ROSANE TRONCHIN GALLO

Estudo da Disfunção Temporomandibular em pacientes com Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

São Paulo

2016

ROSANE TRONCHIN GALLO

Estudo da Disfunção Temporomandibular em pacientes com Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Diagnóstico Bucal, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Andréa Lusvarghi Witzel

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Gallo, Rosane Tronchin.
Estudo da disfunção temporomandibular em pacientes com transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa / Rosane Tronchin Gallo ; orientador Andréa Lusvarghi Witzel. -- São Paulo, 2016.
106 p. : graf., tab.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Diagnóstico Bucal. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão corrigida

1. Disfunção temporomandibular. 2. Transtornos de ingestão de alimentos. 3. Bulimia. 4. Anorexia nervosa. I. Witzel, Andréa Lusvarghi. II. Título.

Gallo RT. Estudo da disfunção temporomandibular em pacientes com transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 13 / 07 /2016

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcelo da Costa Bolzan

Instituição: FUNDECTO-FOUSP Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. Matsuyoshi Mori

Instituição: FOUSP Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. Celso Augusto Lemos Júnior

Instituição: FOUSP Julgamento: Aprovada

Dedico este estudo aos meus pais, **Elza** e **Valsoir** que sempre tiveram prazer em aprender, embora não tenham tido a oportunidade de estudar, mas tinham consciência de que o saber é um tesouro que ninguém nos pode tirar.

Aos meus filhos, **Bruna** e **Pedro**, que são minha continuidade, com quem aprendo diariamente a ser uma pessoa melhor. Com eles aprendo amor, respeito, gratidão, diversão, e é por eles que me encanto a cada dia e tenho profunda admiração.

Ao meu marido **Edgar**, companheiro de vidas, que me apoia incondicionalmente.

À minha segunda mãe, minha sogra **Izabel.**

Aos **aliados espirituais**, pois sei que não caminho sozinha.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora **Profa. Dra. Andréa Lusvarghi Witzel**, por ver em mim mais do que eu mesma vejo, e por possibilitar-me a descoberta de um mundo tão distinto do mundo clínico, pelo qual eu me deixei seduzir. Pela confiança em meu trabalho e por compartilharmos o amor pela profissão.

Ao **Prof. Dr. Marcelo Bolzan**, que com a minha orientadora, apresentaram-me à Dor Orofacial e DTM. Por todo o conhecimento e oportunidades oferecidas e por despertarem em mim a paixão por esta área da odontologia.

Aos professores da Disciplina de Estomatologia Clínica, **Prof. Dr. Dante Antônio Migliari**, **Prof. Dr. Norberto Nobuo Sugaya**, **Prof. Dr. Celso Augusto Lemos Júnior** e **Prof. Dr. Fábio de Abreu Alves**, e **Profa. Dra. Camila de Barros Gallo** pelos ensinamentos, apoio e incentivo.

À **Profa. Dra.Angélica Medeiros Claudino**, que me possibilitou ampliar meus conhecimentos sobre os transtornos alimentares e recrutar as pacientes para a pesquisa, frequentando as reuniões do PROATA/Unifesp, e ao **Prof Marcel Higa Kaio**, que generosamente me integrou no grupo de supervisão psiquiátrica, propiciando meu maior entendimento sobre diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares.

Ao **Prof Dr Táki Athanássios Cordás,** que viabilizou o recrutamento dos pacientes de transtornos alimentares do Ambulim/HCFMUSP, disponibilizando-se a ajudar em qualquer circunstância.

À **Profa. Dra. Maria Aparecida Borsato e à Dra. Marina Lara de Carli**, pela ajuda e participação na qualificação do projeto de estudo.

Ás minhas queridas anjinhas da guarda, amigas para todas as horas, **Beatriz Cione de Jesus, Camila Vieira, Giovanna Florezzi, Gisele Ebling Artes, Sabrina Araújo Pinho Costa**, pela ajuda, pela parceria, pela diversão.

Bia, obrigada pelas muitas vezes que você, generosamente, me conduziu pela mão.

Às alunas de iniciação científica **Andresa Ferreira Gonçalves e Natali Shimabokuro**, que com amor, dedicação e disponibilidade fizeram esta jornada mais leve.

A todos os colegas da pós-graduação pela convivência e aprendizagem, e pelos artigos escritos em equipe.

Aos queridos **Nina**, **Laerte, Cecília**, **Marília, Regina** e **Cida** pela dedicação, acolhimento e disposição em ajudar sempre.

À bibliotecária **Glauci Elaine Damásio Fidelis** pela disponibilidade, atenção e carinho na realização da revisão deste texto.

À **FOUSP**, aonde me graduei e vivi experiências que me prepararam para a vida, de onde levo muitos amigos, e que sempre me recebe de braços abertos quando volto.

Às pacientes de transtorno alimentar, que foram generosas em partilhar suas dores, seus sorrisos, seu cansaço, sua confiança, suas incertezas, seu carinho, enfim sua vida, no aspecto mais frágil e vulnerável.

Á minha família**, Edgar, Bruna, Pedro e Izabel**, que com seu apoio e incentivo ajudaram-me a trilhar e chegar ao final desta etapa.

À minha cunhada **Profa. Dra. Daisy Maria Rizzato Tronchin**, dedicada pesquisadora e educadora, que me inspira e apoia.

Aos amigos espirituais, companheiros de jornada, que intuem, protegem, acolhem e socorrem.

Ao Criador de todas as coisas, à razão de toda existência, ao Universo, à Deus, ao Pai maior, ao meu Eu Superior...não importa o nome, o que desejo aqui é exprimir minha gratidão a algo maior que eu, que está fora e está dentro de mim, no ar que eu respiro, na natureza que respeito, nos olhos inocentes, no calor do sol, na magia da lua, no Amor que tudo cura, tudo pode e tudo conforta, expressão da vida na matéria e que é a fonte da minha vida, da minha força, razão da minha fé.

Gratidão imensa!

"Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz"

Almir Sater

RESUMO

Gallo RT. Estudo da disfunção temporomandibular em pacientes com transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida

Este estudo tem como objetivo investigar a presença de disfunção temporomandibular (DTM) em pacientes previamente diagnosticados com transtorno alimentar (bulimia nervosa, anorexia nervosa ou anorexia nervosa purgativa), classificá-la em intra e extra-articular, investigar a possível correlação entre diagnósticos de transtorno alimentar e DTM e a correlação entre o tempo de duração do TA e o tempo de dor devido à DTM. O grupo estudado foi formado por 31 pacientes com transtorno alimentar (TA) composto quase pela totalidade (96,8%, 30/31) de mulheres, com idade média de 30,7 ± 6,7 (de 18 a 48 anos). Na primeira consulta, todos os participantes preencheram os questionários de saúde geral e o questionário de critérios diagnósticos em pesquisa da disfunção temporomandibular (RDC/TMD), foram entrevistados e examinados clinicamente para os sinais e sintomas de DTM. Os sinais clínicos contabilizados foram movimentos mandibulares, dor à palpação muscular e articular, sons articulares e dor espontânea contabilizada pela Escala Visual Analógica (EVA). Após o resumo de todas as variáveis do estudo, foram feitas as análises relacionadas à correlação dos dados obtidos. Para isso foram utilizados os seguintes testes: exato de Fisher, t-Student, Mann-Whitney,e teste de correlação de Pearson, conforme a natureza das variáveis. A significância estatística foi indicada para valores de $p < 0,05$. A maioria dos pacientes deste estudo, (83,9%, 26/31), foram diagnosticados com DTM, sendo 67,7% (21/31) intra-articular e 74,2% (23/31) extra-articular. Apresentaram os dois diagnósticos 54,8% (17/31) dos pacientes. A correlação entre o tempo do transtorno alimentar e o tempo de dor orofacial foi estatisticamente significativa, concluindo-se que quanto maior o tempo do TA, maior o tempo de dor orofacial caudada pela DTM. A correlação entre a classificação de DTM, intra e extra-articular, e os diagnósticos de TA, bulimia e anorexia nervosa, não foram significantes para este grupo estudado.

Palavras-chave: Disfunção Temporomandibular. Transtornos alimentares. Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa.

ABSTRACT

Gallo RT. Temporomandibular disorders study in eating disorders patients: anorexia nervosa and bulimia nervosa [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Corrigida

This study aims to investigate the presence of temporomandibular disorders (TMD) in patients previously diagnosed with eating disorders (bulimia nervosa , anorexia nervosa or purgative anorexia nervosa), to categorize the TMD into intra- and extra articular and to investigate the possible correlation between eating disorders diagnoses and TMD as well as the correlation between the longevity of TA and the longevity of pain due to TMD. The study group consisted of 31 patients with eating disorders (ED) and was mainly composed by women (96.8 % , 30/31) with a mean age of 30.7 ± 6.7 (18-48 years) At the first visit all participants completed the general health questionnaire and the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders questionnaire (RDC / TMD), they were also interviewed and clinically examined for signs and symptoms of TMD. The recorded clinical signs were jaw movements , pain upon palpation of muscles and temporomandibular joints , joint sounds and spontaneous pain recorded by the Visual Analogic Scale (VAS). After the summary of all study variables, the analyses related to the correlation of the data were made. The following tests were used: Fisher 's exact test, t- Student , Mann - Whitney , and Pearson correlation test , according to the nature of the variables. Statistical significance was indicated for p values < 0.05. Most patients in this study (83.9 % , 26/31) were diagnosed with TMD, of which 67.7 % (21/31) presented intra –articular and 74.2 % (23/31) extra –articular .while 54.8 % (17/31) presented both diagnoses. The correlation between the duration of the eating disorder and the duration of orofacial pain due to TMD was statistically significant , it was concluded that the longer the TA , the longer the pain. The correlation between TMD classification , intra- and extra -articular , and TA diagnostics, bulimia and anorexia nervosa , was not significant for this studied group.

Keywords: Temporomandibular disorders. Eating disorders. Bulimia nervosa. Anorexia nervosa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1- Dados demográficos e procedência dos pacientes TA 40

Tabela 5.2- Características dos pacientes com TA 41

Tabela 5.3- Intensidade e tempo de dor..... 42

Tabela 5.4- Localização dor: queixa principal 43

Tabela 5.5- Características do sono..... 44

Tabela 5.6- Características da auto indução do vômito 45

Tabela 5.7- Uso de medicamentos..... 46

Tabela 5.8- Hábitos Parafuncionais 47

Tabela 5.9- Correlação entre DTM intra e extra-articular com AN e BN 48

Tabela 5.10- Correlação entre o uso de ISRS e IRSN com dor orofacial espontânea (EVA)..... 49

Tabela 5.11- Correlação entre uso de ISRS ou IRSN e bruxismo..... 50

Tabela 5.12- Correlação entre a ocorrência do vômito e dor orofacial espontânea (EVA)..... 52

Tabela 5.13- Correlação entre má qualidade do sono e relato de dor espontânea na região orofacial (EVA) 53

Tabela 5.14- Correlação entre DTM intra e extra-articular e IMC..... 55

Tabela 5.15- Correlação entre a ocorrência do vômito e DTM intra-articular 56

Tabela 5.16- Correlação entre a ocorrência do vômito e DTM extra-articular 57

Tabela 5.17- Correlação entre a ocorrência do vômito e DTM extra-articular 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
AN	Anorexia Nervosa
ANP	Anorexia Nervosa Purgativa
ANR	Anorexia Nervosa Restritiva
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BN	Bulimia Nervosa
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
DTM	Disfunção Temporomandibular
EVA	Escala Visual Analógica
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IRSN	Inibidor da Recaptura de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptura de Serotonina
PROATA	Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo
TA	Trantornos Alimentares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21
2 REVISÃO DE LITERATURA 23
2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES 23
2.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES E SAÚDE BUCAL 26
2.3 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR 27
2.4 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E TRANSTORNOS ALIMENTARES 30
3 PROPOSIÇÃO 33
4 MATERIAL E MÉTODOS 35
4.1 CASUÍSTICA 35
4.2 RECRUTAMENTO 35
4.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO 35
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA 37
5 RESULTADOS 39
5.1 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES 39
5.2 CORRELAÇÕES GERAIS ENTRE PARÂMETROS 48
5.2.1 Correlação entre DTM intra e extra-articular, com diagnóstico de TA 48
5.2.2 Correlação entre medicações ISRS e IRSN com dor orofacial espontânea (EVA) 49
5.2.3 Correlação entre o uso de antidepressivos (ISRS ou IRSN) e bruxismo 50
5.2.4 Correlação entre frequência e forma de ocorrência do vômito com dor orofacial espontânea (EVA) 50
5.2.4.1 Correlação entre frequência do vômito e EVA 50
5.2.4.2 Correlação da forma de ocorrência do vômito e EVA 51
5.2.5 Correlação entre má qualidade do sono e o relato de dor espontânea na região orofacial (EVA) 52
5.2.6 Correlação entre o IMC e EVA 53
5.2.7 Correlação entre DTM intra e extra-articular e IMC 54
5.2.8 Correlação entre ocorrência do vômito e DTM intra e extra articular 55
5.2.8.1 Correlação entre ocorrência do vômito e DTM intra-articular 55
5.2.8.2 Correlação entre ocorrência do vômito e DTM extra-articular 56
5.2.9 Correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor 57
5.2.9.1 Correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor (relatado) 57

5.2.9.2 Correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor (RDC/TMD) 58
5.3 ABSENTEÍSMOS 60
6 DISCUSSÃO 61
7 CONCLUSÕES 69
REFERÊNCIAS 71
ANEXOS 79

1 INTRODUÇÃO

Transtornos Alimentares (TA) são distúrbios no comportamento alimentar que tem como resultado a alteração do consumo ou da absorção do alimento, e que prejudicam a saúde física ou o desempenho psicossocial de maneira expressiva (Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5). No mundo ocidental, anorexia nervosa (AN).e bulimia nervosa (BN) são os dois principais tipos de transtorno alimentar, sobretudo em mulheres brancas (Emodi-Perlman et al., 2008), e encontram-se ligados pela existência de uma psicopatologia comum, que é a preocupação excessiva com o peso e o medo de engordar. Essa preocupação conduz a dietas rígidas ou a utilização de métodos purgativos como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos e enemas, para alcançarem o corpo idealizado (Claudino; Borges, 2002; DSM-5).

A etiologia desses transtornos é multifatorial, com causas genéticas, socioculturais, psicológicas e biológicas que interagem entre si e produzem e perpetuam o TA (Morgan et al.,2002), mas não se sabe precisamente qual o papel de cada um desses fatores, nem o mecanismo pelo qual eles agem (Heaner; Walsh, 2013).

Significantes prejuízos na saúde física e na atividade psicossocial são associados a esses transtornos, além de estarem relacionados ao aumento do risco de morte (Agras, 2001; Bohn et al., 2008).

Problemas de saúde bucal e deficiências como cáries e erosões dentais, prejuízos na função salivar, aumento da glândula parótida, são achados comuns em pacientes com esses transtornos, sendo que muitos dos sinais e sintomas bucais são relativamente específicos desse grupo de pacientes (Hellström, 1977; Ohrn et al., 1999).

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que abrange vários problemas clínicos que envolvem a musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM), e estruturas associadas ou ambas (Okeson, 2003). Dor orofacial e os sinais e sintomas de DTM, caracterizados por dores musculoesqueléticas na face e/ou na ATM, tem sido encontrados em praticamente todas as populações estudadas (LeResche, 1997; Carlsson; 1999). O sintoma mais

comum é a dor, que pode ser espontânea e geralmente agravada durante a mastigação, ao morder, bocejar, e até falar. Outras características incluem alterações nos movimentos mandibulares ou restrição da abertura bucal, e barulhos na ATM. Fatores psicológicos e emocionais frequentemente acompanham ou agravam a DTM. Sua etiologia é multifatorial, com envolvimento de fatores centrais assim como fatores iniciantes, predisponentes e perpetuantes. Fatores locais e sistêmicos, como atividades parafuncionais, são frequentemente relatados (Winocur et a., 2001, Okeson 2003).

A dor orofacial pode interferir com as atividades diárias de um paciente e as consequências mais comuns são psicológicas (Segú et al., 2003). Da mesma forma, complicações psicológicas contribuem para o desenvolvimento de dor crônica e TA (Goldberg et al., 2006).

Os TA e a DTM envolvem atividades funcionais e parafuncionais da cavidade oral, e pouco se sabe sobre suas possíveis associações (Emodi-Perlman et al., 2008). A presença de DTM e TA em um paciente deve ser investigada pelos profissionais de saúde que tratam dessas desordens, pois uma pode agravar a outra e até levar à falha do tratamento (Haketa et al., 2006). A coexistência da DTM e do TA, associada à presença de sintomas de depressão podem criar um ciclo vicioso aonde, os sintomas de cada condição patológica piora o efeito da outra (Aroucha et al., 2014).

Vários estudos dizem haver comorbidades de DTM e TA (Goldberg et al., 2006; Emodi-Perlman et al., 2008; Johansson et al., 2010). Este estudo tem como objetivo investigar a presença de DTM em pacientes previamente diagnosticados com TA (bulimia nervosa e anorexia nervosa), classificá-la em intra e extra-articular e investigar a possível correlação entre os diagnósticos de TA e DTM.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5) elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), os Transtornos Alimentares (TA) caracterizam-se por persistentes distúrbios no comportamento alimentar que resultam na alteração do consumo ou da absorção do alimento, e que significantemente prejudicam a saúde física ou o desempenho psicossocial.

O DSM-5 reúne seis diagnósticos nessa classificação, sendo que os três primeiros envolvem transtornos da primeira infância (Pica, Transtorno de Ruminação e Transtorno da Evitação/Restrição Alimentar), seguidos pela Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), e pelo Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.

Os TA são síndromes comportamentais que, nos últimos 30 anos, tem seus critérios diagnósticos estudados extensivamente. Não são descritos como doenças, mas como transtornos, por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia (Claudino; Borges, 2002). Numerosos fatores contribuem para o desenvolvimento dos TA, mas o mecanismo e o papel desses fatores ainda não são claros (Heaner; Walsh, 2013).

Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a AN foi a primeira a ser descrita, no século XIX, e também o primeiro a ser classificado e ter critérios operacionais reconhecidos, em 1970. A BN foi definida pela primeira vez por Gerald Russell em 1979 e descrita, em artigo clássico, como um transtorno independente da AN. Ambos os transtornos foram classificados como Transtornos Alimentares Atípicos, em 1980 (Claudino; Borges, 2002; Cordás, 2004). Ainda que estejam até hoje classificados separadamente, apresentam psicopatologia comum: preocupação em excesso com o peso e forma corporal, levando à prática de dietas excessivamente restritivas ou ao emprego de métodos inapropriados para obter o corpo idealizado (Claudino; Borges, 2002).

De acordo com o DSM-5, há três aspectos fundamentais que caracterizam a AN: obstinada restrição alimentar, acentuado medo de ganhar peso ou tornar-se gordo, e distorção da autoimagem (peso e forma). Os dois subtipos de AN definidos pelo DSM-5 são a Anorexia Nervosa Restritiva (ANR) em que a perda de peso ocorre através de dietas, jejum e/ou exercícios excessivos e a Anorexia Nervosa Purgativa (ANP), na qual há episódios compulsivo-purgativos, onde a purgação pode ser feita através de vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos e enemas. A purgação por vômito também pode ocorrer mesmo após o consumo de pequenas porções de alimento. A AN envolve também uma disfunção endócrina, particularmente do eixo hipotalâmico-hipofásico-gonodal, reconhecida pela amenorreia nas mulheres e perda do interesse e potência sexual nos homens (Claudino; Borges, 2002; Cordás, 2004).

De acordo com o DSM-5, o nível de gravidade da AN em adultos é baseado no Índice de Massa Corporal (IMC), proveniente da Organização Mundial de Saúde: Suave (IMC ≥ 17 kg/m^2), Moderado (IMC 16 a 16,99 kg/m^2), Severo (IMC 15 a 15,99 kg/m^2) e Extremo (IMC < 15 kg/m^2), e pode ser aumentada de modo a refletir os sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão. Quando seriamente abaixo do peso, muitos pacientes têm sinais e sintomas de depressão, retração social, irritabilidade, insonia e diminuído interesse em sexo.

A BN, segundo o DSM-5, é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, acompanhados por falta de controle sobre a duração do episódio; comportamento compensatório recorrente e inapropriado, como a autoindução de vômito, abuso de laxantes, diuréticos, jejum ou excesso de exercícios físicos; autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e peso corporais e ainda, ocorrência de episódios compulsivos pelo menos uma vez por semana, durante 3 meses. Na BN, o vômito autoinduzido é encontrado em até 95% dos pacientes, provavelmente devido ao seu efeito de redução imediata da ansiedade (Casper, 1983). Comorbidades com desordens mentais como depressão, bipolaridade, distúrbios de ansiedade e humor são comuns neste transtorno. Caracteristicamente, indivíduos adultos com BN estão dentro do peso normal ou com sobrepeso: IMC ≥ 18,5 < 30 kg/m^2 (DSM-5).

A importância epidemiológica dessas patologias vem crescendo nas últimas décadas. Elas afetam principalmente adolescentes e adultos jovens, do sexo

feminino, tendo como consequências marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade (Cordás, 2004).

Devido ao fato de que muitos pacientes com TA não procuram ajuda profissional, obtenção de dados epidemiológicos fica prejudicada (Favaro et al., 2003). A prevalência dos TA em adultos de países ocidentais é de 0,6% para AN e de 1% para BN (Jacobi et al., 2004; Hudson et al., 2007). Sabe-se pouco sobre ambos transtornos em homens, pois são muito menos comuns neste gênero do que em mulheres, na proporção de 1:10 (DSM-5).

É alto o risco de suicídio nesses transtornos, com taxa de 12 por 100.000 ao ano para a AN (DSM-5). Estudos sobre o risco de suicídio, em pacientes adolescentes e adultos jovens, são mais encontrados em pacientes diagnosticados com AN do que com outros diagnósticos de TA, e também há mais estudos com mulheres do que homens (Dancyger; Fornari, 2005).

Nos pacientes com AN são encontrados traços de obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão (Rastam, 1992; Srinivasagam et al.,1995), enquanto que nos pacientes com BN são mais frequentes a sociabilidade, comportamento gregário, comportamentos de risco e impulsividade, consistentes com o descontrole e a purgação (Lask, 2000). Como características relevantes do temperamento pacientes com BN, encontra-se a impulsividade e a instabilidade afetiva (Diaz-Marsa et al., 2000). Estudos sugerem que baixa autoestima (McGee; Williams, 2000; Ghaderi; Scott, 2001) ou autoavaliação negativa (Fairburn et al., 1997; Fairburn et al., 1999), são fatores de risco tanto para AN quanto para BN.

A etiologia desses transtornos é multifatorial, com causas genéticas, socioculturais, psicológicas e biológicas que interagem entre si e produzem e perpetuam os TA (Morgan et al.,2002), mas não se sabe precisamente qual o papel de cada um desses fatores, nem o mecanismo pelo qual eles agem (Heaner; Walsh, 2013).

O grau de urbanização parece aumentar a chance de TA, estando mais relacionado à BN do que à AN (Hoek et al., 1995). A urbanização conduziria a uma maior exposição ao ideal de magreza através da mídia, além de facilitar mudanças de hábitos alimentares (fast-foods), sedentarismo e um maior número de pessoas com sobrepeso e obesidade (Morgan et al.,2002).

Pertencer a grupos profissionais como atletas, bailarinas, modelos e nutricionistas reforça a demanda por um corpo muito magro, aumentando o risco de TA (Sundgot-Borgen, 1994).

Situações estressantes, que reforçam sentimentos de insegurança e inadequação, como desorganização da vida ou ameaça à integridade física (doença, gravidez, abuso sexual e físico), são mais frequentes em pacientes com BN do que em controles, e podem ter um papel desencadeador do transtorno (Welch et al., 1997).

Pacientes com distúrbios alimentares são muitas vezes impopulares entre médicos e enfermeiros por causarem danos a si mesmos, não cooperam com o tratamento, enganarem a equipe que os trata, e são ingratos e insatisfeitos (Robinson, 2000).

A grande variedade de aspectos que compõe a etiologia dos TA é um desafio para quem trata e para quem pesquisa esses transtornos pois necessitam compreender como esses diversos fatores interagem em cada situação (Morgan et al., 2002).

2.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES E SAÚDE BUCAL

A purgação por vômito, um comportamento predominante e potencialmente prejudicial nos TA, pode levar a importantes alterações de saúde geral e bucal (Aroucha et al., 2014). As complicações de saúde geral nos TA incluem aspiração alimentar, úlceras gastrointestinais, hipocalcemia, arritmias cardíacas, pancreatites e miopatias (incluindo o miocárdio), e distúrbios endócrinos, levando ao retardo do desenvolvimento das características sexuais secundárias podendo ter como sequela a osteoporose (Claudino-Borges, 2002; Emodi Perlman et al., 2008).

As manifestações bucais em pacientes com TA podem causar prejuízos para a função, desconforto e dor, e deterioração da estética e qualidade de vida (Lo Russo et al., 2008). Incluem elevados níveis de cáries, sensibilidade ao frio e calor, xerostomia, erosão dental e, eventualmente, inchaço da glândula parótida (Harwood-Newton, 1995; Hague, 2010).

A pressão mecânica exercida por frequentes episódios de autoindução de vômito, particularmente quando deflagrados com os dedos, escovas de dente, pinos, pentes, ou outros objetos rígidos, devido à abertura bucal excessiva, podem causar danos similares aos sofridos em anestesia geral devido à intubação: deslocamento de disco ou subluxação da cabeça da mandíbula (Okesson, 2005).

Devido ao fato de que o ato de vomitar pode ser prejudicial ao sistema estomatognático, pode-se considerar que este hábito como um fator predisponente, iniciante ou perpetuante da Disfunção Temporomandibular (Emodi-Perlman et al., 2008).

2.3 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma expressão coletiva que engloba vários problemas que envolvem os músculos mastigatórios, a Articulação Temporomandibular (ATM), e estruturas associadas. Representam um conjunto de distúrbios relacionados ao sistema estomatognático resultando em vários sintomas, dentre os quais o mais frequente é a dor, normalmente localizada nos músculos mastigatórios e/ou área pré-auricular. Pacientes diagnosticados com essas desordens apresentam, com frequência, movimentos mandibulares limitados ou assimétricos e ruídos da ATM. São queixas comuns dores na mandíbula e/ou maxilas, dor no ouvido, cefaleia e dor facial (Leeuw, 2010).

As dores originadas pela DTM foram identificadas como a principal causa de dor não dental na região orofacial, e tem sido considerada uma subclassificação das desordens músculo-esqueléticas (Bell, 1989). A dor na região temporomandibular é relatada em aproximadamente 10% da população maior de 18 anos e acomete principalmente adultos jovens e de meia idade, aproximadamente duas vezes mais comuns em mulheres do que em homens (LeResche, 1997; Anastassaki; Magnusson, 2004). Estudos epidemiológicos mostram que a maior parte dos sintomas de DTM é relatada por pacientes que se encontram numa faixa etária que varia de 20 a 40 anos (Von et al., 1988, Dworkin et al., 1990, De Kanter et al., 1993).

A causa da DTM é complexa e multifatorial, sendo que dentre esses fatores encontra-se os predisponentes (aumentam o risco), desencadeantes (iniciantes) e perpetuantes, que interferem com a cura ou com o aumento da progressão do problema. Traumas, estresse emocional, fontes de estímulo de dor profunda, e fatores sistêmicos podem ser contribuintes para essa disfunção.

Hábitos parafuncionais são comuns e geralmente não afetam o sistema estomatognático. Entretanto, quando a atividade parafuncional ultrapassa o limite fisiológico de tolerância do indivíduo, inicia-se a alteração desse sistema. Essa alteração acontece no tecido de menor tolerância estrutural: dentes, músculos ou articulações. Microtraumas, definidos como repetidas aplicações de pequenas forças, podem causar DTM (Okeson, 2003).

Os centros emocionais do cérebro têm influência na função muscular, uma vez que o estresse afeta o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, que, por sua vez, aumenta a atividade das vias eferentes gama, que fazem com que as fibras intrafusais dos fusos musculares se contraiam, tendo como efeito final um aumento na tonicidade muscular (Carlsson et al., 1999).

Os agentes estressantes podem ser positivos (como viajar) ou negativos (como problemas financeiros), e para o corpo não é relevante à origem do estresse. Altos níveis de estresse emocional aumentam tanto a tonicidade muscular da cabeça e pescoço (Selye H, 1974), quanto os níveis de atividade muscular parafuncional, como o bruxismo ou o apertamento dentário (Okeson, 2013). As questões emocionais envolvidas com a DTM não são as que exigem uma resposta aguda, como correr de um edifício em chamas, mas aquelas que submetem o indivíduo a um estresse emocional prolongado, do qual não há habilidade para escapar, como ambientes profissionais desagradáveis, casamentos infelizes ou dinâmicas familiares complicadas (Okeson, 2013).

Desta forma, os aspectos psicossociais podem predispor algumas pessoas às DTMs e também podem perpetuá-las, uma vez que os sintomas estejam presentes (Leeuw, 2010).

No seu estudo, Kafas e Leeson (2006), observaram que ansiedade e

depressão estão presentes na maioria dos pacientes com dor crônica, e contrariamente, seus sinais e sintomas não aparecem na maioria dos pacientes do grupo com dor aguda, e acrescenta que esta diferença explica o papel dos fatores psicológicos na manutenção e perpetuação da dor.

Vários fármacos tem sido associados com o aumento da atividade do bruxismo noturno, dando respaldo à probabilidade de que mecanismos centrais possam originá-lo (Winocur et al., 2003). Particularmente os sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e adrenérgicos, parecem estar envolvidos nessa atividade motora orofacial (Lavigne et al., 2011). Os fármacos antidepressivos que estão associados ao aumento da atividade do bruxismo noturno são os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), e os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), (Carra et al., 2012). Na literatura encontramos alguns relatos de caso que associaram o bruxismo ao uso de antidepressivos ISRS, (Ellison; Stanziani, 1993; Lobbezoo et al., 2001; Sabuncuoglu et al., 2009).

Dor e desordens do sono estão entre as queixas mais comuns na sociedade, tanto que não é surpresa que essas duas condições frequentemente coexistam. De fato, essa experiência comum revela que qualquer condição de dor irá prejudicar o sono e impactar no humor, na energia e no comportamento do indivíduo (Moldofsky, 2001). Somente alguns estudos tem avaliado a qualidade do sono em pacientes com DTM. Tais estudos tem encontrado que a maioria dos pacientes (>50%) relatou má qualidade de sono, que clinicamente estão associados ao aumento severo de dor e estresse psicológico (Harness et al., 1990; Yatani et al., 2002; Riley et al., 2001).

Critérios diagnósticos são importantes por fornecerem uma linguagem comum para desenvolver uma base conceitual a ser utilizada na clínica para diagnóstico e tratamento (Fries et al., 1994, Leeuw, 2010). Os sistemas de classificação são modelos em evolução, que serão modificados por novos achados científicos e maiores níveis de entendimento (Leeuw, 2010).

Segundo os critérios diagnósticos para pesquisa (RDC/TMD), a classificação diagnóstica da DTM inclui distúrbios extra-articulares ou desordens musculares como mialgia e mialgia com abertura limitada e distúrbios intra articulares como deslocamentos do disco articular com ou sem redução e artralgias (Dworkin SF; LeResche L, 1992).

Schiffman et al. (1990), através de critérios diagnósticos testados,

encontraram em uma população de 269 mulheres estudantes de enfermagem, 33% de DTM intra-articular e 41% de distúrbios extra-articulares. Progiante et al., (2015) aplicaram RDC/TMD em uma população brasileira de 1643 usuários, de ambos os sexos, do Sistema Único de Saúde da cidade de Maringá,.e diagnosticaram 29,5% de desordens extra-articulares e 47% de desordens intra articulares

Os objetivos do tratamento dos pacientes com DTMs são semelhantes àqueles do tratamento de outras desordens ortopédicas ou reumatológicas, e incluem: reduzir a dor, diminuir a sobrecarga adversa, e restaurar a função para que o paciente possa retomar as atividades diárias normais. Esses objetivos do tratamento são mais facilmente atingidos por um programa bem elaborado para tratar os distúrbios físicos e reduzir ou eliminar os efeitos de todos os fatores contribuintes. O tempo investido para explicar e instruir o paciente é um quesito indispensável para que se desenvolva uma relação de cumplicidade e se estabeleça a adesão ao tratamento (Leeuw, 2010).

Um programa de auto manejo bem sucedido, possibilita a cura e previne maiores lesões no sistema músculo esquelético, que pode levar ao controle da desordem (Hodges, 1990; Wright et al.,1995). Desta forma, o diagnóstico e classificação da origem da DTM torna-se essencial para o planejamento e tratamento da DTM.

2.4 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E TRANSTORNOS ALIMENTARES

Sabe-se que problemas psicológicos contribuem para o desenvolvimento de dor crônica e transtornos alimentares. A coexistência de DTM, TA e depressão podem complicar e perpetuar todo o conjunto de sintomas (Goldberg et al., 2006).

Yap et al. (2001) em seu estudo piloto, mostraram que pacientes com depressão, classificada de moderada a severa, apresentaram significantemente maior limitação da função mandibular do que pacientes sem depressão.

O tratamento dos TA pode ser afetado negativamente se os sinais e sintomas da DTM não forem diagnosticados e tratados (Goldberg et al., 2006). Irving et al.

(1999) por meio de um estudo com 35 pacientes com DTM mostraram que 88,6 % (31/35) pacientes relataram que comer era um problema, e concluíram que a dor originada da DTM pode prejudicar a ingestão, a escolha e a apreciação do alimento.

Haketa et al. (2006) mostraram que de um total de 511 pacientes com DTM, 98,6% tiveram dificuldades na ingestão de alimentos em alguma fase da mastigação. E acrescentaram que a sequência da mastigação dos alimentos incluem etapas como apreender o alimento, morder, triturar e então engolir, sendo que a trituração ocorre repetidamente, a qual poderia levar à maior fadiga dos músculos mastigatórios, do que as outras etapas.

Com o objetivo de determinar a prevalência de dor orofacial crônica em pacientes com TA e investigar sintomas de TA em pacientes com dor orofacial crônica, Goldberg et al. (2006) avaliaram 110 pacientes de dois programas de TA e 78 pacientes com dor orofacial crônica através dos questionários Eating Attitudes Test 26 e Hapak para determinar sintomas vinculados com TA e DTM respectivamente. Dos 110 pacientes com TA, 60,9% indicaram que tinham algum tipo de dor no momento do questionário ou em passado recente, sendo dentre eles, 67% sofriam de dor moderada a severa. Apenas 2 dos 78 pacientes com dor crônica apresentaram pontuações que sugeriram TA.

Trabalhando com 3 grupos de mulheres entre 18 e 36 anos, Emodi-Perlman et al., (2008) tiveram como objetivo comparar a prevalência de sinais e sintomas de problemas psicológicos, dentais e de DTM entre mulheres com TA crônico e grupo controle de mulheres saudáveis da mesma faixa etária. O grupo composto por mulheres diagnosticadas com TA, foi subdividido em dois grupos, sendo um deles composto por 43 pacientes com hábito de induzir o vômito, e o outro com 36 pacientes que não tinham esse hábito. O terceiro grupo, controle, era composto de 48 mulheres. As pacientes com TA apresentaram maior prevalência do hábito de mascar chicletes, maior sofrimento emocional e psicológico e maior sensibilidade à palpação muscular quando comparadas ao grupo controle. Dentre as pacientes com TA, as do grupo com o hábito de indução do vômito tiveram maior sensibilidade muscular e eram mais angustiadas que as do grupo que não tinha o hábito de vomitar.

A frequência do hábito da purgação pelo vômito pode ser considerada como um microtrauma, podendo ser um macrotrauma, quando ocorre com uma abertura

bucal extrema, repentina e anormal. Aparentemente essa parafunção afeta os músculos mastigatórios e tendões, levando a sintomas miofasciais (Emodi-Perlman et al., 2008).

Johansson et al., (2010) demonstraram que sintomas e sinais de DTM são encontrados mais frequentemente na amostra de pacientes com TA quando comparado com os resultados da amostra de pacientes, do mesmo sexo e da mesma faixa etária, do grupo controle. Neste estudo foram examinados 54 pacientes com TA e 54 pacientes do grupo controle, através de um questionário elaborado com 196 questões de saúde geral e bucal e também através de exame clínico. O questionário do grupo controle não continha as 20 questões específicas relacionadas aos TA. Sintomas relatados como dor de cabeça, dores faciais, cansaço mandibular, interposição lingual, sensação de caroço na garganta, tonturas, dificuldade de concentração, e distúrbios do sono foram significantemente mais prevalentes no grupo de pacientes com TA quando comparados ao grupo controle. A análise dentro do grupo de TA, mostrou que os pacientes que induziam o vômito tinham significantemente mais dores de cabeça, náusea e ronco. Nos pacientes estudados, não houve diferenças significantes quanto a sinais subjetivos e sintomas clínicos de DTM, em relação à duração do transtorno alimentar.

Deste estudo, pode-se concluir que pacientes com TA frequentemente apresentam um alto risco, ou tendência para comorbidade, para DTM, e que posteriormente, hábitos como o vômito, e compulsão alimentar possivelmente aumentam esse risco/comorbidade (Johansson et al., 2010).

Em sua revisão de literatura, Aroucha et al. (2014) concluíram que há evidências da correlação entre DTM e TA, mas esta comorbidade deveria ser melhor entendida. A presença de sintomas de depressão é um fator agravante que deveria também ser levado em conta durante o diagnóstico e tratamento e afirmam que algumas lacunas no conhecimento dessas desordens podem ser o resultado da análise das mesmas como condições separadas quando, na verdade, elas são comorbidades em alguns pacientes.

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo tem como objetivo investigar a presença de DTM em pacientes previamente diagnosticados com TA (bulimia nervosa, anorexia nervosa ou anorexia nervosa purgativa), classificá-la em intra e extra-articular, investigar a possível correlação entre diagnósticos de TA e DTM e a possível correlação entre o tempo do TA e o tempo de dor devido à DTM.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CASUÍSTICA

A pesquisa foi realizada na Clínica de Dor Orofacial, da Disciplina de Estomatologia Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Foi composta por pacientes consecutivos que responderam ao recrutamento, com idade mínima de 18 anos, de ambos os gêneros, que apresentaram o diagnóstico médico de TA (BN, AN ou ANP). Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) que consta do projeto aprovado sob o número 1.070.721, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOUSP (Anexo B).

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, com diagnóstico médico prévio de Transtorno Alimentar: Anorexia Nervosa, Anorexia Nervosa Purgativa ou Bulimia Nervosa.

4.2 RECRUTAMENTO

O recrutamento foi feito principalmente nos centros de atendimento a pacientes com TA, AMBULIM e PROATA, e através da veiculação do recrutamento, para a pesquisa, na mídia eletrônica (Anexo C).

4.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Os pacientes foram avaliados por meio de questionário de saúde geral e bucal, com perguntas pertinentes à DTM e TA (Anexo D), e uma anamnese de DTM (Anexo E), elaborados pelos alunos de pós-graduação do departamento de

estomatologia clínica, área de concentração diagnóstico bucal, da FOUSP e exame clínico com preenchimento do Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, RDC/TMD (Anexo F) (Dworkin ; LeResche , 1992). Os sinais clínicos contabilizados foram os movimentos mandibulares, dor à palpação (muscular e articular) , sons da ATM, e dor espontânea.

Os pacientes tiveram seus pesos e alturas aferidos na balança antropométrica eletrônica 200 kg, referência W200-A, marca Welmy, da sala de enfermagem na clínica odontológica, e seu índice de massa corporal (IMC) foi calculado. A categorização do IMC (Organização Mundial de Saúde) segue abaixo:

IMC	kg/m^2	escore
magreza grave	< 16	1
magreza moderada	16 a <17	2
magreza leve	17 a < 18,5	3
saudável	18,5 a <25	4
sobrepeso	25 a < 30	5
obesidade grau I	30 a < 35	6
obesidade grau II	35 a < 40	7
obesidade grau III	≥ a 40	8

A palpação do músculo (M.) temporal (feixes anterior, médio e posterior) e do M. masseter superficial (porções superior, média e inferior) foi realizada com algômetro (Kratos Equipamentos Industriais LTDA., modelo DDK 10), aparelho que registra o valor exato da pressão exercida sobre a área, com pressão de 1,0 kg. As dores puderam ser categorizadas em direita, esquerda ou bilateral para cada ponto.

A palpação da ATM foi realizada com a pressão da polpa digital do dedo mínimo na parte posterior da articulação através do meato acústico externo. As dores puderam ser classificadas em direita, esquerda ou bilateral para cada articulação.

A ausculta da ATM foi realizada com auxílio de estetoscópio de uso pediátrico. Foi considerado estalo o ruído descontínuo e seco que ocorre em algum ponto do trajeto mandibular, em abertura ou fechamento, e crepitação a presença de som contínuo, “arenoso” ou de papel celofane sendo amassado. Os sons foram diferenciados em esquerdo, direito ou bilateral.

A coleta dos dados do RDC possibilitou a classificação da DTM em:

1. Diagnóstico extra-articular (mialgia, e mialgia com abertura limitada).

2. Diagnóstico intra-articular (deslocamento de disco com ou sem redução e, Artralgia).

Os pacientes diagnosticados com DTM foram tratados na Clínica de Dor Orofacial da Disciplina de Estomatologia Clínica, conforme literatura sobre o assunto. Todos os pacientes no início do tratamento tiveram a consulta de "Orientação e Auto Manejo", aonde foram orientados verbalmente e por escrito, quanto aos hábitos parafuncionais, à necessidade de condicionamento e percepção desses hábitos, e ao repouso articular e muscular (Leeuw, 2010) (Anexo G).

A dor espontânea foi avaliada na consulta inicial e em todos os retornos, através de escala Escala Visual Analógica (EVA). A intensidade da dor foi marcada em uma linha de 10 cm, sendo a extrema esquerda da linha nenhuma dor e a extrema direita a pior dor já sentida.

A dor espontânea foi categorizada como se segue (Schumann et al., 2003):

EVA	gravidade
Zero	Sem dor
0,1 a 3,9	Leve
4 a 7,9	Moderada
8 a 10	Severa

A placa interoclusal foi instalada nos pacientes em que, após o retorno da consulta de orientação e auto manejo, tiveram EVA≥4 (dor moderada e severa). Os medicamentos como antinflamatório, relaxantes musculares ou analgésicos foram utilizados como auxiliares na redução da dor, quando a dor foi maior ou igual a 4, mesmo usando placa interoclusal, e fisioterapias com temperatura. A ciclobenzaprina foi o miorrelaxante escolhido, pois em estudos que incluem pacientes com DTM, este fármaco foi estatisticamente superior ao placebo ou ao clonazepan na redução da dor mandibular ao acordar (Herman et al., 2002). E para o efeito anti-inflamatório, o piroxicam foi utilizado devido à eficácia dos AINEs no tratamento da dor da DTM artrogênica (Ta; Dionne, 2004).

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente os dados foram organizados e resumidos através da frequência absoluta (número de pacientes) e relativa (porcentagem de casos em relação ao total de pacientes) para as variáveis categóricas, e através de algumas estatísticas resumo (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo) para variáveis quantitativas.

Após o resumo de todas as variáveis do estudo, foram obtidas as análises relacionadas à correlação de alguns dados entre si.

Para a correlação entre duas variáveis categóricas foi realizada através do teste de exato de Fisher. O teste exato de Fisher foi escolhido (ao invés do teste de Qui-quadrado), uma vez que as frequências esperadas dentro de cada célula eram muito pequenas e dessa forma o teste de Qui-quadrado não seria indicado.

Entre uma variável categórica e outra quantitativa, a correlação foi realizada através do teste t-Student ou do teste de Mann-Whitney. A decisão entre um teste e outro foi tomada em função da distribuição da variável quantitativa: no caso de distribuição normal, a comparação foi feita com o teste t-Student, no caso de falta de indícios de distribuição normal, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A correlação entre duas variáveis numéricas foi obtida com o teste de correlação de Pearson, que indica se existe uma relação linear entre as variáveis. Neste caso, a representação da relação entre essas duas variáveis foi feita visualmente através de gráficos de dispersão, ao invés de tabelas.

Todas as análises foram realizadas com a utilização do *software* estatístico Minitab, versão 16.1, e significância estatística foi indicada para valores de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

5.1. DESCRIÇÃO DOS PACIENTES

Para o recrutamento, o AMBULIM disponibilizou uma lista com 135 na fila de espera para tratamento. Foi efetivado o contato com 72 pacientes. Desses, apenas 58 foram agendados para triagem odontológica. Os outros 14 não aceitaram por falta de interesse, ou por não morarem mais em SP ou por não terem disponibilidade de horário. Do total de 58 pacientes agendados, 7 pacientes desistiram de vir para triagem após a primeira ou segunda tentativa de reagendamento, 35 não vieram nas três consultas agendadas e 15 aderiram ao tratamento. Através do PROATA, foi feito o contato com 16 pacientes que estavam em tratamento do TA, sendo que 10 desses pacientes responderam positivamente, dos outros 6, dois agendaram, faltaram e desistiram, dois não foi conseguido contato, e dois não quiseram . Os outros 6 pacientes que completaram a amostra, vieram pela divulgação do recrutamento em mídias sociais (Tabela 5.1).

Assim foi formado um grupo de 31 pacientes, com idade variando entre 18 e 48 anos, sendo 96,8% (30/31) do sexo feminino e apenas 3,2% (1/31) do sexo masculino. Do total dos pacientes, 67,7% (21/31) declararam-se de etnia branca, 9,7% (3/31) de etnia negra, 9,7% (3/31) parda , 9,7% (3/31) de etnia amarela, e 3,2% (1/31) não declarou sua etnia.

De acordo com o valor do IMC, valores obtidos de 29 pacientes, a maioria dos pacientes, 69,0% (20/29), apresentavam-se saudáveis, 10,3% (3/29) apresentavam algum grau de magreza (moderada ou leve) e 20,7% (6/29) estavam com sobrepeso ou obesidade grau I (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 - Dados demográficos e procedência dos pacientes TA

	N	%
Sexo		
feminino	30	96,8%
masculino	1	3,2%
Idade (anos)		
média (d.p.)	30,7 (6,7)	
mín - máx	18 - 48	
IMC (Kg/m^2)		
média (d.p.)	22,3 (4,1)	
mín - máx	16,8 - 32,9	
IMC (categorizado)		
magreza moderada (IMC de 16 a <17Kg/m^2)	1	3,4%
magreza leve (IMC de 17 a <18,5 Kg/m^2)	2	6,9%
saudável (IMC de 18,5 à <25 Kg/m^2)	20	69,0%
sobrepeso (IMC de 25 a <30 Kg/m^2)	3	10,3%
obesidade grau I (IMC de 30 a <35 Kg/m^2)	3	10,3%
Procedência		
Ambulim	15	48,4%
Proata	10	32,3%
CAPS	1	3,2%
CEPAN	1	3,2%
Internet	2	6,5%
Amigos	1	3,2%
Recrutamento	1	3,2%
Etnia		
Negra	3	9,7%
Branca	21	67,7%
Parda	3	9,7%
Amarela	3	9,7%
S/ resposta	1	3,2%

A maioria dos pacientes, 83,9% (26/31,) apresentou o diagnóstico médico de BN, e os demais, 16,1% (5/31), com diagnóstico de ANP. Vinte e dois pacientes, 71,0% (22/31), estavam em tratamento para o transtorno alimentar. O tempo médio do TA foi de 10,2 anos. Vinte e três pacientes, 74,2% (23/31), apresentaram diagnóstico de DTM extra-articular e 21 pacientes, 67,7% (21/31), diagnóstico intra-articular. Do total dos pacientes, 54,8% (17/31) apresentaram ambos diagnósticos, sendo 12,9% (4/31) somente articular e 19,3% (6/31) somente muscular. Outros diagnósticos psiquiátricos foram relatados por 48,4% (15/31) dos pacientes, sendo que dois, 6,4% (2/31), não souberam dizer se tinham outros diagnósticos, e 45,2% (14/31) dos pacientes afirmaram que não os tinham (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 - Características dos pacientes com TA

	N	%
Diagnóstico		
bulimia nervosa	26	83,9%
anorexia nervosa purgativa	5	16,1%
Tratamento do TA		
sim	22	71,0%
não	9	29,0%
Tempo TA (anos)		
média (d.p.)	10,2 (6,5)	
mín - máx	1,5 - 30	
Diagnóstico extra-articular		
sim	23	74,2%
não	8	25,8%
Diagnóstico intra-articular		
sim	21	67,7%
não	10	32,3%
Diagnóstico intra e extra-articular		
sim	17	54,8%
não	14	45,2%
Outros diagnósticos psiquiátricos		
sim	15	48,4%
não	14	45,2%
não sabe	2	6,4%

De acordo com Escala Visual Analógica (com escores variando de 0 até 10), os pacientes apresentavam, na consulta inicial, média de 2,7 de dor, sendo que 32,3% (10/31) pacientes indicaram ausência total de dor espontânea (escore 0) e 6,5% (2/31) indicaram dor intensa (escore entre 8 e 10). O tempo médio de dor relatado pelo paciente durante anamnese de DTM, foi de 6,5 anos e o tempo médio de dor, indicado através do questionário RDC, foi de 3,9 anos, variando de 0 até 15 anos (Tabela 5.3).

Tabela 5.3 - Intensidade e tempo de dor

	N	%
EVA inicial		
média (d.p.)	2,7 (2,8)	
mín - máx	0 - 8,2	
EVA inicial (categorizado)		
sem dor	10	32,3%
dor leve	13	41,9%
dor moderada	6	19,4%
dor intensa	2	6,5%
Tempo de dor (anos)		
média (d.p.)	6,5 (4,9)	
mín - máx	0 - 15	
Tempo de dor RDC (anos)		
média (d.p.)	3,9 (4,5)	
mín - máx	0 - 15	

Com relação à localização da queixa subjetiva de dor, 38,7% (12/31) relataram dor nas têmporas, 45,2% (14/31) na região lateral do rosto, 32,3% (10/31) na nuca, 48,4% (15/31) na fronte, 9,7% (3/31) na mandíbula, 3.2% (1/31) queixou-se de enxaqueca e 3.2% (1/31) dor de cabeça. Dois pacientes, 6,5% (2/31) reclamaram de dor na ATM. No total, 71,4% dos pacientes (24/31) referiram dor em pelo menos uma das quatro regiões mais citadas (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Localização dor: queixa principal

	N	%
Têmporas		
sim	12	38,7%
não	19	61,3%
Lateral do rosto		
sim	14	45,2%
não	17	54,8%
Nuca		
sim	10	32,3%
não	21	67,7%
Fronte		
sim	15	48,4%
não	16	51,6%
ATM		
sim	2	6,5%
não	29	93,5%
Mandíbula		
sim	3	9,7%
não	28	90,3%
Cabeça		
sim	1	3,2%
não	30	96,8%
Enxaqueca		
sim	1	3,2%
não	30	96,8%

Nos relatos subjetivos sobre o sono, somente 9,7% (3/31) pacientes relataram que apresentavam sono bom, 77,4% (24/31) sono ruim, 3,2% (1/31) com sono péssimo, 6,5% (2/31) descreveram o sono como oscilante e 3,2% (1/31) relatou ter insônia (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Características do sono

	N	%
Sono bom		
sim	3	9,7%
não	28	90,3%
Sono ruim		
sim	24	77,4%
não	7	22,6%
Sono péssimo		
sim	1	3,2%
não	30	96,8%
Sono oscilante		
sim	2	6,5%
não	29	93,5%
Insônia		
sim	1	3,2%
não	30	96,8%

Somente 6,5% (2/31) dos pacientes relataram ter tido o hábito de purgação por vômito durante muito tempo (10 e 16 anos), mas que não estavam vomitando no momento (3 meses e 15 meses, sem vomitar, respectivamente). Seis pacientes, 19,4% (6/31) relataram que vomitam de vez em quando. Grande parte dos pacientes, 38,7% (12/31), disseram que vomitam de 1 até 6 vezes por semana e 35,5% (11/31) disseram que vomitam uma ou mais vezes por dia. Quanto aos instrumentos usados para provocar o vômito, disseram vomitar espontaneamente 35,7% (10/28) dos pacientes, relataram usar ou já ter usado os dedos para esta finalidade 82,1% (23/28) dos pacientes, e ter provocado ou ainda provocar vômito com o cabo de escova, 39,3% (11/28) (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 - Características da autoindução do vômito

	N	%
Frequência do vômito		
S/vomitar	2	6,5%
de vez em quando	6	19,4%
1 vez por semana	1	3,2%
2 a 3 vezes por semana	10	32,3%
4 a 6 vezes por semana	1	3,2%
diariamente	4	12,9%
2 a 3 vezes por dia	4	12,9%
4 ou mais vezes por dia	3	9,7%
Espontâneo		
sim	10	35,7%
não	18	64,3%
Provocado por dedos		
sim	23	82,1%
não	5	17,9%
Provocado por cabo de escova		
sim	11	39,3%
não	17	60,7%

Com relação ao uso de medicações, 22,6% (7/31) dos pacientes relataram que faziam uso de remédios para dormir. Para o tratamento do TA, os antidepressivos foram prescritos a 64,5% (20/31) dos pacientes. Dentre esses fármacos, os ISRS foram administrados a 51,6% (16/31) dos pacientes, 12,9% (4/31) relataram a utilização de antidepressivos duais (IRSN) e 6,5% (2/31) utilizavam os tricíclicos (Tabela 5.7). Dois pacientes faziam uso concomitante de tricíclicos e IRSN.

Tabela 5.7 - Uso de medicamentos

	N	%
Utiliza remédio para dormir		
sim	7	22,6%
não	24	77,4%
Antidepressivos		
sim	20	64,5%
não	11	35,5%
Antidepressivos ISRS		
sim	16	51,6%
não	15	48,4%
Antidepressivos IRSN		
sim	4	12,9%
não	27	87,1%
Antidepressivos Tricíclicos		
sim	2	6,5%
não	29	93,5%

Quanto aos hábitos parafuncionais, a avaliação mostra que a maioria dos pacientes, 96,7% (29/30) relatou apertar os dentes, 50,0% (14/28) tem bruxismo, 61,3% (19/27) mascam chicletes, 51,6% (16/31) mordem os lábios, 35,5% (11/31) mordem as bochechas, 19,4% (6/31) mordem a língua, 19,4% (6/31) mordem lápis, 16,1% (5/31) roem unhas e 6,5% (2/31) dos pacientes mordem as “pelinhas” dos dedos (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 - Hábitos Parafuncionais

	N	%
Aperta os dentes		
sim	29	96,7%
não	1	3,3%
Bruxismo		
sim	14	50,0%
não	14	50,0%
Masca chiclete		
sim	19	61,3%
não	12	38,7%
Morde lábios		
sim	16	51,6%
não	15	48,4%
Morde bochechas		
sim	11	35,5%
não	20	64,5%
Morde língua		
sim	6	19,4%
não	25	80,6%
Morde lápis		
sim	6	19,4%
não	25	80,6%
Roe unhas		
sim	5	16,1%
não	26	83,9%
Morde "pelinha" dos dedos		
sim	2	6,5%
não	29	93,5%

5.2 CORRELAÇÕES GERAIS ENTRE PARÂMETROS

5.2.1 Correlação entre DTM intra e extra-articular, com diagnósticos de TA

A correlação entre os diagnósticos intra e extra-articular com diagnósticos do transtorno realizada pelo teste exato de Fisher não mostrou correlação significante (p=1,000), seja para diagnóstico intra-articular, quanto para diagnóstico extra-articular (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 - Correlação entre DTM intra e extra- articular com AN e BN

	ANP		BN		
	N	%	N	%	p-valor
Extra-articular					
sim	4	80,0%	19	73,1%	1,000[1]
não	1	20,0%	7	26,9%	
Intra-articular					
sim	3	60,0%	18	69,2%	1,000[1]
não	2	40,0%	8	30,8%	

[1] teste exato de Fisher

5.2.2 Correlação entre medicações ISRS e IRSN com dor orofacial espontânea (EVA)

A dor orofacial foi medida através de uma escala visual analógica (EVA) de 0 a 10, e as estatísticas resumo, de acordo com o uso ou não de ISRS e IRSN, estão descritas na tabela 5.10.

O teste de Mann-Whitney mostrou que não houve correlação estatística significante entre o uso dessas medicações e a dor, expressa pela escala EVA, sendo p=0,794 para ISRS e p=0,529 para IRSN. Nota-se que o uso de IRSN foi muito baixo, prejudicando também a correlação estatística com EVA. Tabela 5.9

Tabela 5.10- Correlação entre o uso de ISRS e IRSN com dor orofacial espontânea (EVA)

	E V A inicial (estatísticas resumo)						
	N	média	d.p.	mínimo	mediana	máximo	p-valor
ISRS							
sim	16	2,9	2,8	0	2,2	7,5	0,794[1]
não	15	2,6	2,8	0	3,2	8,2	
IRSN							
sim	4	1,7	2,0	0	1,7	3,5	0,529[1]
não	27	2,9	2,9	0	2,3	8,2	

[1] teste de Mann-Whitney

5.2.3 Correlação entre o uso de ISRS ou IRSN e bruxismo

Conforme indicado na tabela abaixo, não foi observado significância estatística na correlação entre uso de antidepressivos (ISRS ou IRSN) e bruxismo, p=0,115 (Tabela 5.11).

Tabela 5.11- Correlação entre uso de ISRS ou IRSN e bruxismo

uso de ISRS ou IRSN	sim		não		
	N	%	N	%	p-valor
bruxismo					
sim	11	61,1%	3	30,0%	0,115[1]
não	7	38,9%	7	70,0%	

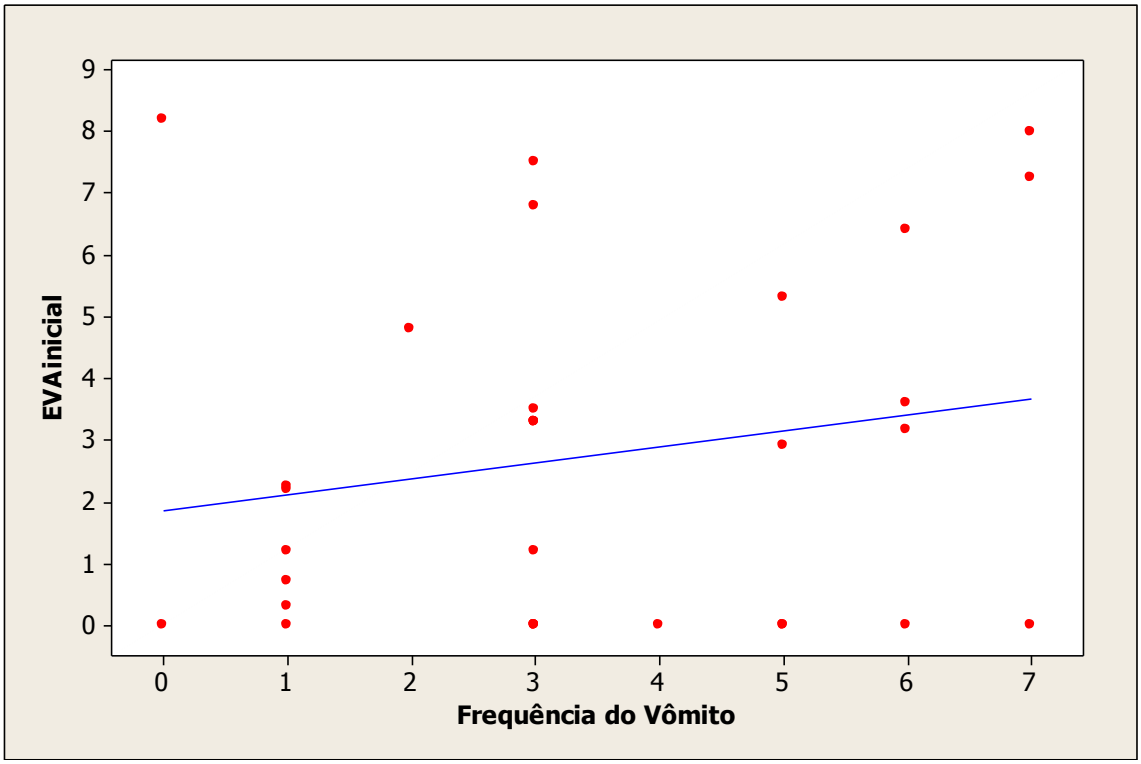
[1]teste de Qui-quadrado

5.2.4 *Correlação entre frequência e forma de ocorrência do vômito com dor orofacial espontânea (EVA)*

5.2.4.1 Correlação entre frequência do vômito e EVA

Uma vez que as duas variáveis medidas se apresentam sob a forma de distribuição numérica quantitativa, a correlação entre a frequência do vômito e a dor (medida através da escala EVA) foi obtida através do índice de correlação de Pearson (r), e mostrou que não houve relação estatística significante, r=0,199 (p=0,284). O gráfico de dispersão abaixo mostra essa relação.

Gráfico 5.1 - Correlação entre frequência do vômito e EVA



5.2.4.2 Correlação da forma de ocorrência do vômito e EVA

Também não foi observada correlação significante entre a ocorrência do vômito e a dor orofacial, seja vômito espontâneo (p=0,495), vômito provocado por dedos (p=0,502) ou vômito provocado por cabo de escova (p=0,488), conforme indicado na Tabela 5.12 a seguir.

Tabela 5.12 - Correlação entre ocorrência do vômito e dor orofacial espontânea (EVA)

	E V A inicial (estatísticas resumo)						
	N	média	d.p.	mínimo	mediana	máximo	p-valor
vômito espontâneo							
sim	10	2,3	2,7	0	1,7	7,5	0,495[1]
não	18	3,1	3,0	0	3,2	8,2	
vômito provocado por dedos							
sim	23	2,9	2,9	0	2,3	8,2	0,502[1]
não	5	2,2	3,3	0	0	7,5	
vômito provocado por cabo de escova							
sim	11	3,4	3,3	0	3,3	8,2	0,488[1]
não	17	2,5	2,6	0	2,2	8	

[1] teste de Mann-Whitney

5.2.5 Correlação entre má qualidade do sono e o relato de dor espontânea na região orofacial (EVA)

Conforme indicado na tabela abaixo, não foi observada significância estatística na correlação entre má qualidade do sono e a ocorrência de dor espontânea na região orofacial, p=1,000. Observar que o número de pacientes que tiveram qualidade do sono considerada adequada foi pequena (apenas 3 casos), (Tabela 5.13).

Tabela 5.13 - Correlação entre má qualidade do sono e relato de dor espontânea na região orofacial (EVA)

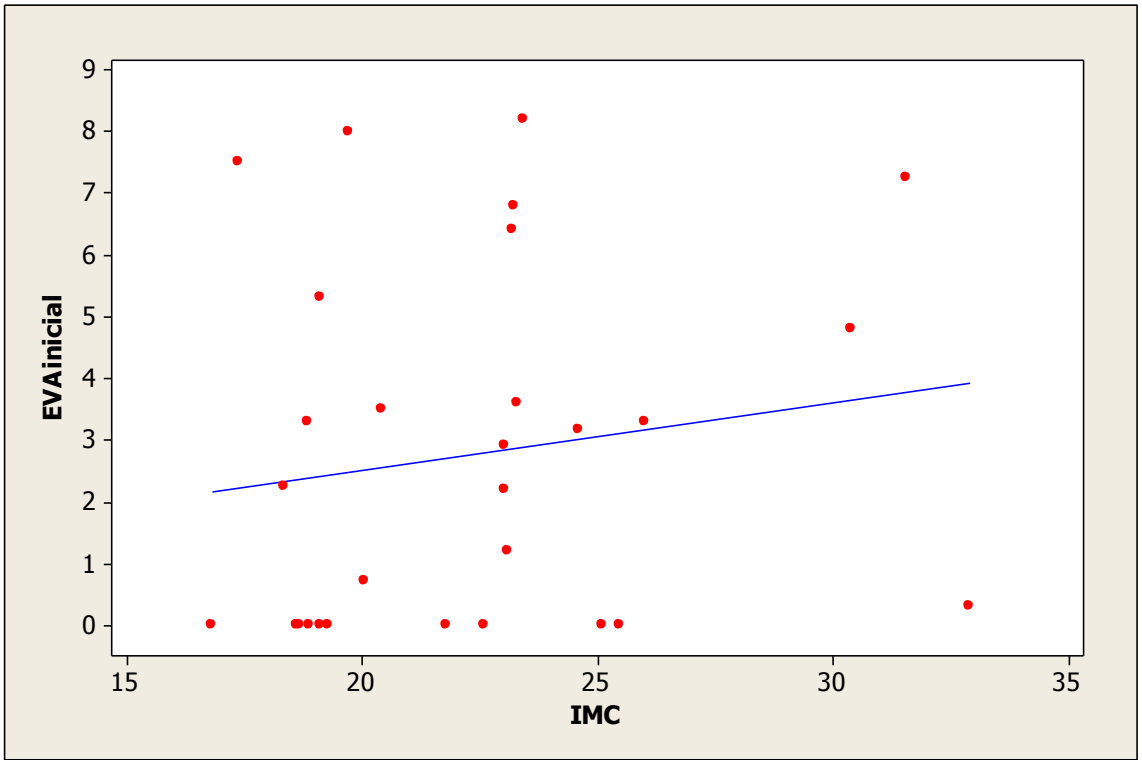
má qualidade do sono	sim		não		
	N	%	N	%	p-valor
dor espontânea					
sim	19	67,9%	1	33,3%	1,000[1]
não	9	32,1%	2	66,7%	

[1]teste exato de Fisher

5.2.6 Correlação entre o IMC e EVA

Uma vez que as duas variáveis medidas se apresentam sob a forma de distribuição numérica quantitativa, a correlação entre o IMC e a dor (medida através da escala EVA) foi obtida através do índice de correlação de Pearson (r), e mostrou que não houve relação estatística significante, r=0,156 (p=0,419). O gráfico de dispersão abaixo mostra essa relação.

Gráfico 5.2 - Correlação entre IMC e EVA



5.2.7 *Correlação entre DTM intra e extra-articular e IMC*

Não houve relação estatística significante entre diagnóstico intra-articular e IMC (p=0,716), bem como diagnóstico extra-articular e IMC (p=0,725). Neste caso, como IMC tem distribuição normal, foi utilizado o teste t-Student para avaliar a relação entre esses parâmetros (Tabela 5.14).

Tabela 5.14 - Correlação entre DTM intra e extra-articular e IMC

	I M C (estatísticas resumo)						
	N	média	d.p.	mínimo	mediana	máximo	p-valor
Extra-articular							
Sim	21	22,2	3,8	16,8	22,4	32,9	0,725[1]
Não	8	22,9	5,1	16,8	22,4	32,9	
Intra-articular							
Sim	20	22,6	3,9	17,4	23,1	31,6	0,716[1]
Não	9	21,9	4,7	16,8	21,8	32,9	

[1] teste t-Student

5.2.8 *Correlação entre ocorrência do vômito e DTM intra e extra-articular*

5.2.8.1 Correlação entre ocorrência do vômito e DTM intra-articular

Não foi observado correlação significante entre a ocorrência do vômito e o diagnóstico intra-articular, seja vômito espontâneo (p=1,000), vômito provocado por dedos (p=1,000) ou vômito provocado por cabo de escova (p=0,409), conforme indicado na Tabela 5.15.

Tabela 5.15 - Correlação entre a ocorrência do vômito e DTM intra-articular

diag. intra:	sim		não		
	N	%	N	%	p-valor
vômito espontâneo					
sim	7	36,8%	3	33,3%	1,000[1]
não	12	63,2%	6	66,7%	
vômito provocado por dedos					
sim	16	84,2%	7	77,8%	1,000[1]
não	3	15,8%	2	22,2%	
vômito provocado por cabo de escova					
sim	6	31,6%	5	55,6%	0,409[1]
não	13	68,4%	4	44,4%	

[1] teste exato de Fisher

5.2.8.2 Correlação entre ocorrência do vômito e DTM extra-articular

Também não foi observada correlação significante entre a ocorrência do vômito e o diagnóstico extra-articular, seja vômito espontâneo (p=1,000), vômito provocado por dedos (p=0,123) ou vômito provocado por cabo de escova (p=0,671), conforme indicado na Tabela 16

.

Tabela 5.16 - Correlação entre a ocorrência do vômito e DTM extra-articular

diag. extra:	sim		não		
	N	%	N	%	p-valor
vômito espontâneo					
sim	7	35,0%	3	37,5%	1,000[1]
não	13	65,0%	5	62,5%	
vômito provocado por dedos					
sim	18	90,0%	5	62,5%	0,123[1]
não	2	10,0%	3	37,5%	
vômito provocado por cabo de escova					
sim	7	35,0%	4	50,0%	0,671[1]
não	13	65,0%	4	50,0%	

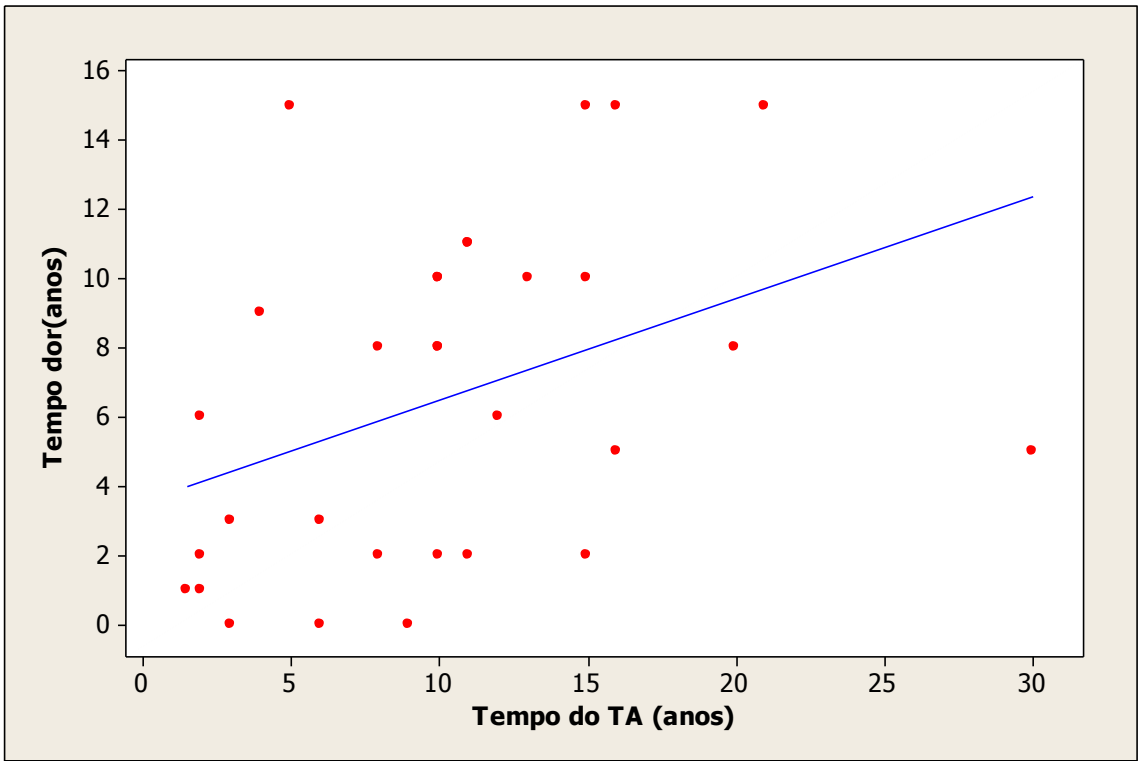
[1] teste exato de Fisher

5.2.9 *Correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor*

5.2.9.1 Correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor (relatado)

Uma vez que as duas variáveis se apresentam sob a forma de distribuição numérica quantitativa, a correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor relatado na entrevista foi obtida através do índice de correlação de Pearson (r), o qual mostrou relação estatística significante, r=0,390 (p=0,030), indicando que, quanto maior o tempo de TA, maior também o tempo de dor relatado. O gráfico de dispersão abaixo mostra essa relação.

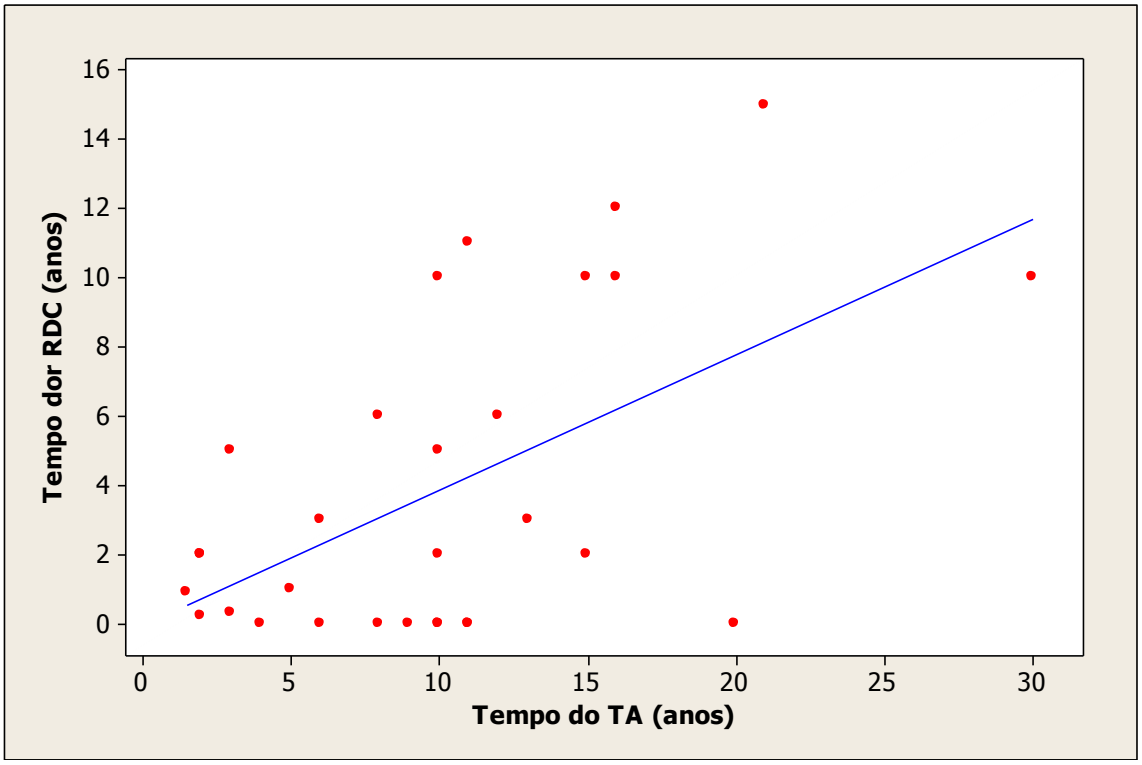
Gráfico 5.3 - Correlação entre tempo do TA e tempo de dor (relato espontâneo)



5.*2.9.2* Correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor (RDC/TMD)

Uma vez que as duas variáveis se apresentam sob a forma de distribuição numérica quantitativa, a correlação entre o tempo de TA e o tempo de dor obtido através do questionário RDC foi obtida através do índice de correlação de Pearson (r), o qual também mostrou relação estatística significante, r=0,561 (p=0,001), indicando que, quanto maior o tempo de TA, maior também o tempo de dor obtido através do questionário RDC. O gráfico de dispersão abaixo mostra essa relação.

Gráfico 5.4- Correlação entre tempo do TA e tempo de dor (obtido através do questionário RDC)



5.3 ABSENTEÍSMO

Dos 31 pacientes que preencheram o RDC/TMD, dois não vieram às consultas subsequentes, um por ter ido fazer mestrado em outro país, e outro por priorizar o tratamento psiquiátrico. Dos 29 pacientes que continuaram, 4 interromperam tratamento devido ao trabalho, 2 não responderam mais às tentativas de contato, 1 alegou morar longe e desistiu, e outro alegou, após ter desmarcado duas consultas seguidas, não querer atrapalhar o estudo. Os tratamentos continuaram para 21 pacientes, dos quais 7 tiveram alta.

Dos 29 pacientes que seguiram com o tratamento, 16 tiveram ausências em 40 a 65%, das consultas, 3 compareceram em todas as consultas, 3 tiveram de 10 a 20% de ausência, 4 de 25 a 35% de ausência e 3 se ausentaram em 75 a 80% das consultas (Tabela 5.17).

Tabela 5.17- Absenteísmo

N	%
3	75 a 80%
16	40 a 65%
4	25 a 35%
3	10 a 20%
3	0

6 DISCUSSÃO

O grupo de 31 pacientes recrutados que participou deste estudo, composto quase pela totalidade (96,8%, 30/31) de mulheres, com idade média de 30,7 ± 6,7 anos, encontra-se de acordo com o que a literatura descreve sobre o perfil dos pacientes com TA, que segundo Cordás (2004) afetam principalmente adolescentes e adultos jovens, do sexo feminino. A proporção homem-mulher no grupo estudado foi de 1:30, talvez pela amostra ser pequena, pois difere da proporção descrita no DSM-5, de 1:10. O perfil da amostra populacional estudada também está de acordo com o perfil de pacientes que apresentam DTM, onde encontramos os estudos epidemiológicos mostrando que a maior parte dos sintomas de DTM é relatada por pacientes que se encontram numa faixa etária que varia de 20 a 40 anos (Von et al., 1988, Dworkin et al., 1990, De Kanter et al., 1993), e é mais comuns em mulheres do que em homens (LeResche, 1997; Anastassaki; Magnusson, 2004).

Os pacientes deste estudo tiveram como principais queixas, as dores nas regiões das têmporas, laterais do rosto, nuca e fronte, sendo que 71,4% dos pacientes (24/31) referiram dor em pelo menos um desses sítios, como relatado no estudo de Johansson et al. (2010) onde os sintomas como dor de cabeça, dores faciais, e cansaço mandibular eram prevalentes em pacientes com TA quando comparados ao grupo controle.

Este estudo avaliou a dor espontânea pela escala EVA, na mesma consulta em que foi preenchido o RDC/TMD. A questão Q3 (RDC/TMD) pergunta se houve dor em regiões como bochechas, têmporas ou perto do ouvido, nas últimas 4 semanas, e depois a questão Q5 pergunta quando a dor ocorre. Aconteceu que alguns pacientes responderam não para a pergunta Q3, indicando não ter tido dor nas últimas 4 semanas, mas na Q5 responderam que a dor aparece e desaparece. Bem, pelo diagnóstico de Mialgia do RDC/TMD, se a resposta da Q3 não for positiva, não há diagnóstico de dor muscular. Mas isso pode mudar na semana seguinte, pois pacientes sem diagnóstico de mialgia e/ou artralgia, mas que tinham dor provocada à palpação, foram acompanhados com fisioterapia e houve consultas em que relataram dor espontânea, associadas ao estresse emocional e a noites com

piora da qualidade de sono. Os altos níveis de estresse emocional podem aumentar a tonicidade muscular da cabeça e pescoço, como também elevar os níveis de atividade muscular parafuncional, tais como o bruxismo ou o apertamento dos dentes (Okeson, 2013).

Em outros casos, apesar de ter a resposta à questão Q3 negativa, e EVA=0 para dor espontânea, quando foi feito o exame clínico, ao preencher E1 e E2 que questionam de que lado da face é a dor que sentem e pede-se para apontar a área da dor, respectivamente, a resposta foi positiva para dor muscular e pelo RDC/TMD, mesmo assim não se fecha diagnóstico para mialgia pelo RDC/TMD.

A dor orofacial pode interferir com as atividades diárias de um paciente e as consequências mais comuns são psicológicas (Segú et al., 2003). Da mesma forma, complicações psicológicas contribuem para o desenvolvimento de dor crônica e TA (Goldberg et al., 2006). A coexistência da DTM e do TA, associada à presença de sintomas de depressão podem criar um ciclo vicioso aonde, os sintomas de cada condição patológica piora o efeito da outra (Aroucha et al., 2014).

Johansson et al. (2010), relataram em seu estudo, que não foram achadas diferenças significantes com relação a sintomas subjetivos de dor e sinais clínicos de DTM, dentro do grupo de TA, e tempo de duração do transtorno alimentar, o que é diferente do que foi encontrado neste estudo. Categorizando-se dois tempos de dor, uma para o tempo de dor relatada no RDC/TMD, e outra para o tempo de dor relatada com pergunta objetiva na anamnese (para 66,6%, 20/30 dos pacientes, esse tempo teve respostas diferentes), houve correlação significante do tempo do TA e da dor, nas duas categorizações, mostrando que quanto maior o tempo de TA, maior o tempo da dor causada pela DTM. A diferença destes resultados estatísticos pode ter sua razão na diversidade das amostras populacionais estudadas, como o tempo médio da doença, que neste estudo foi de 10,2 ± 6,5 anos, e no estudo sueco foi de 4 a 5 anos (0,3 mín ; 35 máx), e os hábitos parafuncionais, como o vômito, que nesta amostra era pertinente a todos os pacientes.

Emodi Perlman et al. (2008) em seu trabalho relatam que a frequência do hábito da purgação pelo vômito pode ser considerada como um microtrauma, tendo a possibilidade de ser um macrotrauma, quando ocorre com uma abertura bucal extrema, repentina e anormal. Aparentemente essa parafunção afeta os músculos mastigatórios e tendões, levando a sintomas miofasciais. E, ainda, que devido ao

fato de que o ato de vomitar pode ser prejudicial ao sistema estomatognático, este hábito é capaz de tornar-se um fator predisponente, iniciante ou perpetuante da Disfunção Temporomandibular.

As correlações entre frequência de vômito e dor espontânea e entre instrumentos usados para a autoindução do vômito e dor espontânea não foram significantes neste grupo estudado. Era esperado que estas correlações fossem estatisticamente significantes, pois, além do que a literatura apresenta, clinicamente alguns pacientes relataram sentir dor orofacial durante a autoindução de vômito, ou aumento do cansaço na região orofacial, após o vômito. A inexistência de correlação pode à média de dor espontânea ter sido baixa (EVA=2,7), e há que se considerar que nesta amostra populacional todos os pacientes vomitavam, podendo ter prejudicado o resultado da análise estatística.

Um critério de inclusão que considerasse dor orofacial com Eva≥6, por exemplo, poderia formar um grupo de estudo mais representativo de dor orofacial, nesta amostra populacional 19,4% (6/31) dos pacientes tiveram EVA≥4, sendo que se fosse considerado EVA≥6 a amostra teria tido apenas 12,9% (4/31) dos pacientes.

Avaliou-se também a correlação entre a ocorrência do vômito (espontâneo, induzido por dedos e induzido por cabo de escova) e os diagnósticos de DTM, intra e extra-articular respectivamente, sendo que essas não foram correlações significantes. Era esperada uma correlação estatisticamente significante entre os diferentes diagnósticos de TA e DTM. Possivelmente um grupo com hábitos mais heterogêneos possibilitaria resultados mais esclarecedores, neste grupo, quase a totalidade dos pacientes, 92,9% (26/28), usam ou já usaram os dedos ou cabo de escova para autoinduzir o vômito. Um estudo com delineamento longitudinal poderia mostrar uma possível correlação.

Dor e desordens do sono estão entre as queixas mais comuns na sociedade, tanto que não é surpresa que essas duas condições frequentemente coexistam (Moldofsky, 2001). Distúrbios do sono foram significantemente mais prevalentes no grupo de pacientes com TA quando comparados ao grupo controle, constataram Johansson et al. (2010). Alguns estudos encontraram como resultado, que a maioria

dos pacientes com DTM (>50%) relatou má qualidade de sono, que clinicamente está associada ao aumento severo de dor e estresse psicológico (Harness et al., 1990; Yatani et al., 2002; Riley et al., 2001). A grande maioria, 90,3% (28/31), dos pacientes deste estudo relatou não dormir bem, sendo que apenas 9,7% (3/31), declararam ter um sono bom, e 22,5% (7/31) tomam indutor do sono ou ansiolítico para ajudar a ter um sono melhor. Dentre os pacientes com má qualidade do sono, 67,9% tinham dor espontânea (19/28), sendo que 63,2% (12/19) relataram dor leve.

Aproximadamente 50% dos pacientes com TA, comparados com 10% do grupo controle, relataram tonturas frequentes, distúrbios do sono e dificuldade de concentração (Johansson et al.,2010). A correlação estatística dessas variáveis, má qualidade do sono e relato de dor espontânea não foi significante para este grupo estudado, entretanto, deve-se observar que o número de pacientes que tiveram qualidade do sono considerada adequada foi muito pequeno (3/31), prejudicando a análise estatística dos dados.

Pacientes com TA, frequentemente sofrem de ausência de sono, tensão e ansiedade severa, e são comumente tratados com antidepressivos; todos esses fatores tem a possibilidade de estimular o bruxismo (Winocur et al.,2003).

Observou-se que os antidepressivos ISRS e IRSN foram administrados para 64,5% (20/31) da amostra, e dois desses pacientes (2/20) usavam concomitantemente os antidepressivos tricíclicos. Os fármacos antidepressivos que estão associados ao aumento da atividade do bruxismo noturno são os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) (Carra et al., 2012). Alguns relatos de caso que associam o bruxismo ao uso de antidepressivos ISRS, também são encontrados na literatura (Ellison; Stanziani, 1993; Lobbezoo et al., 2001; Sabuncuoglu et al., 2009). A correlação do uso desses fármacos foi feita em relação à dor orofacial espontânea (EVA), mas não houve significância. Percebe-se que o uso de IRSN foi muito baixo, prejudicando essa correlação estatística. Porém, a correlação desses antidepressivos e o bruxismo foi feita com o número total de pacientes que usavam ISRS ou IRSN, já que a literatura relata que há indícios de que esses dois

antidepressivos induzem ao bruxismo, mas neste caso também não houve correlação estatisticamente significativa. Uma amostra maior de pacientes com TA, e um estudo com grupo controle pode ser que traga resultados mais elucidativos a respeito dessa correlação.

Na amostra estudada 55,2% (16/29) dos pacientes relataram que alguém já os tinha ouvido ranger os dentes. Johansson et al (2010) relatam que o bruxismo reportado entre grupo de pacientes com TA e grupo controle não tiveram diferenças significativas, e Emodi-Perlman et al. (2008) descrevem que não houve diferenças estatísticas no bruxismo noturno, quando compararam os 19% dos pacientes com TA que apresentavam bruxismo noturno com os 29,2% do grupo controle. Entretanto não houve, nesses estudos correlação do bruxismo com antidepressivos.

Estudos que correlacionassem os diagnósticos de TA com as classificações da DTM, não foram encontrados na literatura, mas Johansson et al. (2010), dizem não haver diferença em sintomas relacionados á ATM (sons e travamentos), e acrescentam que é provável que os sintomas de DTM apresentados por pacientes com TA sejam de origem muscular, pois dor facial e cansaço mandibular foram significantemente mais comuns em pacientes com TA do que em pacientes do grupo controle.

A correlação entre os diagnósticos foi feita entre os 26 pacientes com diagnóstico médico de BN, os 5 pacientes com diagnóstico médico de ANP, e os diagnósticos intra e extra-articular de DTM, sendo que essas correlações não foram estatisticamente significantes. Uma vez que apenas 5 pacientes apresentavam diagnóstico de anorexia nervosa purgativa (ANP), a correlação entre os diagnósticos intra e extra-articular com diagnósticos do transtorno alimentar ficou bastante prejudicada, e a amostra não era heterogênea, já que a sua totalidade vomitava.

A prevalência de DTM intra-articular nos pacientes com TA foi de 67,7% (21/31), e a de DTM extra–articular, 74,2% (23/31), o que está acima da prevalência encontrada por Schiffman et al. (1990), que através de critérios diagnósticos testados, diagnosticaram em uma população de mulheres estudandes de enfermagem, 33% de DTM intra-articular e 41% de distúrbios extra-articulares, e também acima da prevalência encontrada por Progiante et al, 2015, onde numa população de 1643 pessoas atendidas pelo sistema único de saúde, Brasil, foi encontrada a prevalência de 47% de DTM intra-articular e 29,5% de DTM extra-

articular. Pode-se dessa forma afirmar que, no presente estudo, as prevalências de DTM tanto muscular como articular são maiores em pacientes com TA quando comparadas a populações sem TA, descrita na literatura.

As complicações de saúde geral nos TA incluem aspiração alimentar, úlceras gastrointestinais, hipocalcemia, arritmias cardíacas, pancreatites e miopatias (incluindo o miocárdio), e distúrbios endócrinos, levando ao retardo do desenvolvimento das características sexuais secundárias podendo ter como sequela a osteoporose (Claudino-Borges, 2002; Emodi Perlman et al., 2008). Tendo, os pacientes de TA, possíveis consequências em ossos e músculos, foi investigada a correlação entre dor orofacial espontânea e o IMC dos pacientes, como também a correlação dos diagnósticos de DTM, intra e extra-articular e o IMC, respectivamente. A análise estatística, nessas correlações, mostrou-se não significante.

Quando seriamente abaixo do peso, muitos pacientes com AN tem sinais e sintomas de depressão, retração social e irritabilidade e sintomas de depressão. Comorbidades com desordens mentais como depressão, bipolaridade, distúrbios de ansiedade e humor são comuns tanto na AN, como na BN (DSM-5). Kafas e Leeson (2006) observaram que ansiedade e depressão estão presentes na maioria dos pacientes com dor crônica. Emodi-Perlman et al. (2008), em seu estudo, mostraram que pacientes com TA mostraram maior sofrimento psicológico quando comparados ao grupo controle, e que pacientes com TA que purgam por vômito mostram maior sofrimento quando comparados aos pacientes com TA que não purgam por vômito. Neste estudo, o total de pacientes com comorbidades psiquiátricas foi de 48,4% (15/31), sendo que desses pacientes, 80% (12/15) tinham dor orofacial espontânea e 20% (3/15), não a tinham.

Emodi-Perlman (2008) através do seu estudo concluiu que os pacientes com TA apresentaram maior prevalência do hábito de mascar chicletes, quando comparados ao grupo controle. Microtraumas, definidos como repetidas aplicações de pequenas forças, podem causar DTM (Okesson, 2003). O hábito de mascar chicletes está presente em mais da metade dos pacientes avaliados, 61,3% (19/31), Após a explicação dada na consulta de educação e auto manejo, sobre o hábito de mascar chicletes ser um hábito parafuncional e que pode trazer sobrecarga aos músculos e articulações, as pacientes justificaram que esse hábito os ajuda a

enganar a fome ou a não comer.

Quanto à atividade de mastigar, foi perguntado se havia algum impedimento ou limitação ou prejuízo a essa atividade (Q 19.a, RDC/TMD) devido à dor orofacial, e mais da metade dos pacientes, 58,1% (18/31), responderam positivamente. Desses pacientes que responderam que tinham algum problema em mastigar, poucos pacientes,16,7% (3/18), tinham EVA=0 para a dor espontânea, metade (9/18) relataram dor orofacial leve , 5/18 dor moderada e apenas 1/18 dor severa. Clinicamente observou-se que alguns pacientes mesmo fazendo careta à pressão que o algômetro fazia nos feixes musculares, ou mesmo à palpação digital articular, relatavam dor leve às intensidades 1, 2 ou 3 propostas no RDC/TMD e acrescentavam que eram resistentes à dor, pois aprenderam a suportar as dificuldades da vida. Outros pacientes perceberam a dor depois da consulta de educação e auto manejo, pois achavam que o cansaço ou o peso nas laterais do rosto era normal.

Houve dificuldade em recrutar os pacientes de TA e em vinculá-los ao tratamento. A porcentagem de faltas ou remarcações de consultas, em média, foi alta (de 40 a 65%). Encontra-se na literatura, que pacientes com distúrbios alimentares são muitas vezes impopulares entre médicos e enfermeiros porque causam danos a si mesmos, não cooperam com o tratamento, enganam a equipe e, são ingratos e insatisfeitos (Robinson, 2000).

Apesar de este estudo ter buscado várias correlações para entender melhor a comorbidade entre TA e DTM, a quase totalidade delas não tiveram significância. Mas a correlação tempo do TA e tempo da DTM existe, e é significante: quanto maior o tempo do transtorno alimentar, maior o tempo de dor. Estudos com maior número de pacientes se faz necessário para poder reavaliar as variáveis, e as correlações entre elas, aqui estudadas. A participação do dentista em equipes multidisciplinares para tratamento de TA, é importante, pois há a necessidade de que os profissionais que tratam essas duas desordens fiquem atentos aos sinais e sintomas que cada uma delas apresenta, para tratar a que for de sua competência e encaminhar, ao profissional responsável, a que não for de sua atribuição. A saúde, o bem estar do paciente e sua qualidade de vida, devem sempre estar na mente do profissional que trabalha com saúde.

7 CONCLUSÕES

A presença de DTM foi diagnosticada em 83,9% (26/31) dos pacientes estudados, e encontrou-se uma prevalência de DTM intra-articular 67.7% (21/31) e de extra-articular 74,2% (23/31), sendo que 54,8% (17/31) dos pacientes apresentaram ambos diagnósticos. A correlação entre as classificações de DTM (intra e extra articular) e os diagnósticos de TA (BN e AN) não foram estatisticamente significantes.

A correlação do tempo de duração do TA e o tempo de dor causado pela DTM foi estatisticamente significante, onde pode-se afirmar que quanto maior o tempo do TA, maior o tempo de dor devido à DTM.

REFERÊNCIAS[1]

Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 2001 Jun;24(2):371-9.

Anastassaki A, Magnusson T. Patients referred to a specialist clinic because of suspected temporomandibular disorders: a survey of 3194patients in respect of diagnoses, treatments, and treatment outcome. Acta Odontol Scand. 2004 Aug;62(4):183-92.

Aroucha JM, Ximenes RC, Vasconcelos FM, Nery MW, Sougey EB. Temporomandibular disorders and eating disorders: a literature review. Trends Psychiatry Psychother. 2014 Jan-Mar;36(1):11-5. doi: 10.1590/2237-6089-2013-0006.

Bell WE. Orofacial Pains: classification, diagnosis, management. 4th ed. 101.Chicago:1989. Year Book Medical Publishers.

Bohn K, Doll HA, Cooper Z, O'Connor M, Palmer RL, Fairburn CG. The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. Behav Res Ther. 2008 Oct;46(10):1105-10. doi: 10.1016/j.brat.2008.06.012. Epub 2008 Jul 2.

Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 1999 Fall;13(4):232-7.

Carra MC, Huynh N, Lavigne G. Sleep bruxism: a comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. Dent Clin North Am. 2012 Apr;56(2):387-413. doi: 10.1016/j.cden.2012.01.003.

Casper RC. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical view. Int J Eat Disord 1983;2:3-16.

Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução, Rev Bras Psiquiatr. 2002 ;24(Supl III):7-12.

Cordás, TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. Rev Psiq Clin.2004;(4):154-7.

[1] De acordo com o estilo Vancouver

Dancyger IF, Fornari VM. A review of eating disorders and suicide risk in adolescence. ScientificWorldJournal. 2005 Sep 28;5:803-11.

De Kanter RJ, Truin GJ, Burgersdijk RC, Van 't Hof MA, Battistuzzi PG, Kalsbeek H, Käyser AF. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. J Dent Res. 1993 Nov;72(11):1509-18.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 - 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.338-50.

Diaz-Marsa M, Carrasco JL, Saiz J. A study of temperamento and personality in anorexia and bulimia nervosa. J Personal Disord 2000;14(4):352-9.

Dworkin SF, LeResche L, Von Korff MR. Diagnostic studies of temporomandibular disorders: challenges from an epidemiologic perspective. Anesth Prog. 1990 Mar-Jun;37(2-3):147-54.

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord. 1992; 6: 327- 330.

Ellison JM, Stanziani P. SSRI-associated nocturnal bruxism in four patients. J Clin Psychiatry. 1993 Nov;54(11):432-4.

Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. Prevalence of Psychologic, Dental, and Temporomandibular Signs and Symptoms Among Chronic Eating Disorders Patients: A Comparative Control Study, J Orafac Pain, 2008 Summer;22(3):201-8.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. Arch Gen Psychiatry 1999;56(5):468-76.

Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O’Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. Arch Gen Psychiatry 1997;54(6):509-17.

Fries JF, Hochberg MC, Medsger TA Jr, Hunder GG, Bombardier C.
Criteria for rheumatic disease. Different types and different functions. The American College of Rheumatology Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1994 Apr;37(4):454-62.

Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 2001;104(2):122-30.

Goldberg MB, Katzman DK, Woodside DB, Baker GI. Do Eating Disorders and Chronic Facial Pain Coexist? A Preliminary Study. J Can Dent Assoc. 2006 Feb;72(1):51.

Hague AL. Eating disorders: screening in the dental office. J Am Dent Assoc. 2010 Jun;141(6):675-8.

Haketa T, Kino K, Sugisaki M, Amemori Y, Ishikawa T, Shibuya T, Sato F, Yoshida N. Difficulty of food intake in patients with temporomandibular disorders. Int J Prosthodont. 2006 May-Jun;19(3):266-70.

Harness DM, Donlon WC, Eversole LR.
Comparison of clinical characteristics in myogenic, TMJ internal derangement and atypical facial pain patients. Clin J Pain. 1990 Mar;6(1):4-17.

Harwood MP and Newton JT. Dental aspects of bulimia nervosa: Implications for the health care team. Eur Eating Disorders Review. 1995; 3:93-102.

Heaner MK, Walsh BT. A history of the identification of
the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa. Appetite. 2013 Dec;71:445-8.

Hellström I. Oral complications in anorexia nervosa. Scand J Dent Res. 1977 Jan;85(1):71-86.

Herman CR, Schiffman EL, Look JO, Rindal DB.
The effectiveness of adding pharmacologic treatment with clonazepam or cyclobenzaprine to patient education and self-care for the treatment of jaw pain upon awakening: a randomized clinical trial. J Orofac Pain. 2002 Winter;16(1):64-70.

Hodges JM. Managing temporomandibular joint syndrome. Laryngoscope 1990;100:60-6.

Hoek HW, Bartelds AI, Bosveld JJ, Van der Graaf Y, Limpens VE, Maiwald M, et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. Am J Psychiatry 1995;152(9):1272-8.
Hudson JI, HiripiE, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007 Feb 1;61(3):348-58. Epub 2006 Jul 3.

Irving J, Wood GD, Hackett AF. Does temporomandibular disorder pain dysfunction syndrome affect dietary intake? Dent Update. 1999 Nov;26(9):405-7.

Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med. 2004 May;34(4):597-611.

Johansson AK, Johansson A, Unell L, Norring C, Carlsson GE. Eating disorders and signs and symptoms of temporomandibular disorders. Swed Dent J. 2010;34(3):139-47.

Kafas P, Leeson R. Assessment of pain in temporomandibular disorders: the bio-psychosocial complexity. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006 Feb;35(2):145-9. Epub 2005 Jun 21.

Lask B. Aetiology. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. 2nd ed. East Sussex: Psychology Press; 2000. p. 63-79.

Lavigne G, Manzini C, Huynh NT. Sleep Bruxism. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. Principles and practice of sleep medicine. 5th edition. St Louis (MO): Elsevier Saunders; 2011. p. 1129-39.

Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.

LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. Crit Rev Oral Biol Med. 1997;8(3):291-305.

Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA.
Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students.
J Abnorm Psychol. 1993 Feb;102(1):133-44.

Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. Oral Dis. 2008 Sep;14(6):479-84. doi: 10.1111/j.1601-0825.2007.01422.x.

Lobbezoo F, van Denderen RJ, Verheij JG, Naeije M. Reports of SSRI-associated bruxism in the family physician's office. J Orofac
Pain. 2001 Fall;15(4):340-6.

McGee R, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? J Adolesc .2000;23(5):569-82.

Moldofsky H. Sleep and pain. Sleep Med Rev. 2001 Oct;5(5):385-396.

Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl III):18-23.

Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7ª ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda; 2013.

Okesson JP (ed). Bell’s orofacial pains. 6ª ed. Chicago: Quintessence; 2005.p.344,539.

Okesson JP (ed). Management of temporomandibular disorders and occlusion, 5ª ed. St Louis, Mosby; 2003:p.159-89.

Ohrn R, Enzell K, Angmar-Månsson B. Oral status of 81 subjects with eating disorders. Eur J Oral Sci. 1999 Jun;107(3):157-63.

Progiante PS, Pattussi MP, Lawrence HP, Goya S, Grossi PK, Grossi ML. Prevalence of Temporomandibular Disorders in
an Adult Brazilian Community Population Using the Research
Diagnostic Criteria (Axes I and II) for Temporomandibular Disorders (The Maringá Study). Int J Prosthodont. 2015 Nov-Dec;28(6):600-9. doi: 10.11607/ijp.4026.

Rastam M. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescentes: Premorbid problems and comorbidity. J Am Acad Child Adolesc Psyciatry 1992;31(5):819-29.

Riley JL 3rd, Benson MB, Gremillion HA, Myers CD, Robinson ME, Smith CL Jr, Waxenberg LB. Sleep disturbance in orofacial pain patients: pain-related or emotional distress? Cranio. 2001 Apr;19(2):106-13.

Robinson PH. Review article: recognition and treatment of eating disorders in primary and secondary care. Aliment Pharmacol Ther. 2000 Apr;14(4):367-77.

Sabuncuoglu O, Ekinci O, Berkem M. Fluoxetine-induced sleep bruxism in an adolescent treated with buspirone: a case report. Spec Care Dentist. 2009 Sep-Oct;29(5):215-7. doi: 10.1111/j.1754-4505.2009.00091.x.

Schiffman EL, Fricton JR, Haley DP, Shapiro BL. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 1990 Mar;120(3):295-303.

Schumann R, Shikora S, Weiss JM, Wurm H, Strassels S, Carr DB. A comparison of multimodal perioperative analgesia to epidural pain management after gastric bypass surgery. Anesth Analg. 2003 Feb;96(2):469-74, table of contents.

Selye H, Stress without distress. Philadelphia ; New York : J. B. Lippincott, 1974.

Sessie BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R. Dor Orofacial, da Ciência Básica à Conduta Clínica, 2010.

Segù M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. Minerva Stomatol. 2003 Jun;52(6):279-87.

Selye H. Stress without distress. Philadelphia, 1974, Lippincott.

Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnocov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R. Persistent Perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery form anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995;152(11):1630-4.

Sundgot Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. Med Sci Sports Exerc 1994;26(4):414-9.

Ta LE, Dionne RA. Treatment of painful temporomandibular joints with a cyclooxygenase-2 inhibitor: a randomized placebo-controlled comparison of celecoxib to naproxen. Pain. 2004 Sep;111(1-2):13-21.

Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A.
An epidemiologic comparison of pain complaints. Pain. 1988 Feb;32(2):173-83.
Welch SL, Doll HA, Fairburn CG. Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. Psychol Med 1997;27(3):515-22.

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 Jul;28(7):624-9.

Winocur E, Gavish A, Voikovitch M, Emodi-Perlman A, Eli I. Drugs and bruxism: a critical review. J Orofac Pain. 2003 Spring;17(2):99-111.

Wright EF, Anderson GC, Schulte JK. A randomized clinical trial of intraoral soft splints and palliative treatment of masticatory muscle pain. J Orofac Pain 1995;9:192-199.

Yatani H, Studts J, Cordova M, Carlson CR, Okeson JP. Comparison of sleep quality and clinical and psychologic characteristics in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2002;16(3):221-8.

Yap AU, Tan KB, Hoe JK, Yap RH, Jaffar J On-line computerized diagnosis of pain-related disability and psychological status of TMD patients: a pilot study. J Oral Rehabil. 2001 Jan;28(1):78-87.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: Estudo da Disfunção Temporomandibular em Pacientes com Transtornos Alimentares

Pesquisadores: Profa. Dra. Andréa Lusvarghi Witzel; Rosane Tronchin Gallo

Local em que será realizado o estudo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, na clínica de Especialidades, situada na Av. Professor Lineu Prestes, 2227; Cidade Universitária, São Paulo – SP.

Convite: Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente desse estudo, após assinar este formulário, com seu consentimento livre e esclarecido. Você poderá desistir a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou custo.

Objetivos do estudo: Esse estudo está sendo realizado para conhecermos melhor a sua saúde. Gostaríamos de saber se você apresenta dores musculares e na articulação dos maxilares, e se positivo, essa dor será catalogada e você receberá tratamento para isso. Por algumas vezes, você nos responderá algumas questões para avaliarmos o resultado parcial e final do tratamento.

Procedimentos: Primeiramente você responderá um questionário e em seguida o exame clínico será feito através de palpação da sua musculatura, da sua articulação, e registro de como você movimenta a boca (através de observação) e dos contatos entre os seus dentes (através do uso de carbono). Após esse exame, saberemos se você tem problemas musculares e/ou articulares. Se você tiver dor muscular será prescrito fisioterapia, condicionamento, e se necessário, medicamentos. No caso de dor muscular e/ou articular, além dos recursos citados anteriormente, o tratamento será feito com o uso de uma placa de resina.

Riscos e desconfortos: Executar os movimentos com a boca e ter seus músculos e articulações palpados pode ser desconfortável.

Tempo de tratamento: O tempo de tratamento será de acordo com a necessidade de cada caso. Geralmente, para a conclusão do mesmo, leva-se de 4 a 6 meses.

Benefícios: Participando do estudo, você será beneficiado pelo tratamento necessário para que seja reestabelecida a função mastigatória com a remissão total ou parcial dos sintomas musculares e/ou articulares. Ainda estará nos ajudando a contribuir com a pesquisa em saúde relacionada aos pacientes que tem o diagnóstico de anorexia e bulimia nervosa. A evolução da pesquisa nessa área pode melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Custos: Não haverá custo algum ao voluntário.

Garantia de sigilo: As informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, tendo sua identidade preservada até o final da pesquisa.

Direito de desistir: Você pode deixar de participar deste estudo a qualquer momento, sem acarretar qualquer tipo de prejuízo.

Contato dos pesquisadores para esclarecimentos de dúvidas ou assistência de urgência: Profa. Dra. Andréa Witzel (11) 3091-7901,email: gandrea@usp.br; Rosane Tronchin Gallo (11) 985589295, email:

rosanetgallo@usp.br . Clínica de Especialidades da FOUSP (Clínica Verde), às segundas e quartas-feiras das 9:00 às 11:00 horas, situada na Av. Professor Lineu Prestes, número 2227, na Cidade Universitária, São Paulo – SP.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia - Av. Prof. Lineu Prestes 2227, 05508-000 - São Paulo, telefone (11)30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br – Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8 às 17h exceto em feriados e recesso universitário. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento é elaborado em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o participante de pesquisa

Após ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador, e receber uma cópia deste termo, concordo em participar de forma voluntária desta pesquisa.

NOME:_____IDADE:_____

RG:_____ CELULAR:_____

ENDEREÇO:_____

São Paulo, ___ de _____ de 2015.

_____

Assinatura do voluntário

_____ _____

Andréa Lusvarghi Witzel (Pesquisadora Responsável) Rosane Tronchin Gallo (Pós-graduanda)

CROSP 62173 CROSP 31920

ANEXO B

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

Pesquisador: ANDREA LUSVARGHI WITZEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43451315.4.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.070.721

Data da Relatoria: 20/05/2015

Apresentação do Projeto:

Não há trabalhos que avaliem os resultados de tratamento das DTMs em pacientes com TranstornosAlimentares (TA), o que é um tema bastante importante, sabendo-se das condições de debilidade nutricionale das alterações metabólicas que os pacientes de TA apresentam.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo pretende contribuir com a compreensão da interação entre essas duas doenças, DTM e TA, procurando beneficiar a população por elas acometida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são inerentes ao exame clínico e tratamento de pacientes com DTM utilizando-se placa demordida conforme técnicas já estabelecidas e usuais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente pois tentará mostrar a associação de DTM com Transtornos Alimentares

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou TCLE e autorizações necessárias

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 20 de Maio de 2015

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

Anexo C - Texto disponibilizado na internet para recrutamento dos pacientes

A Disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) do campus São Paulo recruta homens e mulheres acima de 18 anos com diagnóstico médico prévio de bulimia e/ou anorexia nervosa para triagem e possível participação em projeto de pesquisa. Há 30 (trinta) vagas disponíveis. O objetivo será avaliar a saúde bucal através da análise da quantidade e qualidade da saliva, presença de cáries, erosão ácida candidíase bucal e dores orofaciais. O estudo irá oferecer tratamento para sensibilidade dental, dores orofaciais, candidíase bucal e remoção de cáries. As consultas irão acontecer na Clínica de Especialidades da FOUSP e os interessados deverão enviar um email para projetofousp@gmail.com para maiores informações e agendamento para triagem.

ANEXO D – Ficha Clínica

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FOUSP
Departamento de Estomatologia – Projeto de Pesquisa 2014
Ficha clínica – Identificação e Anamnese
Profa. Dra. Andréa Witzel

Data:___/___/___
NUSP
Rubrica

Nome:		RG ou CPF:	
Data de nascimento: ___/___/___	Sexo: ◯ M ◯ F	Etnia: ◯ Branco ◯ Negro ◯ Pardo ◯ Amarelo ◯ Índio	
Endereço:			Complemento:
Bairro:	Cidade:		CEP:
Telefone 1:	Telefone 2:	Celular:	
E-mail:			

Questionário de saúde

Já tem ou teve alguma das doenças abaixo citadas?

1-	Doença do coração? Qual?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
2-	Pressão alta/Hipertensão	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
3-	Pressão baixa	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
4-	Derrame/Isquemia	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
5-	Alergia	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
6-	Asma/Bronquite	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
7-	Artrite/Reumatismo	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
8-	Desordens estomacais	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
9-	Desordens da tireoide	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
10-	Gastrite/Ulcera gástrica	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
11-	Refluxo Gastresofágico	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
12-	Doenças no fígado? Qual?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
13-	Doenças nos rins? Qual?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
14-	Diabetes	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
15-	Anemia	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
16-	Sinusite	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
17-	Epilepsia/Convulsões	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
18-	Glaucoma	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
19-	Herpes	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
20-	Tuberculose	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
21-	Hepatite	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
22-	Câncer	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
23-	Transplante de órgãos	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
24-	Doença autoimune	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
25-	Febre Reumática/Reumatismo no sangue	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
26-	Doenças sexualmente transmissíveis	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
27-	Portador do vírus HIV?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
28-	Osteoporose	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
29-	Já foi submetido à radioterapia ou quimioterapia?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
30-	Está tomando algum medicamento?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não

Quais?

31- Já esteve hospitalizado?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Qual motivo?			
32- Já foi submetido à transfusão de sangue? Ano:	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
33- Tem ficado doente com frequência?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
34- Tem problemas para coagulação?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
35- Tem alergia a algum medicamento ou produto?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Qual(is)?			
36- Já tomou anestesia odontológica?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
37- Tem ou teve problemas quando toma anestesia no dentista?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
38- Já teve convulsões?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
39- Usa drogas?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
40- Está ou pode estar gravida?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Queixa Principal / Motivação			
História médica (*doenças autoimunes)			
41- Tem Transtorno Alimentar?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
42- Seu Transtorno Alimentar foi diagnosticado por um profissional?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Quando?			
43- Qual é o transtorno alimentar?	◯ Bulimia	◯ Anorexia Nervosa	
44- Está em tratamento?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
45- O que você busca com o seu tratamento? Que resultados já obteve?			

46-	Tem outro diagnóstico psiquiátrico?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
47-	História familiar e social			
48-	Dorme bem?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
49-	Acorda descansado?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
50-	Acorda durante a noite?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
51-	Como você se descreve emocionalmente?			
52-	Aperta ou range os dentes em momentos de tensão?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
53-	Já teve algum destes hábitos?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Se positivo, Quando?				
54-	Qual creme dental utiliza?			
55-	Que tipo de escova utiliza?			
◯ Extra - Macia	◯ Macia	◯ Média	◯ Dura	◯ Interdental	◯ Não sei
56-	Quantas vezes escova os dentes por dia?	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4
57-	Usa fio dental?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
58-	Usa enxaguatório bucal?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Qual?				
59-	Usa palito de dente?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
60-	Você tem dores nos dentes?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Quando?		◯ Comer	◯ Falar	◯ Deglutir
Piora ou ocorre com:				
◯ Frio	◯ Quente	◯ Doces	◯ Ao mastigar	◯ Espontânea	◯ Outros
61-	Dos itens abaixo quais você ingere com frequência?			
◯ Doces, Chocolates	◯ Frutas e sucos cítricos	◯ Refrigerantes	◯ Bebidas alcoólicas
62-	Tem dores de cabeça ou na face?	◯ Sim	◯ Não sei	◯ Não
Se positivo, qual região?				
◯ Têmporas	◯ Lateral do rosto	◯ Nuca	◯ Fronte	◯ Outras

63- Quando essas dores começaram?

64- Como é sua dor? ◯ Pulsátil ◯ Profunda ◯ Pontada

65- A dor piora ao comer, falar ou deglutir? ◯ Sim ◯ Não sei ◯ Não

66- Assinale abaixo os hábitos presentes:

◯ Morder Bochechas	◯ Morder lábios	◯ Morder língua
◯ Mascar chicletes	◯ Morder lápis	◯ Outros:

67- Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições?

	Todos os dias	5 dias / sem.	3 dias por sem.	1 dia por sem.	Nunca
Café da manhã	1	2	3	4	5
Almoço	1	2	3	4	5
Jantar	1	2	3	4	5
Lanche entre as refeições	1	2	3	4	5

68- Quais estratégias você usa para auxiliar na sua perda de peso?

	Nunca	De vez em quando	1 x por sem.	2 a 3 x por sem.	Diariamente	2 a 3 x por dia	5 ou + x/dia
Tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7
Tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
Tomar Laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Vômitos	0	2	3	4	5	6	7

69- Quantos copos de água ingere? ◯ até 4 ◯ de 5 a 10 ◯ + de 10

70- Você provoca vômito após comer? ◯ Sim ◯ Não sei ◯ Não

71- No caso da estratégia do vômito, quanto tempo após a ingestão do alimento?

◯ Imediatamente	◯ Até 15 minutos	◯ de 15 a 30 minutos
◯ de 30 a 1 hora	◯ mais de 1 Hora	◯ Outros:

72- Escova os dentes imediatamente após vomitar? ◯ Sim ◯ Não sei ◯ Não

73- Há quanto tempo esse hábito ocorre?

74- Caso você não seja selecionado, você tem interesse em ser chamado para outras pesquisas? ◯ Sim ◯ Não sei ◯ Não

Declaração de conformidade e autorização para diagnóstico

Eu, _____, RG_____ declaro que respondi corretamente as questões acima sobre meu estado de saúde, não omitindo nenhuma informação.

Por este instrumento de AUTORIZAÇÃO, dou pleno consentimento à **Faculdade de Odontologia** da Universidade de São Paulo, por intermédio de seus professores, estagiários, monitores e alunos devidamente autorizados, a realizar diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, tendo sido esclarecido quanto ao propósito e a finalidade.

Tenho pleno conhecimento que a clínica a que me submeto tem como principal objetivo a pesquisa clínica, havendo, portanto, concordância de minha parte com toda a orientação que deverá ser seguida e que foi, previamente, informada.

Concordo com a programação de atendimento informada pela entidade, declaro, ainda, que as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de laboratório, e quaisquer outras informações relacionadas ao diagnóstico e planejamento, podem ser utilizadas pela **Faculdade de Odontologia** da Universidade de São Paulo, para fins de ensino e de divulgação em jornais e/ou revistas científicas do Brasil e do exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes.

São Paulo ____de_____ de _____.

_____	_____	_____
Assinatura do Paciente	Ass. Pesquisador Responsável	Ass. Docente Responsável

Anexo E – Anamnese DTM

NOME:_____

DATA:_____ RDC/TMD_____

PROBLEMA PRINCIPAL _____

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TRATAMENTOS ANTERIORES

Já usou placa ( )Não ( )Sim ( )Superior ( )Inferior
Quanto tempo:_____ Houve melhora ( )Sim ( )Não
Tratamento ortodôntico ( )Não ( )Sim ( )Fixo ( )Móvel Tempo:_____
Neurologista ( )Sim ( )Não Diagnóstico:_____
Otorrinolaringologista ( )Sim ( )Não Diagnóstico:_____
Sinusite ( )Sim ( )Não
Data do último tratamento odontológico:_____

HISTÓRIA MÉDICA

_____

_____

Tratamento médico atual: _____
Você tem ou já teve: ( ) Reumatismo ( ) Artrite ( ) Gota_____
( )Diabetes ( )Pressão Alta ( )Hepatite ( ) AIDS_____
Alergia a alguma substância: ( )Sim ( )Não Qual:_____

POS	NEG	HISTÓRIA DE HÁBITOS
( )	( )	Apertamento _____
( )	( )	Bruxismo _____
( )	( )	Mastigação unilateral _____
( )	( )	Mascar chicletes _____
( )	( )	Problema de coluna? Qual?_____
( )	( )	Trauma___ _____
( )	( )	Cirurgia sob anestesia geral_____
( )	( )	Outros_____

HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

_____ MUDANÇAS
_____ Familiares
_____ Trabalho
_____ Situação atual

HISTÓRIA PSICOLÓGICA E ESTADO EMOCIONAL

_____

_____

QUALIDADE DO SONO

_____

Suor nas mãos ( )Sim ( )Não
Gastrite ( )Sim ( )Não tratada ( )Sim ( )Não
Úlcera ( )Sim ( )Não tratada ( )Sim ( )Não

Anexo F – RDC/TMD

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?

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

2. Como você classifica a saúde da sua boca?

1 ( ) Excelente 2 ( ) Muito boa 3 ( ) Boa 4( ) Razoável 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?

0 ( ) Não 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?

____ ano(s)

4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?

____ mês(es)

5. A dor na face ocorre?

1 ( ) O tempo todo 2 ( ) Aparece e desaparece 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?

1( ) Não 2 ( ) Sim, nos últimos seis meses. 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?

_____ 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?

0 ( ) Não 1( ) 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?

0( ) Não 1 ( ) Sim

15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?

0( ) Não 1 ( ) 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?

0( ) Não 1 ( ) Sim

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

0( ) Não 1 ( ) Sim

15.d. Durante o dia, você range 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 boa 3 ( ) Boa 4( ) Razoável 5( ) Ruim

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

1 ( ) Excelente 2 ( ) Muito boa 3 ( ) Boa 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 ( ) Negro 2 ( ) Branca 3 ( ) Parda 4 ( ) Amarela 5 ( ) Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

1 ( ) Índio 2 ( ) Português 3 ( ) Francês 4 ( ) Holandês 5 ( ) Espanhol

6 ( ) Africano 7 ( ) Italiano 8 ( ) Japonês 9 ( ) Alemão 10 ( ) Árabe

11 ( ) Outra, favor especificar _____ 12 ( ) Não sabe especificar

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

Nunca frequentei a escola 0 ( )

Ensino fundamental (primário) 1 ( ) 1ªSérie 2 ( ) 2ªSérie 3 ( ) 3ªSérie 4 ( ) 4ªSérie

Ensino fundamental (ginásio) 5 ( ) 5ªSérie 6 ( ) 6ªSérie 7 ( ) 7ªSérie 8 ( ) 8ªSérie

Ensino médio (científico) 9 ( ) 1ºano 10 ( ) 2ºano 11( )3ºano

Ensino superior (faculdade ou pós-graduação) 12 ( ) 1ºano 13 ( ) 2ºano 14 ( ) 3ºano
15 ( )4ºano 16 ( )5ºano 17 ( )6ºano

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

30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?

R$ _____,___

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- ☐ Até ¼ do salário mínimo De ¼ a ½ salário mínimo
- ☐ De ½ a 1 salário mínimo De 1 a 2 salários mínimos
- ☐ De 2 a 3 salários mínimos De 3 a 5 salários mínimos
- ☐ De 5 a 10 salários mínimos De 10 a 15 salários mínimos
- ☐ De 15 a 20 salários mínimos De 20 a 30 salários mínimos

☐ Mais de 30 salários mínimos Sem rendimento

31. Qual o seu CEP?

_____-_____

Muito Obrigado.

Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

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
0 ( ) Nenhuma	0 ( ) Nenhuma
1 ( ) Articulação	1 ( ) Articulação
2 ( ) Músculos	2 ( ) Músculos
3 ( ) Ambos	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 11 21

a. Abertura sem auxílio sem dor _____mm

b. Abertura máxima sem auxílio _____mm

Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

6. Excursões

a. Excursão lateral direita _____mm

Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

b. Excursão lateral esquerda _____mm

Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

c. Protrusão ____mm

Dor muscular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

Dor articular 0 ( ) Nenhuma 1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 3 ( ) Ambos

d. Desvio de linha média ____mm

1 ( ) Direito 2 ( ) Esquerdo 8( ) NA (NA: *Nenhuma das opções acima*)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

7.a Excursão Dir. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.b Excursão Esq. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.c Protrusão 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

Ruídos esquerdo

7.a Excursão Dir. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.b Excursão Esq. 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

7.c Protrusão 0( )Nenhum 1( )Estalido 2( )Crepitação grosseira 3( )Crepitação fina

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das 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.

0 *= Somente pressão (sem dor)*

1 *= dor leve*

2 *= dor moderada*

3 *= dor severa*

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-hioideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastoideo 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 (pterigoideo medial/ supra-hioideo/ 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. Pólo 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 pterigoideo 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

CRITÉRIOS de DIAGNÓSTICO em PESQUISA

A. Eixo 1: Condições Clínicas de DTM

As vantagens e desvantagens das várias classificações para as DTM foram discutidas na Parte I. O objetivo da classificação proposta nesta seção é de fornecer critérios padronizados para fins de pesquisa, baseados no estágio atual do conhecimento sobre as DTM. É importante enfatizar que os critérios de classificação e os métodos de avaliação foram criados para maximizar a confiabilidade das pesquisas e minimizar a variabilidade nos métodos de exame e no julgamento clínico que possam influenciar o processo de classificação. Sendo assim, os critérios de classificação são para fins de pesquisas clinicas e pidemiológicas. As vantagens e limitações destes critérios para a prática clínica não foram consideradas.

Os seguintes aspectos da classificação proposta são desenhados para aumentar a padronização dos diagnósticos das pesquisas:

1. Foi feita uma tentativa de não se utilizar termos suscetíveis a interpretações ambígüas. Palavras como "raramente" ou "frequentemente" foram evitadas. As frases como "abertura limitada" foram substituídas por medidas especificas, por exemplo, "abertura máxima sem auxílio menor ou igual a 35 mm."
2. Cada critério está relacionado a um grupo específico de itens de exame e/ou entrevista, que podem ser encontrados nos materiais de avaliação propostos (ver Parte III na história, exame e especificações). Para cada item do exame, especificações detalhadas são fornecidas para a realização dos procedimentos clínicos utilizados para obtenção da medida. Usando as especificações fornecidas, os examinadores (dentistas ou THD) podem ser calibrados a níveis confiáveis para obtenção de cada medida.
3. Os critérios têm sido testados para confirmação de sua consistência interna e lógica através de sua aplicação a bases de dados de exames e entrevistas já existentes com milhares de casos e controles de DTM. (Estas análises estão sendo preparadas para publicação.) Este exercício nos assegura que os critérios podem, de fato, ser operacionalizados e que eles produzem prevalências razoavelmente semelhantes, padrões lógicos de diagnósticos múltiplos e uma diferenciação de populações com diagnósticos ditos como mutuamente exclusivos. É possível que ambigüidades ou inconsistências persistam mesmo com estas precauções. Se forem encontradas por um investigador usando estes critérios, os autores gostariam de ser informados para que sejam feitas mudanças nas próximas versões. É essencial reconhecer que a validação destes critérios de diagnóstico (em termos de mecanismos causais, prognóstico, resposta ao tratamento, consistência interna de achados objetivos e outros critérios de validação) ainda deverá ser avaliada através de sua aplicação em pesquisas.

Este sistema de diagnóstico, como é proposto, não é hierárquico e permite a possibilidade de múltiplos diagnósticos para um mesmo indivíduo. Os diagnósticos são divididos em três grupos:

I. Diagnósticos musculares

a. Dor miofascial

b. Dor miofascial com abertura limitada

II. Deslocamento de disco

a. Deslocamento de disco com redução

b. Deslocamento de disco sem redução, com abertura limitada

c. Deslocamento de disco sem redução, sem abertura limitada

III. Artralgia, artrite, artrose

a. Artralgia

b. Osteoartrite da ATM

c. Osteoartrose da ATM

Este sistema de diagnóstico não é abrangente; ainda existe uma falta de informação quanto à confiabilidade dos critérios e métodos de avaliação para que desordens mais raras possam ser incluídas com o intuito de se desenvolver um sistema de classificação mais abrangente. Ao invés disso, os participantes concordaram que um sistema de classificação padronizado para as DTM mais comuns deveria ser a prioridade neste momento. As regras para os diagnósticos são: Um *indivíduo* poderá receber no máximo um diagnóstico muscular (Grupo I) (ou dor miofascial ou dor miofascial com limitação de abertura, mas não ambos). Além disso, cada *articulação* poderá conter no máximo um diagnóstico do Grupo II e um do Grupo III. *Isto é, os diagnósticos dentro de qualquer grupo são mutuamente exclusivos.* Isto significa que um indivíduo pode receber desde nenhum diagnóstico (sem condições articulares ou musculares) até cinco diagnósticos (um diagnóstico muscular + um diagnóstico do Grupo II e um diagnóstico do Grupo III para cada articulação). Na prática, os casos com mais de três diagnósticos são muito raros.

As sessões seguintes listam os critérios para cada desordem. Os itens dados após cada critério referem-se ao item do exame (E) e/ou questionário (Q) utilizados para se avaliar aquele critério.

Grupo I: Desordens Musculares

As desordens musculares incluem tanto as desordens dolorosas como as não-dolorosas. Esta classificação lida somente com as desordens dolorosas mais comuns associadas as DTM. Ao usar esta classificação, as seguintes condições menos comuns deverão ser excluídas: espasmo muscular, miosite e contratura. Os critérios para estas desordens estão incluídos no Apêndice ao final dos critérios para o Eixo I.

I.a. Dor Miofascial: Dor de origem muscular, incluindo uma reclamação de dor, assim como dor associada a áreas localizadas sensíveis a palpação do músculo.

1. Relato de dor na mandíbula, têmporas, face, área pré-auricular, ou dentro da orelha em repouso ou durante a função (Q3); mais

2. Dor relatada pelo indivíduo em resposta a palpação de três ou mais dos 20 sítios musculares seguintes (os lados esquerdo e direito contam como sítios separados para cada músculo): temporal posterior, temporal

médio, temporal anterior, origem do masseter, corpo do masseter, inserção do masseter, região posterior de mandíbula, região submandibular, área do pterigóideo lateral e tendão do temporal. Pelo menos um dos sítios deve estar no mesmo lado da queixa de dor. (E 1, 8, 10).

I.b. Dor Miofascial com Abertura Limitada: Movimento limitado e rigidez do músculo durante o alongamento na presença de uma dor miofascial.

1. Dor miofascial conforme definida no item 1.a; mais
2. Abertura sem auxílio e sem dor < 40 mm (E 4a, 4d); mais
3. Abertura máxima com auxílio (extensão passiva) de 5 mm ou mais,

maior que a abertura sem auxílio e sem dor (E 4a, 4c, 4d).

Grupo II: Deslocamentos do Disco

II.a. Deslocamento do Disco Com Redução: O disco está deslocado de sua posição entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, mas há uma redução na abertura, freqüentemente resultando em um ruído. Note que quando este diagnóstico for acompanhado de dor na articulação, um diagnóstico de artralgia (III.a) ou osteoartrite (III.b) também deverá ser considerado. Ou:

a. Estalido recíproco na ATM (estalido em abertura e fechamento verticais, sendo que o estalido na abertura ocorre em uma distância interincisal pelo menos 5 mm maior que à distância interincisal na qual ocorre o estalido durante o fechamento e considerando-se que o estalido é eliminado durante a abertura protrusiva), reproduzível em dois de três experimentos consecutivos (E5); ou

b. Estalido da ATM em um dos movimentos verticais (abertura ou fechamento), reproduzível em dois de três experimentos consecutivos *e* estalido durante excursão lateral ou protrusão, reproduzível em dois de três experimentos consecutivos. (E 5a, 5b, 7).

II.b. Deslocamento do Disco Sem Redução, Com Abertura Limitada: Uma condição na qual o disco é deslocado da posição normal entre o côndilo e a fossa para uma posição anterior e medial ou lateral, associado com abertura mandibular limitada.

1. História de limitação significante de abertura (Q 14 – ambas as partes); mais
2. Abertura máxima sem auxílio menor ou igual a 35 mm (E 4b, 4d); mais
3. Abertura com auxílio aumenta a abertura máxima em 4 mm ou menos (E 4b, 4c, 4d); mais
4. Excursão contralateral < 7 mm e/ou desvio sem correção para o lado ipsilateral durante abertura (E 3, 6a ou 6b, 6d); mais
5. Ou: (a) ausência de ruídos articulares, ou (b) presença de ruídos articulares não concordando com os critérios para o deslocamento de disco com redução (ver II.a) (E 5, 7).

II.c. Deslocamento do Disco Sem Redução, Sem Abertura Limitada: Uma condição na qual o disco é deslocado de sua posição entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, não associada com abertura limitada.

1. História de limitação significante de abertura mandibular (Q14 – ambas as partes); mais
2. Abertura máxima sem auxílio > 35 mm (E 4b, 4d); mais
3. Abertura com auxílio aumenta a abertura em 5mm ou mais (E 4b, 4c, 4d); mais
4. Excursão contralateral maior ou igual a 7mm (E 6a ou 6b, 6d); mais
5. Presença de ruídos articulares não concordando com os critérios de deslocamento de disco com redução (ver II.a) (E 5, 7).
6. (Nos estudos que permitem uso de imagens, os critérios associados às imagens também devem coincidir. O investigador deve relatar se o diagnóstico foi dado com a utilização de imagem ou se foi baseado somente em critérios clínicos e história). Imagens por artrografia ou ressonância magnética (IRM) revelam deslocamento do disco sem redução.

a. *Artrografia*: (1) Na posição de MIH, o compartimento anterior parece ser maior e mais marcado com contraste do que em uma articulação normal; (2) durante a abertura, uma quantidade significante de contraste é retida anteriormente.

b. *IRM*: (1) Em MIH, a banda posterior do disco está claramente localizada anterior à posição de 12:00, pelo menos na posição de 11:30; (2) em abertura completa, a banda posterior permanece anterior a posição de 12:00.

Grupo III: Artralgia, Artrite, Artrose

Ao fazer diagnósticos das desordens deste grupo, as poliartrites, as injúrias traumáticas agudas e infecções na articulação devem antes ser excluídas.

III.a. Artralgia: Dor e sensibilidade na cápsula articular e/ou no revestimento sinovial da ATM.

1. Dor em um ou ambos sítios articulares (pólo lateral e/ou ligamento posterior) durante a palpação (E9); mais
2. Um ou mais dos seguintes auto-relatos de dor: dor na região da articulação, dor na articulação durante abertura máxima sem auxílio, dor na articulação durante abertura com auxílio, dor na articulação durante excursão lateral. (E 2, 4b, 4c, 4d, 6a, 6b);
3. Para o diagnóstico de artralgia simples, uma crepitação grosseira deve estar ausente. (E 5, 7).

III.b. Osteoartrite da ATM: Uma condição inflamatória dentro da articulação que resulta de uma condição degenerativa das estruturas articulares.

1. Artralgia (ver III.a); mais

2. a ou b (ou ambos):

a. Crepitação grosseira na articulação (E 5,7).

b. *Imagem* - Tomogramas mostram um ou mais dos seguintes: erosão do delineamento cortical normal, esclerose de partes ou de todo o côndilo e eminência articular, achatamento das superfícies articulares, presença de osteofito.

III.c. Osteoartrose da ATM: Uma desordem degenerativa da articulação na qual a forma e estrutura articulares estão anormais.

1. Ausência de todos os sinais de artralgia, isto é, ausência de dor na região da articulação e ausência de dor a palpação na articulação, durante abertura máxima sem auxílio e nas excursões laterais (ver III.a); mais

2. a ou b (ou ambos):

a. Crepitação grosseira na articulação (E 5,7).

b. *Imagem* - tomogramas mostram um ou mais dos seguintes: erosão do delineamento cortical normal, esclerose de partes ou de todo o côndilo e eminência articular, achatamento das superfícies articulares, presença de osteofito.

APÊNDICE DO EIXO I: Descartando Condições Articulares e Musculares Antes do Uso dos Critérios do RDC

I. Espasmo Muscular, Miosite e Contratura.

Enquanto os critérios de diagnóstico para espasmos musculares, miosite e contratura não são precisos, as seguintes diretrizes gerais são oferecidas: o *espasmo muscular* é caracterizado por uma contração muscular contínua; a *miosite* é caracterizada por uma sensibilidade generalizada em um músculo específico associado com um trauma ou infecção conhecida; a *contratura* é caracterizada por uma limitação de movimentos e rigidez durante a extensão passiva. Estes critérios são menos específicos do que aqueles oferecidos para as categorias principais do RDC devido à falta de pesquisa destas condições menos comuns.

II. **Poliartrites, Injúria Traumática Aguda.** Os casos de artralgia da ATM *e* envolvimento sintomático de outras articulações do corpo sem evidência traumática devem ser avaliados por um reumatologista, em relação à presença ou ausência de uma condição *poliartrítica* específica, como a artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil, doenças articulares induzidas pelo depósito de cristais, doença de Lyme, ou outras condições sistêmicas relativamente raras que afetam as articulações. Por causa da falta de uma abordagem bem definida para o diagnóstico, e a eficácia limitada dos testes diagnósticos disponíveis, diferentes reumatologistas podem usar critérios diferentes para definir a presença ou ausência de tal poliartrite. O diagnóstico do reumatologista deve ser visto como "padrão ouro". Os casos com diagnóstico de um envolvimento poliartrítico sistêmico não devem ser agrupados com qualquer outra subentidade listada em "Outras Condições Articulares". Um item para as poliartrites foi incluído como questão 16 do questionário.

Se a resposta para a parte a ou b da questão 16 for "sim", ou se ambas as partes c e d forem respondidas com "sim", o caso deve ser avaliado por um reumatologista. Os casos *agudos* de exposição traumática da face ou mandíbula devem ser examinados para uma possível artropatia traumática aguda da ATM. O quadro clínico é caracterizado por dor e sensibilidade da ATM afetada, limitação de movimento devido à dor e perda ou uma diminuição de contatos oclusais no lado afetado devido ao aumento da pressão intra-articular. Esta categoria diagnóstica não deve ser incluída nas subentidades listadas em "Outras Condições Articulares". Um item para a artrite traumática aguda foi incluído como questão 17 do questionário.

Esta Tradução é parte da seguinte publicação

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord 1992;6:327-330.

Tradução

Professor Francisco J. Pereira Jr.

Anexo G

Educação do paciente e auto manejo

1. Consciência dos hábitos: modificar os hábitos usando estratégias como lembretes visuais adaptados às atividades diárias (em casa, no carro, no trabalho, p. ex.), que levem a aumentar a percepção dos mesmos (apertar os dentes, morder lábios e língua, morder objetos, mascar chicletes, p.ex.).

2. Descansar os músculos e estruturas articulares afetadas: alimentar-se com alimentos pastosos e moles, falar menos, segurar o queixo ao bocejar, limitando a abertura. Realizar as funções apenas dentro dos limites da ausência de dor.

3. Fisioterapia:

   3.1 Aplicação de calor úmido: é feito colocando-se uma toalhinha quente e úmida sobre a área sintomática, e uma bolsa de gel aquecido ou bolsa de água quente sobre a toalha para ajudar a manter o calor. Cada aplicação deve ser feita 2x ao dia, por 20 minutos, nas seguintes regiões:
   ( ) Têmpora ( ) lado direito ( ) lado esquerdo
   ( ) Lateral do rosto ( ) lado direito ( ) lado esquerdo
   ( ) Lateral do pescoço ( ) lado direito ( ) lado esquerdo
   ( ) Nuca
   Massagear a região, após a aplicação do calor úmido, com as pontas dos dedos.

   3.2 Aplicação de gelo: o gelo deve ser aplicado diretamente sobre a articulação temporomandibular (ATM), em movimentos circulares, sem pressão nos tecidos. Haverá inicialmente uma sensação desconfortável, que rapidamente vai se transformar em uma sensação de queimação. Quando começar o entorpecimento (sensação de anestesia), o gelo deve ser removido (não deixar o gelo sobre a região por um tempo maior que 5 a 7 minutos). Então, haverá um período de aquecimento, e após esse período uma segunda aplicação pode ser feita.
   ( ) ATM direita ( ) ATM esquerda
   ( ) 1x ao dia ( ) 2x ao dia