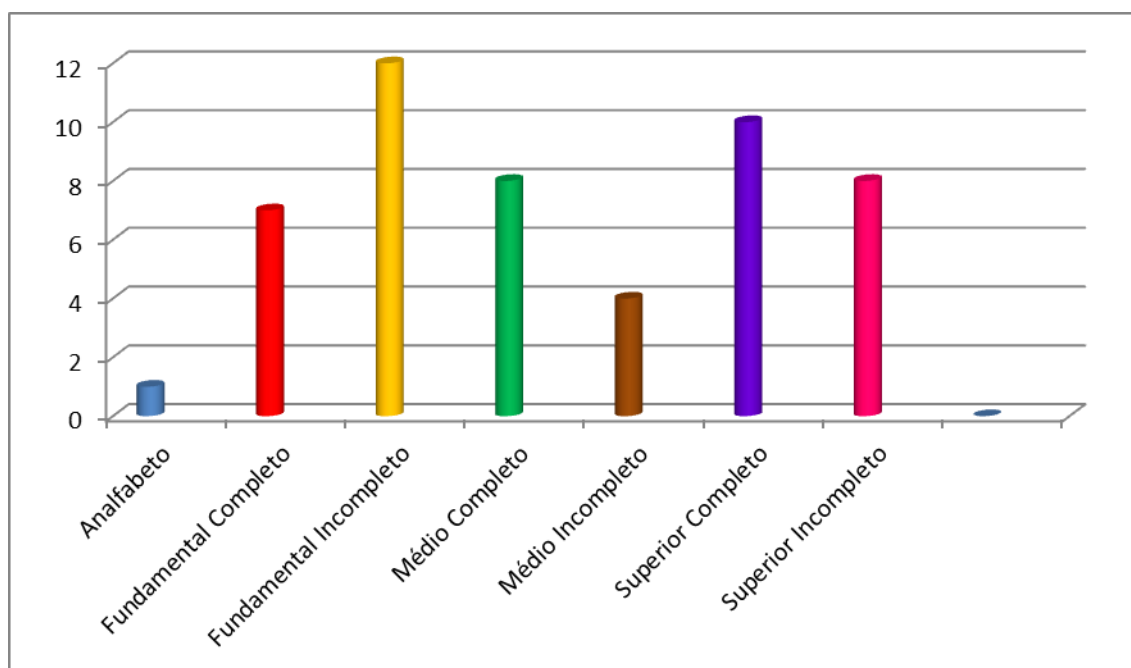


Tabela 8 – Índice Anamnético de Fonseca

Intensidade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Severa	19	38
Moderada	16	32
Leve	15	30

Gráfico 6 – Índice Anamnético de Fonseca

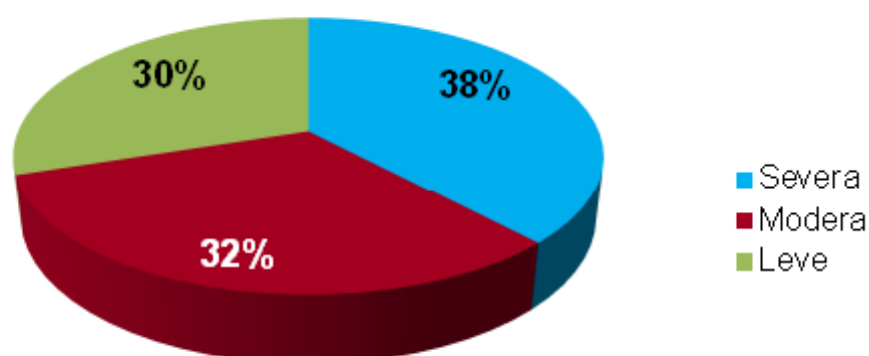


Tabela 9 – Origem/localização da dor (Academia Americana de Dor Orofacial)

Origem/Localização Dor	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Dor ao Mastigar	30	60
Dor nas têmporas, ao redor da orelha e bochechas	34	68
Cefaleia	36	72

Gráfico 7 – Origem/localização da dor (Academia Americana de Dor Orofacial)

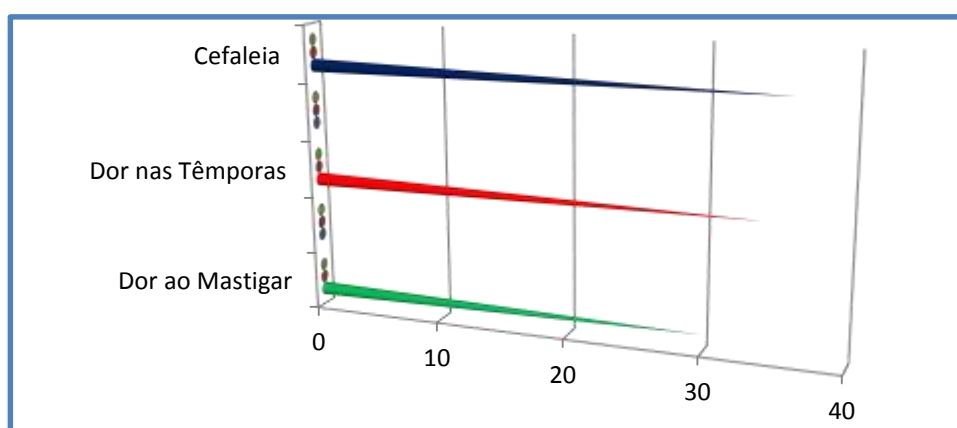


Gráfico 8 – Histórico de trauma recente (Academia Americana de Dor Orofacial)

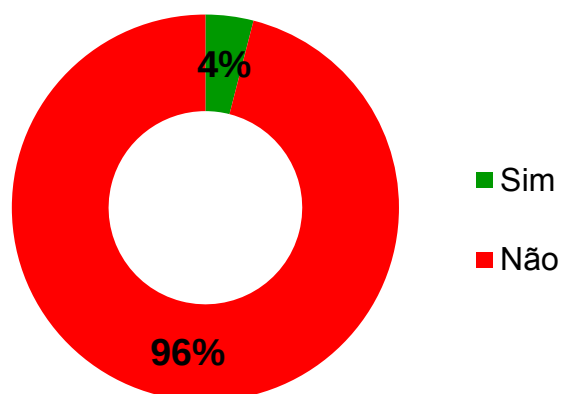


Gráfico 9 – Tratamento odontológico recente (Academia Americana de Dor Orofacial)

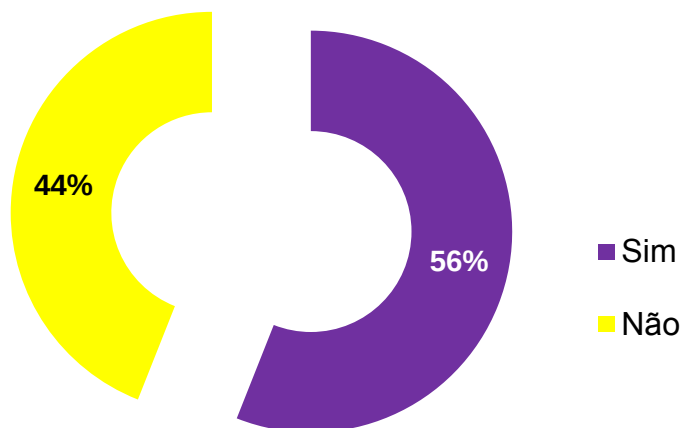


Tabela 10 – Sintomatologia de DTM - Academia Americana de Dor Orofacial

Sintomatologia	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Alteração Mordida	24	48
Cansaço Muscular	30	60
Dificuldade de Abrir a Boca	33	66
Mandíbula Travada	22	44
Ruídos	37	74

Gráfico 10 - Sintomatologia de DTM - Academia Americana de Dor Orofacial

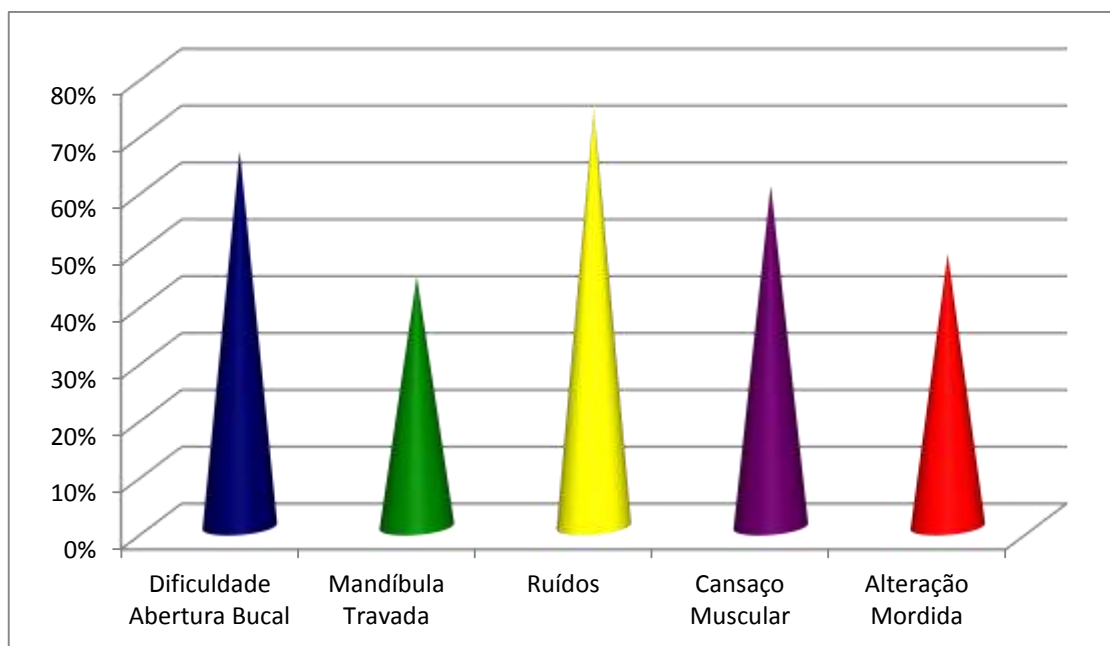


Gráfico 11 – Auto-percepção do estresse

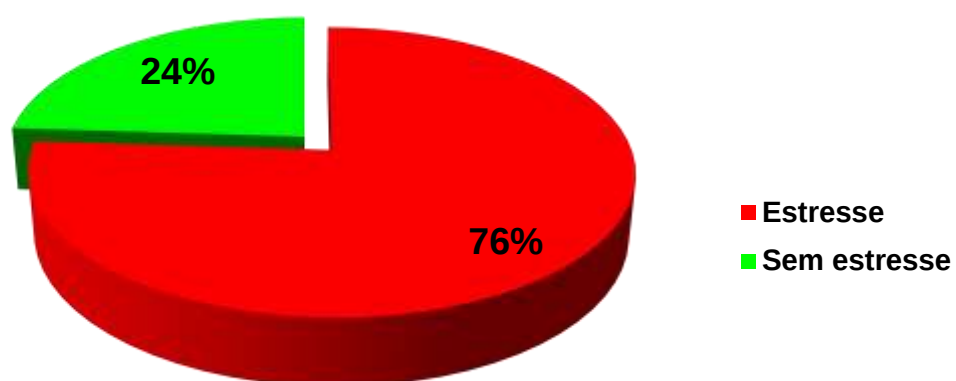


Gráfico 12 – Auto-percepção do estresse (Gênero masculino)

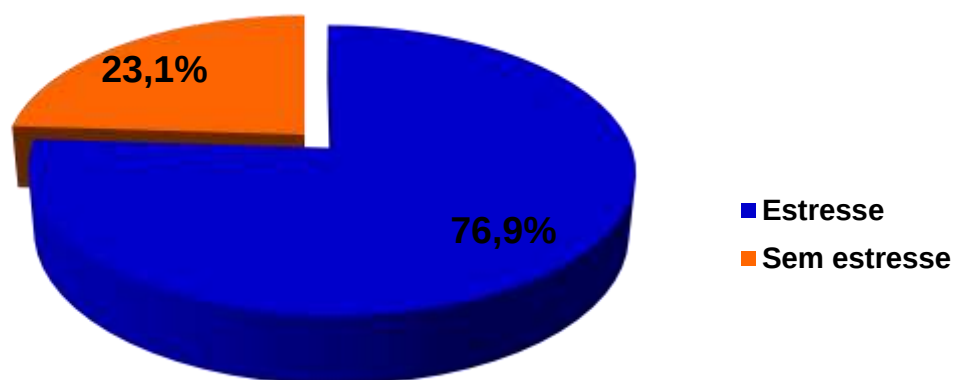
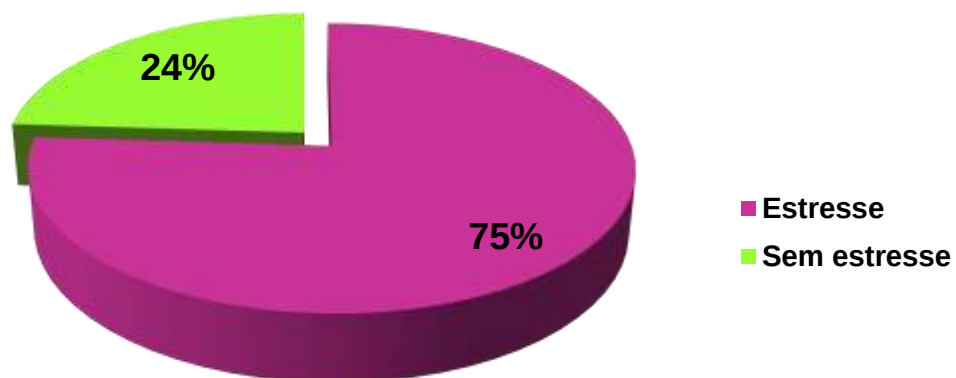


Gráfico 13 – Auto-percepção do estresse (Gênero feminino)



Discussão

Discussão

A DTM tem sido considerada a maior causa de dor na região orofacial quando são excluídas as dores de origem dentária. Durante alguns anos, a DTM esteve associada apenas à má oclusão, entretanto, atualmente tem sido considerada uma desordem multifatorial, com abordagem multidisciplinar¹.

A dor é um fenômeno de natureza complexa, cuja expressão se reveste de subjetividade, de difícil mensuração, que se manifesta clinicamente a partir de uma grande diversidade de maneiras, podendo apresentar inúmeros fatores causais^{19,20}. Seus modos de expressão, bem como seu significado, variam entre as diferentes culturas e entre indivíduos, apesar das semelhanças anatômicas e fisiológicas. A definição proposta pela IASP é considerada atualmente uma das mais aceitas pela comunidade científica e pelos clínicos. Ela define dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões⁵⁹.

De acordo com esta definição, a experiência da dor vai além da existência de estímulos nociceptivos e sua percepção no sistema nervoso. Ela representa um tipo e significado particular de experiência humana chamada sofrimento que, por sua vez, é expresso por meio de sinais objetivos de comportamento que precisam ser considerados e compreendidos¹³.

A intensidade e as características da dor podem variar de acordo com estímulos externos e internos, como atividade hormonal, física e mental, afecções sistêmicas e condições climáticas¹⁶.

Dentre elas uma das mais prevalentes, as disfunções temporomandibulares, que provocam dores crônicas na região da cabeça, articulações temporomandibulares, músculos mastigatórios, região sub-occipital e musculatura supra-escapular atingem

cerca de 6,00% da população brasileira²⁹. São alterações músculo-esqueléticas, de difícil diagnóstico, pela extensa e diversificada sintomatologia, etiologia complexa, multifatorial, com forte presença de componentes emocionais e de grande impacto sobre a vida cotidiana do paciente^{60,61}. Por isso representam, juntamente com outras dores orofaciais não odontogênicas, verdadeiros desafios para os profissionais de saúde que atuam na área⁶².

Koopman et al.⁶³ afirmam que a dor orofacial tem considerável impacto na qualidade de vida.

A avaliação e o diagnóstico de DTM na população em geral tem sido feitos por meio de questionários e índices que proporcionam, em pouco tempo, várias informações importantes que podem estar correlacionados com o desenvolvimento e manutenção da doença. A presença de sintomatologia para dor orofacial, obtida por meio do questionário proposto pela American Academy for Orofacial Pain (Academia Americana de Dor Orofacial)¹ fornece indicações de que algo não vai bem no corpo. Ademais, reflete o grau individual do forte componente motivacional, responsável pelos reflexos de defesa ante os agentes nociceptivos. O Índice Anamnético de Fonseca⁸, questionário autoadministrado para pesquisa das disfunções temporomandibulares, não sofre influência do examinador e mostra como vantagem o menor tempo de aplicação e fácil compreensão pelo entrevistado.

Nossos resultados apontaram maior prevalência de mulheres com sintomatologia de DTM (74%). Também Alves-Rezende et al.¹ encontraram maior prevalência de sintomatologia de DTM entre acadêmicos do gênero feminino em amostra de universitários brasileiros.

Homens e mulheres atendidos apresentaram níveis semelhantes de autopercepção do estresse: 75% no gênero feminino e 76,9% no gênero masculino. No

total, 76% dos pacientes se definiram como tensos e estressados. Estes resultados vão de encontro aos achados de vários autores que afirmam que estresse, condição presente no cotidiano da vida de tantas pessoas, carga horária de trabalho excessiva, competitividade profissional, dificuldades econômicas e familiares, falta de lazer, solidão afetiva e tantas outras condições estressantes da vida moderna, também oferecem a sua contribuição para aumentar os índices de dor orofacial ^{1,27}.

Quando comparadas as faixas etárias a faixa de 20 a 30 anos e de 50 a 60 anos foram mais prevalentes. 62% dos pacientes eram casados. Esses resultados se contrapõem aos de Schmitter et al.⁶⁴ que encontrou altos índices de dor em pacientes sob isolamento social.

O grau de instrução de cerca de um quarto dos pacientes avaliados no estudo é fundamental incompleto e a atividade de funcionário doméstico e trabalho em contato direto com o público responde por cerca de metade (44%) da amostra.

Em nosso estudo cefaleia foi relatada por 72% dos pacientes, seguida por dor nas têmporas (68%) e dor ao mastigar (60%). Ruídos articulares e limitação de abertura bucal responderam por 74% e 66% dos sintomas, respectivamente. A grande maioria dos pacientes (96%) não tinha histórico de trauma recente. Porém, cerca de metade dos pacientes (56%) relataram tratamento odontológico anterior ao início da dor.

Em relação à prevalência e gravidade da disfunção temporomandibular foi constatado neste estudo que a avaliação do Índice Anamnético de Fonseca revelou 38% de DTM severa, 32% de DTM moderada e 30% de DTM leve. Estes achados estão em desacordo com aqueles observados por Nomura et al.⁶⁵, Garcia et al.⁶⁶ e Bevilaqua-Grossi et al.⁶⁷ que encontraram DTM na forma leve como a mais prevalente.

Conclusão

Conclusão

Com base nos resultados encontrados e na metodologia aplicada concluiu-se que:

1. os pacientes eram na sua maioria casados;
2. com ensino fundamental incompleto;
3. com atividades profissionais de contato direto com o público ou funcionários domésticos;
4. os pacientes eram na sua maioria do gênero feminino
5. apresentavam DTM severa
6. apresentavam ruídos e cefaleia como sintomatologia predominante;
7. a autopercepção do estresse mostrou valores próximos em ambos os gêneros.

Referências

Referências

1. Alves-Rezende MCR et al. "Estudo da prevalência de sintomatologia temporomandibular em universitários brasileiros de Odontologia." Rev Odontol Araçatuba 2009; 30 (1): 9-14.
2. Biasotto-Gonzalez DA. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. Barueri, SP: Manole, 2005.
3. Alamoudi N, Farsi N, Salako NO, Feteih R. Temporomandibular disorders among school children. J Clin Pediatr Dent 1998; 22(4): 323-9.
4. Thilander B, Rubio G, Pena L, Mayorga C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development. Angle Orthodontist 2002; 72 (2): 146-54.
5. Yap AU, Dworkin SF, Chua EK, List T, Tan KB, Tan HH. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients. J Orofac Pain. 2003 Winter;17(1):21-8.
6. Winocur E, Gavish A, Finkelshtein T, Halachmi M, Gazit E. Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. J Oral Rehabil. 2001; 28(7): 624-9.
7. Biasotto-Gonzalez DA, de Andrade DV, Gonzalez TO, Martins MD, Fernandes
8. KPS, Corrêa JCF, et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2008;18(1):79-86.
9. Fonseca DM. Disfunção craniomandibular (DCM) – elaboração de um índice anamnésico (dissertação). Bauru: Universidade de São Paulo; 1992.

10. Kutilla M et al. Efficiency of occlusal appliance therapy in secondary otalgia and temporomandibular disorders. Acta Odontol Scand, v.60, n.4, p.248-253, 2002.
11. Silva FA. O sistema estomatognático. In: _____. Pontes parciais fixas e o sistema estomatognático. São Paulo: Santos, 1993. Cap.16, p.171-194.
12. Santos JR J. Oclusão: Tratamento da Sintomatologia Craniomandibular. São Paulo: Pancast, 1987.
13. Meira GSP. DTM x Sintomas Otológicos. Disponível na internet. <http://www.aonp.org.br/fso/revista7/rev712a.htm>.
14. Okeson JP. Dor Orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence, 1998. p. 1-18.
15. Berlinck MT. A dor. São Paulo: Editora Escuta Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 1999. p. 7-22.
16. Teixeira, M. J.; Okada, M. Dor – evolução histórica dos conhecimentos. In: Teixeira, M. J. (Ed.). Pain – interdisciplinary context. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 18-51.
17. Guimarães SS. Introdução ao estudo da dor. In: Carvalho MMMJ, (Org.). Dor: um estudo interdisciplinar. São Paulo: Summus Editorial, 1999. p 13-30.
18. Yeng, L.T.; Teixeira, M. J. Dor crônica. Dor é coisa séria. 2005. 1(1): p. 3-7.
19. Bonica JJ. The management of pain. 2. ed. Philadelphia: Febiger Publisher, 1990.
20. Angelotti G. Medidas de Avaliação de Dor. In: Cruz, R. M.; Alchieri J. C.; Sardá Jr. J. J. (Org.). Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2002. p. 117-36.
21. Sardá, J. J. J.; Cruz, R. M. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica. In: Cruz RM, Alchieri JC, Sardá JJJ (Org). Avaliação e medidas psicológicas:

- produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2002. p. 99-114.
22. McNeill C, Dubner R. O que é dor e como classificamos a dor orofacial? In: LUND, J.; DUBNER, R.; SUSSLE, B. J (Ed.) . Dor orofacial: da ciência básica à conduta clínica. São Paulo: Quintessence, 2002. p. 3-14
 23. Mielman PW. On the difficulties of coding pain-related data. Pain. 1989. 36(1): p.133-34
 24. Turk DC, Melzack R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In: Turk DC, Melzack R. Handbook of Pain Assessment. New York: Guilford Publisher, 1992. p. 3-12.
 25. Teixeira MJ, Valverde-Fo J. Acute pain. In: Teixeira, M. J. (Ed.). Pain-interdisciplinary and context. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 241-69
 26. Loduca A. Psychodramatic strategies for the patient with chronic pain. In: Anais do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo, 2001. p.172-75.
 27. Góes PSA, Kosminsky M, Siqueira JTT, Ribeiro MFP. Dor orofacial. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p.102-14
 28. Bérzin MGR. Chronic pain: a psychological approach. BR J Oral Sciences, 2004. 10(3): p. 480-83.
 29. Pallegama RW. et al. Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. J of Oral Rehabilitation, 2005. p. 32(10): 701-7.
 30. 29 Siqueira JTT. As conseqüências das dores orofaciais para a saúde. Jornal Dor. 2005; 18: 3.

31. Carniel IC. O acompanhamento psicológico nas desordens temporomandibulares: uma proposta de grupos operativos com pacientes [tese]. Ribeirão Preto. USP/FFCLRP; 2001.
32. Rios IC. Sobre a integração de atividades e disciplinas de humanidades da FMUSP – outra história em construção... Boletim Arroba e Vírgula. Disponível em: URL: <http://.med.fm.usp.br/cedem/arrobavirgula13.asp> [2006 Jan 13]
33. Amaral L.MTB. The century XXI's professional and the impact of the transformation in the multidisciplinary team of pain treatment. In: SIQUEIRA J. T. T., CHING, L. H. (Ed.). Pain – orofacial pain/ATM – bases for the clinical diagnosis. Curitiba: Ed. Maio, 1999. p. 79-82.
34. Pini MHM. Compartilhando a dor e diminuindo o abandono. In: Anais do 6º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo, 2003. p. 269-70.
35. Zocoli R, Mota EM, Somavilla A, Perin RL. Manifestações otológicas nos distúrbios da articulação temporomandibular. Arq Catarin Med. 2007; 36(1): 90-5.
36. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005. 291
37. Portnoi AG. O enfrentamento da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (Ed.). Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 205-12
38. Carvalho MMML. Dor : um estudo multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1999. p. 9-11.
39. Pimenta CAM, Figueiró JAB, Teixeira MJ, Siqueira JTT, Perissinotti DMN, Castro CES. Proposta de conteúdo mínimo sobre dor e cuidados paliativos nos cursos de graduação da área de saúde. Rev Simbidor. 2001; 2(1): 23-35.

40. Widmer CG. Convicções correntes e diretrizes pedagógicas. In: LUND, J. P. et al. Dor orofacial : da ciência básica à conduta clínica. São Paulo: Quintessence, 2002. p. 27-34.
41. Bergel RH. Dor crônica: dilemas de um problema clínico complexo. Âmbito Hospitalar, 2005. 172(3): p. 30-32.
42. Martins MAO. Humanização em cuidados paliativos e na dor. Prática hospitalar. 2004. 35: p. 69-70.
43. Finkler M. Formação ética em Odontologia: realidades e desafios. 2006. 259f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Curso de Pós-graduação em Odontologia, área de concentração de Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
44. Uldesmann A. Bioética – aspectos de interesse do anestesiologista. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2006. 56(3): p.325-333.
45. Kulich KR, Ryden O, Bengtsson H. A descriptive study of how dentist view their profession and the doctor – patient relationship. Acta Odont Scand, 1998. 56(4): p. 206-09.
46. Wasoski RL. Stress, professional burnout and dentistry. J of Oklahoma Dent. Association, 1995. 86(2): p. 28-30.
47. Figueiró, JAB, Angelloti G, Pimenta CAM. Dor e Saúde Mental. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
48. Pereira VM, Silva CES. Relação entre Estresse Profissional e o Ciclo Motivacional na Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo de Caso. XI SIMPEP – Bauru, Brasil, 08 a 10 de novembro de 2004. Disponível em URL: [http:// www.feb.unesp.br /.../ /copiar.php?arquivo=054-PereiraVM Relação entre o stresse.pdf](http://www.feb.unesp.br/.../copiar.php?arquivo=054-PereiraVM%20Rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20o%20stresse.pdf) .

49. Ballone GJ, Pereira NE, Ortolina IV. Da emoção a lesão: um guia de medicina psicossomática . São Paulo: Manole, 2002. p. 41-62.
50. Lipton JA, Ship JÁ, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc. 1993;124: 115-121.
51. Mongini F. – ATM e Músculos craniocervicofaciais: Fisiopatologia e Tratamento – 1a. Edição, Livraria Santos Editora, 1998, 274P.
52. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. J. Prosthet Dent 1997; 77(5): 510-522
53. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. Community Dent Oral Epidemiol 1989; 17(1): 7-10.
54. Borel KC, Coelho KCC, Cerqueira JAO, Barbosa FS, Silva VCC. Disfunção temporomandibular: sinais e sintomas em universitários. Revista Científica da FAMINAS 2007; 3 :145.
55. Souza JA. Postura e disfunção temporomandibular: avaliação fotogramétrica, baropodométrica e eletromiográfica. [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria ; 2010.
56. Ferraz FS, Carvalho EP, Sarchis EP. Incidência de dor lombar em universitários do curso de sistema de informação da Faculdade de Minas – FAMINAS. Revista Científica da FAMINAS 2007; 3: 211.
57. Ramfjord S, Ash MM. Oclusão. 3.ed. Rio de Janeiro:Interamericana, 1984.
58. Maciel RN. Oclusão e ATM - Procedimentos Clínicos. 1 ed. São Paulo: Santos Editora Ltda. 1996.
59. Garcia AR, Souza V. Relação entre oclusão dentária e desordens temporomandibulares.Rev UNIMEP. 2001; 13(2): 50-8.

60. IASP, Internacional Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Pain, 1986. 3: S1-225.
61. Oliveira AS. et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. J of Applied Oral Science, 2003. 11(2): 138-43.
62. Seligman ME, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. Behav Res Ther. 2007; 45:1111-26.
63. Koopman JS, Dieleman JP, Huygen FJ de Mos M, Martin CG, Sturkenboom MC. Incidence of facial pain in the general population. J Pain 2009; Dec 15;147(1-3):122-7.
64. Schmitter M, Ohlmann B, John MT, Hirsch C, Rammelsberg P. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a calibration and reliability study. Cranio. 2005; 23(3):212-8
65. Nomura K, Vitti M, de Oliveira AS, Chaves TC, Semprini M, Siéssere S, Hallak JEC, Regalo SCH. Use of the Fonseca's questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in Brazilian dental undergraduates. Braz Dent J. 2007;18:163-7.
66. Garcia AR, Turcio KHL, Derogis AR, Garcia IMF, Zuim PRJ. Avaliação da energia vibratória registrada em ATMs com hiper mobilidade condilar. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2002; 56(2): 136-42.
67. Bevilaqua-Grossi D, Chaves TC, de Oliveira AS, Monteiro-Pedro V. Anamnestic index severity and signs and symptoms of temporomandibular disorders (TMD). Cranio. 2006;24:1-7.