

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado Integrado de Medicina Dentária

DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Proposta de uma ficha de diagnóstico
para a Clínica Universitária do IUCS

Inês Almeida Azevedo Mota

Relatório de Estágio

Orientado por: Mónica Cardoso

DECLARAÇÃO

Eu, Mónica Alexandra Guedes Cardoso com a categoria profissional de Mestre em Oclusão Clínica do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "Diagnóstico de Disfunções Temporomandibulares – Proposta de uma Ficha Diagnóstico para a Clínica Universitária do IUCS" do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Inês Almeida Azevedo Mota declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 23 de Junho 2016

O Orientador



AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais por todo o esforço que fizeram ao longo destes cinco anos do meu percurso académico, por me apoiarem nos momentos mais difíceis e sensíveis e nunca deixarem de acreditar em mim.

À minha Madrinha Nita e Prima Lela por todo o apoio e preocupação nos momentos mais importantes e por me ajudarem sempre que precisei.

Agradeço à minha orientadora, Mestre Mónica Cardoso por toda a disponibilidade e todo o apoio e paciência na construção deste Relatório Final de Estágio.

Ao Prof. José Alberto que me ajudou muito no início da construção deste projeto da construção da ficha clínica.

A todos os meus amigos e colegas que fizeram parte desta minha etapa académica e que a tornaram única e inesquecível. Em especial à minha grande amiga Helena Silva por me ter dado a ideia base do tema do diagnóstico de DTM, por estar sempre presente nos momentos mais difíceis e por nunca me deixar desistir acreditando sempre nas minhas capacidades. À minha amiga Cátia Moreira por todo o apoio e dicas que me deu ao longo desta etapa.

Finalmente um agradecimento ao corpo docente do curso de MIMD do Instituto Universitário Ciências da Saúde, por toda a passagem de conhecimento, que irá sem dúvida alguma, ser um enorme benefício para o meu futuro profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ATM – Articulação Temporomandibular
- DTM – Disfunções Temporomandibulares
- SNC – Sistema Nervoso Central
- SNP – Sistema Nervoso Periférico
- ADA – American Dental Association
- NIH – National Institute of Health
- RDC/TMD – Research Diagnostic Criteria for TMD
- DC/TMD - Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
- SCL-90 – Symptom Checklist
- NIDCR – National Institute of Dental and Craniofacial Research
- EDC – Escala de Dor Crônica
- GCPS – Graded Chronic Pain Scale
- DD – Deslocamento de Disco
- IADR – International Association of Dental Research
- SIG – Special Interest Group
- IASP - International Association for the Study of Pain
- PHQ – Patient Health Questionnaire
- JFLS – Jaw Function Limitation Scale
- ELFM – Escala de Limitação Funcional Mandibular
- SQ – Symptom Questionnaire
- QS – Questionário de Sintomas
- LACO – Lista de Avaliação dos Comportamentos Oraís
- GAD – Generalized anxiety disorder
- PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada
- DD – Deslocamento de Disco
- DAD – Doença Articular Degenerativa
- IMMPACT – Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinic Trials
- RC – Relação Centrica
- PMIC – Posição de Máxima Intercuspidação
- RMN – Ressonância Magnética
- TAC – Tomografia Axial Computorizada

PRIME-MD - Primary Care Evaluation of Mental Disorders

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

RESUMO

Atualmente, as Disfunções Temporomandibulares (DTM) são consideradas uma das principais causas de dor orofacial de origem não dentária, podendo adquirir caráter crônico e ter um grande impacto na vida social e profissional do paciente.

É importante o médico dentista estar atento aos sinais e sintomas que caracterizam estas disfunções para um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, poder executar um bom tratamento.

Assim como muitas outras disfunções musculoesqueléticas, o diagnóstico das DTM é bastante complicado devido à falta de sinais objetivos, resultante em sistemas de classificação baseados nos sintomas.

Em 1992, Dworkin e Le Resche desenvolveram um sistema que oferecia a padronização da examinação, diagnóstico e classificação das DTM mais comuns – *RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders)*, mas este, apesar de contrastar com os sistemas anteriores, e devido ao facto de ser constituído por um duplo eixo (eixo I – sintomas físicos; eixo II – sintomas psicológicos), mostrou-se com uma validade reduzida e a sua aplicação na prática clínica era bastante complexa, levando ao desenvolvimento de um novo sistema de classificação em 2014, *DC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders)*, aplicável na prática clínica.

Este sistema de duplo eixo veio revolucionar o diagnóstico deste tipo de disfunções por considerar os fatores psicossociais, baseando-se no modelo biopsicossocial da dor que afirma que a doença não é apenas um fenómeno biológico e que a sua evolução resulta da interação entre fatores psicológicos e sociais com fatores biológicos.

Este sistema permite um tratamento mais eficaz pois, atualmente sabe-se que os fatores psicossociais das DTM podem estar associados a elevados níveis de depressão, ansiedade e stress interferindo com a qualidade de vida do paciente, podendo até influenciar a modulação da dor do paciente.

O objetivo da minha Fundamentação Teórica do Relatório Final de Estágio é a construção de uma ficha clínica para o diagnóstico das DTM, tendo em conta o modelo da dor biopsicossocial e, com isso, introduzir os fatores psicológicos na avaliação clínica. Este é constituído por exames que avaliam em primeiro lugar os fatores psicológicos do paciente, com o objetivo de avaliar o eixo II e, tendo em conta estes resultados, executar o exame físico.

Palavras Chave: “*RDC/TMD*”, “*Validation Project*”, “*DC/TMD*”, “*TMD*”, “*Diagnostic of Temporomandibular Disorders*”, “*Temporomandibular Disorders*”.

ABSTRACT

Currently, the Temporomandibular Disorders (TMD) are considered one of the leading causes of orofacial pain of dental origin and may become chronic and have a major impact on the social and professional life of the patient.

It is important that the dentist is aware of the signs and symptoms that characterize these dysfunctions for an early diagnosis and, therefore, perform a good treatment.

As well as many other musculoskeletal disorders, the diagnosis of TMD is quite complicated due to the lack of objective signs, resulting in classification systems based on symptoms.

In 1992, Dworkin and Le Resche developed a system that offered the standardization of examination, diagnosis and classification of most common DTM-RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders), but this, despite different from previous systems, and because of its dual-axis (axis I – physical symptoms; axis II – psychological symptoms), showed up with a reduced validation and its application in clinical practice was quite complex, leading to the development of a new classification system in 2014, DC/TMD (Temporomandibular Disorders Diagnostic Criteria for), appropriate in clinical practice.

This dual-axis system revolutionized the diagnosis of this type of dysfunction because it considers the psychosocial factors, based on the biopsychosocial model of pain which states that the disease is not just a biological phenomenon and that its development is the result of the interaction between psychological and social factors with biological factors.

This system allows a more effective treatment because, currently, it is known that the psychosocial factors of the TMD may be associated with high levels of depression, anxiety and stress, interfering with the patient's quality of life, and may even influence the patient's pain modulation.

The purpose of this theoretical Foundation of my internship final report is the construction of a medical chart for the diagnosis of TMD, while considering the biopsychosocial model of pain and, with it, the psychological factors on clinical evaluation. This consists of tests that evaluate first the psychological factors of the patient, with the objective of evaluating the axis II and taking into account these results, perform a physical examination.

Key Words: *“RDC/TMD”, “Validation Project”, “DC/TMD”, “TMD”, “Diagnostic of Temporomandibular Disorders”, “Temporomandibular Disorders”.*

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS

iiiiiiiiiiii

CAPÍTULO I

Diagnóstico de Disfunções Temporomandibulares
Proposta de uma ficha de diagnóstico para a Clínica Universitária do IUCS

1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVO	6
3. METODOLOGIA	6
4. DESENVOLVIMENTO	7
4.1. Do <i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i> (RDC/TMD) ao <i>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i> (DC/TMD)	7
4.2. A importância de um duplo eixo	14
4.3. A evolução do Diagnóstico das DTM	16
4.4. Diretrizes Futuras	21
4.5. Proposta de Ficha de Diagnóstico de DTM para a Clínica do IUCS	22
4.6. Instruções da Sequência	23
5. CONCLUSÃO	27
6. BIBLIOGRAFIA	29
7. ANEXOS	35

CAPÍTULO II

Relatório Final de Estágio

1. INTRODUÇÃO	138
2. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO	138
2.1. Estágio de Clínica Geral Dentária	138
2.2. Estágio de Hospitalar	138
2.3. Estágio em Saúde Oral Comunitária	139
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
4. ANEXOS	141

iiiiiiiiiiii



ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A

A1- Evolução da Classificação das Disfunções Temporomandibulares	35
A2- Classificação das Disfunções Temporomandibulares	37
A3- <i>RDC/TMD</i> – Eixo I	39
A4- <i>RDC/TMD</i> – Eixo II	41
A5- Os principais passos do <i>RDC/TMD</i> (1992) para o novo <i>DC/TMD</i>	43
A6- Critérios de Diagnóstico para as Disfunções Temporomandibulares	45
A7- Tabela de Diagnóstico para as Disfunções Temporomandibulares	55
A8- Critério de Diagnóstico para Disfunções Temporomandibulares (CD/DTM): Árvore de diagnóstico – Dor devido a DTM e Cefaleia	59
A9- Critério de Diagnóstico para Disfunções Temporomandibulares (CD/DTM): Árvore de diagnóstico – Disfunções Intrarticulares; Doenças Articulares e Degenerativas	61
A10- Protocolo de Avaliação do Eixo II	63
A11- <i>RDC/TMD</i> vs. <i>DC/TMD</i>	69
A12- <i>RDC/TMD</i> vs. <i>DC/TMD</i> : Comparação dos procedimentos de diagnóstico de dor por DTM	73
A13- <i>RDC/TMD</i> vs. <i>DC/TMD</i> : Comparação dos procedimentos de diagnóstico de DD e DAD	75
A14- O que mudou do <i>RDC/TMD</i> para o <i>DC/TMD</i> ?	77

ANEXO B

B1- Dados pessoais	79
B2- Exame de Triagem	81
B3- QSP-15	83
B4- LACO – Lista de Avaliação de Comportamentos Oraís	85
B5- QS – Questionário de Sintomas	87
B6- ELMF – Escala de Limitação do Funcionamento Mandibular	91



B7- EGDC – Escala de Dor Crónica	93
B8- QSP-4	95
B9- PAG-7	97
B10- QSP-9	99
B11- Formulário de Examação	101
B12- Desenho da dor	107
B13- Protocolo de Examação Clínica	109

ANEXO C

Tabela 1- Número de atos clínicos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária.	141
Tabela 2- Número de atos clínicos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária.	141
Tabela 3- Cronograma de atividades realizadas no Estágio em Saúde Oral e Comunitária.	142

CAPÍTULO I

Diagnóstico de Disfunções Temporomandibulares
Proposta de uma ficha de diagnóstico para a Clínica Universtária do IUCS

1. INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular (ATM) difere das outras articulações do nosso corpo¹. Esta é constituída pelo côndilo mandibular que se adapta à fossa mandibular do osso temporal, existindo entre eles um disco articular de tecido conjuntivo fibroso e denso desprovido de vasos sanguíneos e nervos, permitindo assim todos os movimentos complexos da articulação, nomeadamente movimentos de bisagra e de deslizamento (articulação gínglimoartrodial). Estas estruturas estão envoltas por um ligamento capsular (cápsula articular), originando a ligação craneomandibular.^{2,3,4}

Durante os movimentos, o côndilo e o disco deslizam na fossa temporal¹ e, devido à boa flexibilidade do disco, este adapta-se às exigências funcionais das superfícies articulares. Porém, em caso de forças excessivas ou mudanças estruturais na articulação, o disco pode sofrer alterações irreversíveis na sua morfologia e, conseqüentemente, surgem variações biomecânicas na função da ATM.^{2,3,4}

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) são consideradas um grupo heterogêneo de distúrbios psicofisiológicos do sistema estomatognático⁴⁻⁹ e abrangem um largo espectro de distúrbios clínicos com manifestação na área orofacial, cabeça e pescoço, ou mesmo em estruturas distantes (sintomas referidos), sendo consideradas um dos principais fatores causais de dor orofacial de origem não-dentária e das razões mais frequentes pela qual os pacientes procuram ajuda.^{5,6,9} Estas resultam de uma interação funcional e dinâmica entre as ATM, músculos mastigatórios e do pescoço, dentes, tecido de suporte dentário e o Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Nervoso Periférico (SNP).^{5,9}

Classificam-se por dor orofacial (em repouso e em movimento), fadiga muscular, sons articulares, limitação da função/movimento mandibular, dor muscular e/ou articular.^{3,5,6}

Embora um grande número de hipóteses tenha sido proposto, a etiologia das DTM continua desconhecida.^{3,5,7,8} Inicialmente atribuía-se a causas puramente mecânicas (como é o caso de desajustes oclusais)^{3,8} mas, estes conceitos etiológicos têm sofrido alteração de paradigma, evoluindo de teorias baseadas numa visão puramente biomédica para uma teoria multifatorial fundamentada no conceito biopsicossocial, em que múltiplos fatores como hábitos parafuncionais, trauma agudo, stress emocional, disfunções músculo-esqueléticas, qualidade de vida, entre outras, contribuem em conjunto para a iniciação, desenvolvimento e perpetuação das disfunções, sendo que a frequência e a importância desses fatores são também desconhecidas. No entanto, são apontados dois fatores de risco que predispõem ao aumento da

incidência destas disfunções nomeadamente, a história de dor noutra região do organismo e em casos de resposta positiva de história de depressão.⁹

Desde a conferência do presidente da ADA (*American Dental Association*) sobre DTM, em 1983, os fóruns sobre este tema destacaram a necessidade de um sistema de classificação de diagnóstico fiável e validado, para identificar os casos de DTM, incluindo os seus subtipos.¹⁰

Em particular, o *National Institutes of Health (NIH)*, em 1996 afirmou que o sistema de classificação ideal deveria ser baseado na etiologia e salientou a necessidade de estudos epidemiológicos e experimentais para determinar os mecanismos etiológicos e os fatores de risco para as DTM. Os resultados de tais estudos forneceriam a base para um sistema de classificação de diagnóstico baseado na etiologia, necessário para facilitar a investigação clínica, levando à melhoria da gestão e tratamentos para estas desordens.^{6,7,10-12}

Várias propostas para a classificação das DTM têm surgido ao longo dos anos na literatura (anexo A1) mas, devido à incerteza quanto à etiologia, a classificação das DTM é feita baseado nos sinais e sintomas^{3,7} (anexo A2). O objetivo de uma classificação que traduza um consenso universal continua a ser atualmente uma grande preocupação do trabalho científico dos principais grupos de estudo em DTM e dor orofacial de maneira a uniformizar as metodologias de investigação, interpretação de resultados e, conseqüentemente, uma prática clínica mais eficiente e fundamentada no rigor da prova científica.⁶

As DTM constituem um problema de saúde pública que afeta aproximadamente entre 5-12% da população, sendo a segunda condição músculo-esquelética mais comum depois da dor lombar.^{5,6,9,13,14} Evidência científica indica que as DTM são mais prevalentes nas idades entre 20-40 anos e mais frequente nas mulheres.^{1-3,5,6,8,9} As variações entre géneros foram atribuídas inicialmente a fatores psicossociais (por exemplo o facto das mulheres procurarem ajuda médica dentária mais frequentemente que os homens) mas, em estudos mais recentes, não se encontra relação com os géneros portanto, as razões pelas quais este dimorfismo sexual ocorre permanecem ainda por esclarecer. Vários estudos apontam que as DTM aumentam em prevalência e severidade na adolescência e, contrariamente ao que seria de esperar, os seus sinais e sintomas diminuem na idade avançada.^{5,6,9}

Vários estudos de prevalência referem que aproximadamente 75% da população tem pelo menos um dos sinais clássicos das DTM (movimento mandibular alterado, sons articulares, dor à palpação), 33% tem pelo menos um sintoma disfuncional e 3.5-7% já teve necessidade de procurar tratamento por sintomas severos.^{5,6}

Visto que estas disfunções têm uma elevada prevalência, podendo apresentar um altíssimo grau de comorbilidade com outras condições sistémicas e, em caso de adquirirem um carácter crónico, estes doentes reportam frequentemente sintomas de depressão, ansiedade, alteração de padrões de sono e falta de energia, afetando negativamente as relações interpessoais, sociais e laborais,^{5,6} é de grande importância que o médico dentista tenha a capacidade de as diagnosticar pois, é ele muitas vezes, o primeiro agente de atuação da identificação de potenciais doentes de risco e pelo acompanhamento daqueles que já apresentam efetivamente a patologia. Neste sentido, durante a prática clínica e, não apenas quando procurado pelo doente em situação de urgência, o clínico deve estar atento aos sinais e sintomas primários que muitas vezes são subvalorizados.

O *RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for TMD)*, apresentado por Dworkin e LeResche em 1992, foi um passo importante no diagnóstico das DTM. Este sistema baseado em sintomas permite distinguir os casos de DTM dos de controlo, bem como diagnosticar os seus subtipos e, foi muito utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos de DTM.^{6-8,10,12,13,15-20}

Composto por um sistema de duplo eixo e critérios de diagnósticos estritos, contrastava com sistemas de diagnóstico anteriores, que enfatizavam a classificação focada em resultados físicos, este inclui na sua avaliação os sinais e sintomas clínicos (Eixo I) e o domínio biocomportamental (Eixo II).^{6,7,10,12,13,15-20} Devido à cronicidade das DTM, um sistema de classificação que reflete o estado psicológico, comportamental e social é de extrema importância para a avaliação da patologia física.³

No entanto, este sistema, apesar de estar indicado para uso na investigação e pesquisa, na prática clínica deixava bastante a desejar e, conseqüentemente, em 2001 foi fundado o *Validation Project* que tinha como objetivo avaliar a validade e fiabilidade deste exame. Com as conclusões e propostas deste projeto pensava-se, já em 2011, em um novo exame de DTM mais adequado para ser aplicado na prática clínica – o *DC/TMD (Diagnostic Criteria for TMD)*.^{7,13,15,16}

O novo *DC/TMD* é composto por um protocolo de avaliação que pode ser implementado de imediato na prática clínica e na investigação, que inclui um questionário validado e fiável para identificar a dor associada a DTM, assim como algoritmos de diagnóstico do eixo I validados e fiáveis. Os seus instrumentos de diagnóstico têm como principal objetivo ajudar os clínicos a fazer uma completa avaliação física, em conjunto com uma avaliação da incapacidade relacionada com a dor e sintomas psicossociais.^{7,13,15}

Embora grandes avanços tenham sido feitos a nível do diagnóstico de DTM, desde a criação do *RDC/TMD* em 1992 até aos tempos de hoje em que dispomos do *DC/TMD*, este sistema ainda necessita de mais ajustes e, investigações continuam a ser feitas para o aperfeiçoamento do diagnóstico das DTM.¹³

2. OBJETIVO

Este trabalho de revisão narrativa pretende compreender a evolução do Diagnóstico das Disfunções Temporomandibulares até aos dias de hoje e, com isso, propor uma Ficha Clínica de Diagnóstico das Disfunções Temporomandibulares mais comuns, para o Departamento de Reabilitação Oral da Clínica Universitária do Instituto Universitário Ciências da Saúde (IUCS), baseada na evidência científica.

3. METODOLOGIA

Para a elaboração da fundamentação teórica deste trabalho foi realizada uma pesquisa através da base de dados PubMed e EbscoHost, com as seguintes palavras-chave: “RDC/TMD”, “Validation Project”, “DC/TMD”, “TMD”, “Diagnostic of Temporomandibular Disorders”, “Temporomandibular Disorders”, publicados no período entre 2010 e 2015. Recorri também a outros meios de pesquisa como livros científicos, identificados na bibliografia.

Para a construção da proposta da minha ficha clínica foram utilizados materiais e instrumentos disponíveis no Website do *International RDC/TMD Consortium* (<http://www.rdc-tmdinternational.org/>).

4. DISCUSSÃO

Nos últimos tempos, o número de indivíduos que procuram o médico dentista devido a DTM tem aumentado consideravelmente e, na maioria dos casos, para um correto diagnóstico das DTM é necessário uma boa história e exame clínico.^{5,6}

Um estudo, realizado em 2011 por William Maixner et. al., indicou que os indivíduos que sofrem de DTM relatam uma intensidade de dor de 4.3, em média, usando uma escala de 0 a 10 (a média de intensidade de dor lombar é 4.7). Estes mesmos autores afirmam que, num período de observação de 5 anos estas disfunções têm tendência a recidivar em 33-49% dos casos.⁹

O aperfeiçoamento do conhecimento da prevalência, etiologia, progressão natural e tratamento das DTM é dependente de haver um critério de diagnóstico validado e fiável,¹¹ por isso, é de extrema importância a criação de um sistema de diagnóstico claro, com fiabilidade e validade e que contenha critérios de diagnóstico simples no que toca à recolha da história do paciente e examinação clínica, de forma a obter um correto diagnóstico e conseqüentemente proceder a um tratamento adequado.

O diagnóstico das DTM, assim como de outras disfunções músculo-esqueléticas é complicado devido à falta de sinais objetivos que possam ser detetados numa triagem. Hoje em dia, para muitas destas disfunções os peritos têm introduzido sistemas de classificação de modo a padronizar os procedimentos de diagnóstico.²¹

4.1. Do *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)* ao *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)*

Em 1992, Dworkin e LeResche, desenvolveram um sistema que oferecia a padronização da examinação, diagnóstico e classificação das DTM mais comuns – *RDC/TMD*.^{3,6,19,20,22} Assim, a comunidade científica estaria calibrada, uma vez que os critérios, taxonomia e nomenclatura utilizados seriam os mesmos, facilitando a comunicação e permitindo estabelecer um melhor diagnóstico e tratamento dos pacientes.^{6-8,13}

Um dos grandes objetivos da utilização do *RDC/TMD* tanto na prática clínica como para fins de pesquisa é conseguir diferenciar as dores devido a DTM de outras condições de dor orofacial. Uma vez que a dor mais comum na área oro-facial é a dor dental,^{10,23} é de extrema importância conseguir um diagnóstico diferencial fiável entre uma dor proveniente de DTM de uma dor dental.²³

Este exame, composto por um sistema de duplo eixo baseado no modelo biopsicossocial, incluía a avaliação dos sinais e sintomas clínicos (Eixo I) e do domínio biocomportamental (Eixo II), contrastando com os sistemas de diagnóstico anteriores que classificavam apenas segundo resultados físicos.^{5,7,9-12,15,17-20,22,24,25} Estas características faziam do *RDC/TMD* um sistema modelo para a avaliação de distúrbios da dor, apoiando a teoria de que, apesar das DTM serem comumente associadas a problemas de ATM, estão muitas vezes associadas a outras patologias e que o diagnóstico clínico por si só é insuficiente.^{6,7,13,19,20,24} Este sistema foi utilizado em vários estudos experimentais, clínicos e populacionais de todo o mundo e traduzido em mais de 20 línguas.^{6,7,10,12,13,16-20,26}

Os algoritmos de diagnóstico do *RDC/TMD* usados para as análises foram construídos e publicados em formato de fluxograma, constituído por nós que definem uma *split condition* que poderá ser uma simples variável ou múltiplas. Cada nó é satisfeito ou não pelos dados recolhidos no paciente, permitindo estabelecer um diagnóstico seguindo o fluxograma até ao nó final.^{12,22,27}

O *RDC/TMD* foi apenas o primeiro passo para melhorar a classificação das DTM mais comuns, proporcionando uma avaliação sólida e métodos de diagnóstico e servindo como base para uma futura expansão taxonómica.^{6,7,10,13,23}

Este era constituído por 3 partes: (1) 31 questões sobre a história do paciente – *Graded Chronic Pain Scale* – *GCPS* (Escala de Dor Crónica - EDC), *Jaw Disability Checklist* (Lista de Avaliação da Limitação Mandibular), *Depression and Non-specific Physical Symptoms* (Depressão e Sintomas Físicos Não Específicos) e *Demographics* (dados pessoais), terminando com a exameção clínica; (2) especificações da exameção clínica para calibração dos examinadores e (3) resultados do exame onde se encontram os algoritmos de diagnóstico do eixo I e as pontuações relativas ao eixo II.²²

As DTM foram agrupadas em três principais grupos (anexo A3): Grupo I de Disfunções Musculares; grupo II de Deslocamento de Disco (DD) e o grupo III de outras patologias articulares comuns.^{12,19,22}

Este sistema permitia um diagnóstico múltiplo referente ao eixo I para cada indivíduo: um diagnóstico muscular e, para cada articulação, um diagnóstico de DD, doença articular.^{3,6,13}

O eixo II (anexo A4) prevê a valorização do impacto da dor na capacidade funcional e na condição psicoemocional do paciente através de questionários e da história clínica,

permitindo classificá-lo quanto à: intensidade da dor e grau de incapacidade (escala de intensidade e de dor crônica); nível de depressão (SCL-90 – Symptom Checklist) e limitações da função mandibular.^{19,24,28}

Estes instrumentos do Eixo II foram construídos com o objetivo de avaliar o estado psicológico do paciente e diferenciar a dor devido a DTM de outras condições de dor orofacial, avaliando a disfunção psicossocial do paciente e suas interferências na realização de atividades do cotidiano, uma vez que, uma das consequências mais deletérias da dor crônica é o impacto na capacidade de realizar as atividades diárias, interações sociais e na produtividade profissional/escolar,^{9,13,19,23,24,28} indo de encontro ao que se defende atualmente de que a história natural e a evolução clínica das DTM e, outras condições de dor crônica, são afetadas por sintomas de depressão e/ou dor generalizada ou sintomas físicos sem explicação médica.^{19,24}

Portanto, este segundo eixo não pretende diagnosticar se o paciente sofre ou não de algum distúrbio psicológico, mas sim alertar para um estado de humor disfórico e/ou um distúrbio depressivo, identificar problemas de dor e/ou desregulação somática generalizada ou mesmo a existência de comportamentos da doença que originem limitações nas atividades.

Este eixo é também se torna útil para a investigação de como os fatores pessoais e psicossociais podem ou não estar relacionados com processos fisiopatológicos periféricos e/ou centrais, bem como as influências étnicas e culturais que afetam a percepção da dor.^{19,24,29}

Apesar de estar indicado para uso na investigação e pesquisa, como o seu próprio nome indica, este sistema de diagnóstico na prática clínica deixava bastante a desejar e, após várias críticas foi então submetido a uma série de exames de validação de forma a melhorar a avaliação e identificação das DTM que diariamente aparecem na prática clínica.^{7,13,19}

O *RDC/TMD* revelou não fornecer critérios de diagnóstico de muitos distúrbios menos comuns tanto dos músculos mastigatórios como da ATM, como por exemplo desordens congênitas ou de desenvolvimento como a aplasia, hipoplasia ou hiperplasia condilar, fibromialgia, situações de neoplasia, etc.^{3,6,7,10,19} No anexo A2 é possível consultar a classificação das DTM.

Também relativamente ao Eixo I, foram apontadas algumas críticas quanto ao diagnóstico diferencial com outras desordens orofaciais, à nomenclatura das DTM, ao espectro das disfunções incluídas neste eixo assim como a sua validade e fiabilidade.^{10,13,16} A validade deste eixo é essencial para confirmar que o *RDC/TMD* é capaz de diagnosticar o que está errado

com a fisiopatologia do paciente. A grande importância de qualquer diagnóstico são as suas implicações para um tratamento diferenciado.²⁴

Quanto ao Eixo II, apesar da sua boa validade e fiabilidade, preocupava o número e características dos seus instrumentos assim como a eficiência destes na prática clínica diária e não havia consenso na interpretação das altas pontuações destes mesmos instrumentos.^{10,13,16}

Foi também realçada a importância de conseguir uma padronização da integração de ambos os eixos para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento das DTM.^{10,13,16}

Consequentemente, em 2001, o *NIDCR (National Institute of Dental and Craniofacial Research)* nos EUA, reconhecendo a necessidade de avaliar a precisão (validade e fiabilidade) do diagnóstico do RDC/TMD, financiou um projeto, liderado por *Schiffman et al.*, o *Validation Project. 2001 – 2006*.^{7,10,11-13,15-19,24,23,27,29-32}

Foi estabelecido *a priori* que a validade aceitável (grau segundo o qual um teste índice classifica a presença/ausência de uma disfunção nos indivíduos, quando comparado com um referência padrão) para o eixo I seria uma sensibilidade ≥ 0.70 (proporção de participantes com a doença-alvo que têm um resultado positivo no teste) e especificidade ≥ 0.90 (proporção de participantes sem o transtorno alvo que têm um resultado negativo no teste).¹³

Este projeto promoveu a primeira avaliação da validade e fiabilidade do *RDC/TMD*, com o objetivo de avaliar a validade e sugerir possíveis revisões do protocolo atual do eixo I e novos instrumentos para eixo II.^{10,11,19,23,32}

Como resultado deste projeto e após vários Workshops entre os peritos, teste de campo e alguns Simpósios (anexo A5), em 2014 foi finalmente publicado o novo *DC/TMD* que podia ser implementado tanto na prática clínica como na investigação. Foi desenvolvido pelo *International RDC/TMD Consortium Network (RDC/TMD Consortium)* da *IADR (International Association of Dental Research)* e pelo *Orofacial Pain SIG (Special Interest Group) da IASP (International Association for the Study of Pain)* e foi apresentado no *Journal of Oral and Facial Pain and Headache*.^{7,13,15,32-35}

As mudanças no conjunto de instrumentos de avaliação servem como uma base ampla para avaliação do paciente e novas pesquisas e, foram o resultado de pesquisas baseadas na melhor evidência disponível. O novo *DC/TMD* inclui modificações importantes do original *RDC/TMD* que permitiram melhorar os seus algoritmos de diagnóstico (anexo A6, A7, A8 e A9), tornando-os mais válidos e fiáveis apesar de muita investigação ser ainda necessária. As

versões atuais destes instrumentos estão disponíveis no website do *International RDC/TMD Consortium*. <http://www.rdc-tmdinternational.org/>.

Este exame considera que a história deve conduzir a um diagnóstico provisório e o exame clínico, reforçado por outros instrumentos de avaliação quando indicado, é necessário para confirmar ou refutar esse diagnóstico provisório.¹³

Como já acontecia no RDC/TMD, também permite um diagnóstico múltiplo: um de disfunção muscular (mialgia ou um dos três tipos de mialgia) e um para cada ATM, incluindo o de dor articular (um dos quatro diagnósticos de DD), um de DAD e/ou de subluxação.¹³

Em comparação com o protocolo do *RDC/TMD* original, o novo *DC/TMD* inclui um questionário validado e fiável para identificar a dor associada a DTM.^{7,13,36}

A validação dos critérios de diagnóstico advém do uso de testes clínicos fiáveis e, sendo um documento vivo, são esperadas novas atualizações para melhorar os procedimentos e diagnósticos, assim como, corrigir os erros.³⁶

Para o eixo I, os critérios do protocolo para detetar qualquer dor relacionada com DTM foram validados assim como para os critérios de diagnóstico de uma das disfunções intrarticular (DD sem redução com limite de abertura). Os critérios de diagnóstico para as restantes disfunções intrarticulares não obtiveram validação adequada para diagnósticos clínicos, mas podem ser utilizados para efeitos de rastreio.^{7,13}

Quanto ao protocolo do Eixo II, mantém-se os instrumentos originais do *RDC/DTM* (intensidade da dor, incapacidade associada à dor, depressão e sintomas físicos não-específicos), sendo estes mais simples e foram adicionados novos instrumentos para avaliar a limitação funcional mandibular, comportamentos parafuncionais, síndromes de comorbilidade e ansiedade.^{7,13,16,19}

Esta expansão do eixo II permite identificar fatores que se presentes deverão ser detetados numa fase inicial do tratamento uma vez que, a intervenção biocomportamental precoce parece diminuir o risco de os pacientes desenvolverem dor persistente ou dor crónica.¹³

Os instrumentos de rastreio do Eixo II consistem no PHQ-4 (*Patient Health Questionnaire*), GCPS e JFLS-8 (*Jaw Function Limitation Scale*; Escala de Limitação Funcional Mandibular - ELMF), bem como um desenho da dor (anexo A10); a sua utilização é recomendada quando o rastreio indica presença de uma disfunção de dor, e deve ser

considerada obrigatória em casos de dor persistente há 6 meses ou mais ou em casos de um tratamento anterior malsucedido.²⁰

Os instrumentos que fazem parte do *DC/TMD* são os seguintes: um exame de triagem (*TMD-Pain Screener*), que consiste num exame simples e válido (sensibilidade e especificidade ≥ 0.95) para detetar a presença de sintomas de dor na mandíbula ou na região temporal; *Symptom Questionnaire - SQ* (Questionário de Sintomas - QS) para identificar sintomas como cefaleias, dores na articulação ou nos músculos da mastigação ou limitações de movimento/bloqueio da mandíbula que, juntamente com o *Examination Form* (Formulário de Exame – exploração física do paciente), são suficientes para um diagnóstico; um formulário para os dados pessoais; uma árvore e tabela de diagnóstico para as DTM e instrumentos de avaliação do Eixo II que incluem: GCPS, JFLS,^{37,38} para a avaliação específica da função da ATM (JFLS-20 – versão longa e JFLS-8 – versão curta); *Oral Behaviors Checklist* (Lista de Avaliação dos Comportamentos Oraís – LACO), para identificar hábitos como bruxismo e outros comportamentos parafuncionais; PHQ e GAD (*Generalized anxiety disorder*) para avaliar desordens psicológicas devido a ansiedade ou depressão.^{13,15,26,32,39,40} (anexo A10)

O Eixo II tem uma versão de avaliação curta, mais simplificada, para aceder à localização da dor, intensidade da dor, incapacidade relacionada com a dor, distúrbio psicológico, grau de disfunção mandibular e presença de comportamentos orais que possam contribuir para a DTM. Esta versão curta, constituída por 41 questões, simplifica o uso na prática clínica e permite rapidamente identificar os pacientes que estão em risco de adquirir cronicidade da doença e não responder adequadamente aos tratamentos.^{7,13,28} Em caso de haver a necessidade de mais informação para melhor compreender o estado biocomportamental do paciente, recorre-se às versões longas e mais completas, compostas por 81 perguntas. Todos estes instrumentos foram validados.^{9,13}

Os instrumentos do Eixo II fornecem ao clínico um método fácil para rastreio da intensidade da dor, disfunções psicológicas e incapacidade funcional, permitindo planear um tratamento e estimar o prognóstico do paciente. Os instrumentos do Eixo II adicionais, são uma parte essencial de todas as avaliações de DTM, uma vez que permitem avaliar ainda mais ao detalhe o estado do indivíduo em relação a vários fatores relevantes para a gestão da dor.^{13,19,24,41}

O conjunto de questionários do Eixo II segue as recomendações do IMMPACT (*Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinic Trials*) que afirma para a avaliação psicossocial é necessário avaliar a intensidade da dor (GCPS – escala da intensidade da dor), a

incapacidade funcional (GCPS – escala da interferência funcional), a função física (tanto geral como específica da doença – JFLS) e o estado emocional (PHQ-4).^{13,16,19}

O *DC/TMD* inclui 12 DTM mais comuns: artralgia, mialgia, mialgia local, dor miofascial, dor miofascial referida, quatro DD (Deslocamentos de Disco), DAD (Doenças Articulares Degenerativas), subluxação e cefaleia devido a DTM (anexo A6, A7, A8 e A9). As disfunções menos comuns não foram avaliadas quanto à sua validade, apesar de vários esforços por parte dos investigadores.^{7,13}

As informações necessárias para cumprir os critérios de diagnóstico do Eixo I são recolhidas de acordo com o protocolo de exame, em conjunto com os instrumentos de auto-relato que avaliam sintomas de dor que envolvem a mandíbula, ruídos mandibulares, bloqueios e cefaleias. Para o eixo II, os instrumentos permitem avaliar a intensidade da dor, incapacidade provocada pela dor, funcionamento da mandíbula, disfunção psicossocial, comportamentos parafuncionais e dor generalizada.¹³

Apesar do *DC/TMD* fornecer um núcleo de testes de provocação necessários para o diagnóstico de dor muscular e articular, falsos positivos e negativos podem acontecer. Foram, para isso, criados testes complementares que incluem testes dinâmicos e estáticos, de compressão e distensão da ATM, testes de morder, de "*end-feel*", apertamento e palpação de outros músculos mastigatórios. Para um resultado positivo é necessário que estes e, qualquer outro teste que o examinador execute, consigam provocar a dor usual do paciente, isto é, a dor pela qual o paciente procurou ajuda.¹³

Mesmo que estes testes auxiliares não melhorem a validade global do diagnóstico, podem ser úteis em situações específicas, por exemplo, casos de uma história de DTM positiva, em que a exame clínica obteve um resultado negativo.¹³

O que pode também acontecer é, em caso de dor dentária persistente, a origem inflamatória levar muitas vezes a uma sensibilização periférica e hiperalgia dos tecidos circundantes à inflamação. Estes tecidos hiperálgicos são mais suscetíveis à pressão da palpação do que à resistência dos movimentos mandibulares usada nos testes dinâmicos e estáticos.²¹

Um estudo, realizado em 2008 por Corine M. Visscher et. al., verificaram que os testes dinâmicos/estáticos mostraram maior probabilidade positiva que a exame, indicando que a probabilidade de ter dor devido a DTM é maior com um achado positivo destes testes que uma exame física positiva. Em contrapartida, a probabilidade de não haver dor por DTM é

maior, com um teste negativo à examinação. Uma vez que, estes dois tipos de examinação mostraram ter as suas forças específicas de diagnóstico, seria uma mais valia combiná-las futuramente para uma melhoria do diagnóstico.²¹

No entanto, estes testes complementares necessitam ainda de uma avaliação da sua validade e fiabilidade antes de serem recomendados na prática clínica e, portanto, a história clínica e a examinação continuam a ser os pontos chave para o diagnóstico das DTM.^{13,21}

Outros testes que não contribuem para a validade global do diagnóstico são os testes oclusais, mas sabe-se que os fatores oclusais, incluindo contactos intercuspídeos, mordida aberta, desvio da posição de RC (Relação Centrica) com a PMIC (Posição de Máxima Intercuspidação), podem ser afetados por DD e DAD e, portanto, é aconselhado o registo do estado oclusal na avaliação inicial.¹³

O período de tempo considerado para a resposta positiva no relato das disfunções consideradas deste sistema de diagnóstico são "os últimos 30 dias".^{7,13,36} Em contextos clínicos, a experiência até à data do *DC/TMD*, indica que para os indivíduos com DTM crónicas, os "últimos 30 dias" são de aplicação geral em qualquer momento na história natural do transtorno com poucas exceções e, para os indivíduos que procuram cuidado por causa de uma disfunção atual, o período crítico são os últimos 30 dias.⁷

Com a atual classificação que considera "os últimos 30 dias", a dor pode variar de um único episódio leve de alguns minutos de duração a uma dor incapacitante constante. No entanto, o período de tempo específico pode depender do contexto em que a disfunção é avaliada, e é recomendado que os examinadores ajustem o período de tempo conforme o necessário, reconhecendo que a validade de um diagnóstico com base em diferentes intervalos de tempo não foi ainda estabelecida.^{7,36}

As especificações operacionais para os testes clínicos, formulários de exame, Questionário de Sintomas e instrumentos de avaliação biocomportamental podem ser consultados e descarregados do site do Consórcio³⁶ e utilizadas sem violação de direitos de autor.

Para melhor compreensão das diferenças entre o *RDC/TMD* (1992) e o *DC/TMD* tanto a nível dos procedimentos clínicos como os critérios de diagnóstico a ter em conta, poderão ser consultados os anexos A11, A12, A13 e A14.

4.2. A importância de um duplo eixo

O desenvolvimento da estrutura de duplo eixo foi baseado no modelo de dor biopsicossocial que afirma que a doença não é apenas um fenômeno biológico e que a sua evolução resulta da interação entre fatores psicológicos e sociais com fatores biológicos, ou seja, a dor não é puramente um processo sensorial, pois é também influenciada por fatores cognitivos, emocionais e comportamentais que modulam a forma como o paciente reage e relata a dor.^{13,15,20,28} Assim, o indivíduo é visto como um “todo” (eixo neuro-psico-imuno-endócrino).⁵

É importante ter sempre presente estes fatores psicológicos, uma vez que estes podem influenciar as DTM tanto a nível da sua expressividade como a nível do seu tratamento.^{13,16,28,41} Na realidade, um conjunto de fatores psicossociais, tais como ansiedade, humor depressivo, sofrimento psíquico, crenças, pensamentos catastróficos, isolamento social, etc, têm sido reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento de dor crónica em doenças músculoesqueléticas.^{5,6,9,16,21,26,29} Também se crê que diversos agentes stressantes do meio envolvente podem estar relacionados com o agravamento ou mesmo o início das DTM.⁵

A influência dos fatores psicológicos na resposta ao tratamento para muitos tipos de dor crónica é devida ao aumento da vulnerabilidade e mal adaptação cognitiva, afetiva e de resposta à dor.^{25,41} Está também demonstrado que a presença de dor crónica pode causar absentismo laboral e isolamento social.⁶

Especificamente, este sistema de duplo eixo, permite localizar o paciente num espaço coordenado, com cada eixo a diagnosticar níveis clinicamente significativos das suas respetivas dimensões, tornando o diagnóstico mais fiável e possibilitando um tratamento mais eficaz.^{13,16} Atualmente sabe-se que o diagnóstico clínico sozinho é muitas vezes insuficiente para explicar os níveis observados de dor e incapacidade.²⁴

O Eixo I recolhe informações de diagnóstico objetivas, através de instrumentos clínicos e métodos que não dependem apenas do auto-relato subjetivo. Assim, o Eixo I é o domínio da doença biológica ou patológica. Em contraste, o Eixo II aborda a experiência da doença do paciente, isto é, a natureza subjetiva do que o paciente com DTM sente,¹⁶ focando sintomas psicossociais nos pacientes com DTM, que hoje em dia, se associam a elevados níveis de depressão e somatização assim como elevada prevalência de incapacidade funcional em atividades sociais.^{9,20}

É importante salientar que, quanto mais a dor persiste, maior o potencial para a ampliação de fatores de risco cognitivos, psicossociais e comportamentais, com o consequente aumento da sensibilidade à dor e persistência da dor adicional, reduzindo a probabilidade de sucesso dos tratamentos.¹³

A evidência disponível indica que a avaliação biocomportamental usada no eixo II é apropriada psicometricamente para ser usada como medida de rastreio para a detecção de indivíduos com fatores psicológicos e comportamentais que possam ter impacto na percepção da dor, cronicidade e resposta ao tratamento médico.¹⁶ Pacientes com essas características podem ser encaminhados para uma avaliação psicológica para enfrentar as barreiras psicossociais e consequente conseguir recuperar da DTM.^{10,18,19,24,28,41}

Espera-se que, com a integração do eixo I com o eixo II como apresentada no *DC/TMD*, o médico seja capaz de perceber as mudanças dinâmicas e longitudinais que caracteriza o fenótipo dos pacientes com DTM. No entanto, a informação disponível da correlação entre os dois eixos é escassa.^{10,16,19,20}

4.3 A evolução do Diagnóstico das DTM: do RDC/TMD para o DC/TMD

Atualmente, o diagnóstico das DTM inclui modificações importantes do original RDC/TMD que permitiram melhorar os algoritmos de diagnóstico, tornando-os mais válidos e fiáveis apesar de, muita investigação ser ainda necessária. As versões atuais destes instrumentos estão disponíveis no website do *International RDC/TMD Consortium*.⁴⁰

Começando por analisar os algoritmos de dor (mialgia e artralgia – anexo A6, A7, A11 e A12), atualmente estes requerem a modificação da dor (aliviada ou agravada) com a função, movimento ou parafunção. Desta forma, prova-se que a dor é influenciada pela atividade mandibular e permite fazer o diagnóstico diferencial com outras condições de dor relacionadas com o sistema do trigémio.^{7,13,16,30}

Para estas disfunções a questão global para aferir a presença de dor é comum “Alguma vez teve dor na face, mandíbula, região temporal, anterior ao ouvido ou no ouvido nos últimos 30 dias?”, pergunta 3 do QS. Anteriormente, com o *RDC/TMD*, apenas se implementava esta questão para o Grupo I das disfunções musculares.³⁰

A examinação clínica para artralgia (anexo A11 – tabela 4) inclui testes de provocação de dor na ATM (na abertura, fecho, lateralidades, protrusão) e palpação da ATM através do polo

lateral com uma pressão de 0.5kg manteve-se o *RDC/TMD* original, mas a palpação do meato acústico externo foi substituída pelo teste de palpação modificada que consiste em apalpar à volta do polo lateral, devido à baixa fiabilidade, no entanto, pode ser usada quando indicada.^{13,16,30} (Anexo A14)

A mialgia representa o que era designado por dor miofascial no *RDC/TMD*. O termo dor miofascial agora descreve dois novos diagnósticos no *DC/TMD*: dor miofascial e dor miofascial referida.^{13,16} Por sua vez, a mialgia é subdividida em: mialgia local (dor localizada na zona de palpação), dor miofascial (dor que se difunde fora do local de palpação, mas ainda dentro dos limites dos músculos que está a ser palpado) e dor miofascial referida (dor que se difunde para regiões fora dos limites do músculo a ser palpado).^{7,13}

Atualmente considera-se que dor miofascial designa qualquer dor muscular com a característica de dor referida (com ou sem pontos gatilho) e que a mialgia é dor muscular sem a característica de dor referida.^{6,10}

A dor miofascial referida é uma desordem clínica distinta com convergência central, reencaminhando a dor para outros pontos anatómicos. A dor referida tem utilidade clínica para o diagnóstico diferencial em relação a identificação de dor em outras localizações anatómicas, incluindo dor referida aos dentes que, em última análise, poderá ser dor de origem muscular.¹³

Para mialgia (anexo A11 – tabelas 2 e 3 e anexo A12) os testes incluem dor com o movimento mandibular e palpação dos músculos temporal e masséter,^{13,23,30,36} passando de um método estático, como acontecia no *RDC/TMD* original para um método dinâmico.³⁰ A palpação do tendão do temporal, músculo pterigóideo lateral, região submandibular e região mandibular posterior, que pertenciam ao exame *RDC/TMD*, foram retirados devido à baixa fiabilidade e verificou-se que, não examinando estas áreas, a validade dos diagnósticos não é afetada significativamente.^{13,16,30} Por outro lado, também é improvável que estes locais apresentem dor quando os músculos temporal e/ou masséter não apresentam, podendo no entanto fazerem parte da examinação quando o profissional assim achar indicado.^{13,16}

Atualmente, apenas se apalpam 12 locais (6 no temporal e 6 no masséter) (anexo A11, tabela 3) em vez de 20 locais, mantendo uma excelente sensibilidade, especificidade e fiabilidade.^{7,16,21,30,39} Para um diagnóstico positivo, basta uma região apresentar dor (e dor usual) aos testes de provocação (em vez de 3 locais positivos em 20 como no *RDC/TMD*).^{16,30} A pressão que se utiliza para mialgia é de 1kg durante 2 segundos mas, para distinguir os subtipos de mialgia, são necessários 5 segundos, utilizando a mesma pressão.^{13,36}

Na palpação à dor, tanto para artralgia como mialgia, já não existe a distinção entre leve, moderada e severa como acontecia no *RDC/TMD* e, ao contrário do *RDC/TMD* original, é obrigatório a confirmação pelo examinador da localização da dor que o paciente relata.^{13,23,30,36}

Um passo muito importante é o diagnóstico de cefaleia associada a DTM^{13,16}. Foi demonstrado em alguns subgrupos de pacientes com cefaleias que estas aumentavam depois de um uso excessivo do sistema mastigatório. Estudos longitudinais concluíram que o desenvolvimento de DTM estava acompanhado pelo aumento de cefaleias e que a presença de DTM predispunha a cefaleias, assim como o tratamento do sistema mastigatório estava associado à diminuição de cefaleias, sugerindo que alguns tipos de cefaleias poderão ser secundários a uma DTM. O critério de diagnóstico para cefaleias associadas a DTM mostrou uma sensibilidade de 0.89 e especificidade de 0.87 e é baseado nos critérios de classificação do IHS, havendo simultaneamente a presença de tensão do músculo temporal.¹³

Não menos importante é o novo requisito de provocação da "dor usual". O conceito de "dor usual" é muito utilizado na literatura da dor e, tem sido utilizado para a identificação de condições músculo-esqueléticas, cardíacas e de dor visceral.^{13,16,30}

Atualmente todos os testes positivos à provocação de dor são seguidos pela questão de dor usual, ou seja, a dor similar ou igual à que o paciente tem sentido. O clínico, com os testes de provocação de dor, tem de ser capaz de provocar a dor que o paciente se queixa.^{7,12,13,16,27,36} Este critério permite averiguar a origem da dor e diminuir os falsos positivos, uma vez que a dor pode ser devida a um teste de provocação mal-executado e aplica-se tanto para os diagnósticos de mialgia como de artralgia.^{13,39,36} No caso de diagnóstico de cefaleia associada a DTM, também é igualmente necessário o relato de cefaleia usual.^{13,16}

No caso de dor miofascial, a "dor usual" elimina a exigência para a dor à palpação estar presente no lado da dor que o paciente se queixa (requisito do *RDC/TMD* original).¹³

No novo *DC/TMD*, dor miofascial com e sem limitação do movimento é apenas uma disfunção – dor miofascial.^{13,16,23} O diagnóstico do *RDC/TMD* de dor miofascial com abertura limitada, não demonstrou utilidade clínica e foi eliminada do novo *DC/TMD*.¹³

Nas disfunções do disco (anexo 11 – tabela 5 e anexo A13), eliminou-se o critério dos 5mm de distância interincisal entre estalido de abertura e fecho e a necessidade de estalido recíproco ser eliminado com a posição da mandíbula em protrusão, uma vez que, a inclusão destes não melhorava a sensibilidade do algoritmo.^{16,23,31} Também se alterou o requisito de dois

estalidos em três repetições, passando a ser necessário apenas um estalido em três repetições.^{13,16,23,30} Apesar de esta última aumentar o risco de falsos positivos, recomenda-se que, no caso de apenas um estalido na abertura ou no fecho, os movimentos de lateralidade e protração sirvam como *back-up* em que também se deverá verificar pelo menos um estalido para um diagnóstico positivo de DD.²³

O termo "artrite" designa a existência de inflamação na ATM com dor. A literatura médica nos Estados Unidos vulgarmente usa o termo "osteoartrite", mas não "osteoartrose". Por isso, deixou-se de parte os termos como osteoartrite e osteoartrose, de forma a resolver problemas de nomenclatura, sendo agora consideradas como subclasses das DAD.^{7,10,13,16,31}

A ajuda da imagiologia é muito importante para a prática clínica, uma vez que pode melhorar a deteção de alterações internas e anormalidades nas estruturas ósseas. Atualmente o seu uso permite obter uma boa especificidade e sensibilidade.^{12,13,23,31} No entanto, a examinação clínica continua a ser a primeira abordagem e, apenas se usa a imagiologia para a confirmação de um diagnóstico provisório de DD e DAD (RMN e TAC respetivamente).^{7,13,16,26}

Para o diagnóstico de DD com redução e DAD é necessário a história de ruídos articulares (estalidos e crepitações, respetivamente), nos últimos 30 dias ou pela deteção do paciente e examinador durante o exame com os movimentos mandibulares.^{13,16}

Para as DAD, não há distinção entre crepitação grosseira e leve, uma vez que a sua distinção não é fiável e não contribui para a precisão do diagnóstico.^{13,16} É importante que o clínico explique ao paciente como diferenciar os vários tipos de ruídos, pois verificou-se no *Validation Project* que os relatos dos ruídos por parte do paciente eram muito inconsistentes.¹³

Um grande problema que se prende com a DD com redução é que, apesar de ter uma alta especificidade, possui uma baixa sensibilidade levando a muitos casos de falsos negativos, isto é, disfunções que não tenham ruídos detetáveis clinicamente, raramente fazem ruídos ou até mesmo apresentam uma variedade de ruídos, não serão diagnosticados usando estes critérios de diagnóstico.¹³

Para o diagnóstico de DD sem redução, distingue-se DD sem redução com limite de abertura de DD sem redução sem limite de abertura, pela medição em abertura máxima assistida (incluindo o trespasse vertical), < 40mm e ≥ 40mm (respetivamente). Os ruídos articulares não têm qualquer influência nestes dois diagnósticos. Eliminou-se o critério presente no *RDC/TMD* original da presença de desvio não corrigido ipsilateral durante a abertura.³⁰

As novas disfunções incluem DD com redução com bloqueio intermitente e subluxação. Os algoritmos para estes diagnósticos são respetivamente, o mesmo diagnóstico de DD com redução coexistindo com história de bloqueios intermitentes com limite de abertura e bloqueio aberto com capacidade de se auto reduzir, aliado a ruídos articulares. Estes novos diagnósticos foram adicionados devido à alta prevalência em clínica.^{13,16,23}

A luxação difere da subluxação uma vez que neste caso é necessária uma manobra específica para reduzir o bloqueio, uma vez que esta não se auto-reduz.^{7,13,16} Ambas estão inseridas nas desordens de hipermobilidade que relacionam o côndilo com a eminência articular em vez de relacionarem o complexo côndilo/disco com a eminência como acontece nos DD.⁷ No entanto, apenas a subluxação apresenta critérios de diagnóstico validados.¹³

Sem esquecer as alterações a nível do eixo II, os instrumentos do *RDC/TMD* original (intensidade da dor, incapacidade funcional, depressão e sintomas físicos não-específicos) foram mantidos e adicionaram-se novos instrumentos para a prática clínica entre eles, a limitação da função mandibular, comportamentos parafuncionais, síndromes de comorbilidade e ansiedade.^{13,16}

Atualmente no *DC/TMD*, os novos exames consistem: PHQ-4 (estado emocional), PHQ-15 (sintomas físicos), PHQ-9 (depressão), GAD-7 (ansiedade) – baseados no exame PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), GCPS, JFLS^{37,39} e *Oral Behavior Checklist*.^{10,13,38,40} Estes instrumentos não são destinados para chegarem a um diagnóstico psiquiátrico, mas sim para avaliarem o estado emocional.²⁸

A expansão do eixo II no novo *DC/TMD* permite identificar fatores que, se presentes, devem ser detetados no início de qualquer tratamento uma vez que, a intervenção biocomportamental precoce parece diminuir o risco dos pacientes desenvolverem dor persistente ou dor crónica.¹³

Deve-se ter sempre presente que, usando o *RDC/TMD* ou o *DC/TMD*, a avaliação de depressão, somatização e ansiedade, é realizada por meio de questionários de auto-relato e, a validade dos resultados pode ser afetada por fatores como o contexto social, etnia, cultura, características pessoais e nível de inteligência.¹⁶

4.4. Diretrizes Futuras

Apesar de todas as modificações, o protocolo do *DC/TMD* necessita de mais investigações, nomeadamente no que diz respeito à expansão da taxonomia do Eixo I e aos novos instrumentos do Eixo II.^{7,13,19}

Recomenda-se o desenvolvimento de ferramentas para o uso em crianças e adolescentes. Várias pesquisas têm sido realizadas no sentido de criar estruturas ontológicas para ambos os eixos, de forma a conseguir conceitos lógicos de taxonomia.¹³

Estão também a ser desenvolvidos novos eixos: Eixo III para identificar biomarcadores clinicamente relevantes e eixo IV como método de classificação do paciente na variabilidade biopsicossocial genómica e molecular através do uso da técnica de *clustering*.^{7,13,16,18}

É atualmente aceite que os fatores genéticos desempenham um papel importante na expressão dos estados de dor crónica. No entanto, desconhece-se como esses componentes genéticos responsáveis pela expressão da dor desempenham um papel na depressão psicológica e emocional que se manifesta como depressão, ansiedade e sintomas referidos e generalizados.^{7,9,16,19}

Existe a necessidade de integrar os instrumentos do eixo II (como a EDC) com as mudanças que poderão ocorrer no âmbito neurológico, uma vez que, ao longo do tempo, processos de memória e aprendizagem, podem de facto, levar a experiências de dor crónica que em estados iniciais da DTM não foram detetados.^{9,16}

Atualmente sabe-se que as DTM são um grupo heterogéneo com manifestações para além dos sinais e sintomas associados com os diagnósticos atuais, daí a importância de desenvolver diagnósticos baseados nos mecanismos e etiologias das DTM.¹³

As DTM são frequentemente associadas com queixas de uma ou mais condições de dor persistente, exigindo uma avaliação mais ampla e completa dos pacientes do que é o Eixo I, realçando a importância do Eixo II e o desenvolvimento do Eixo III.^{13,18}

Uma avaliação médica mais abrangente de distúrbios físicos comórbidos e estado biocomportamental, através da expansão dos fatores de risco determinantes relativos do Eixo II, irá permitir a identificação de subpopulações de pacientes com base em mecanismos fisiopatológicos, até agora desconhecidos, originando novos algoritmos e novas categorias de diagnóstico baseadas na etiologia e uma classificação baseada nos mecanismos. Por conseguinte, pode-se esperar que tais categorias, incluindo os procedimentos de diagnóstico

associados, irão contribuir para o desenvolvimento de tratamentos personalizados para as DTM e outras condições relacionadas com alta comorbidade.^{7,13}

No futuro, tendo biomarcadores disponíveis validados (eixo III), o diagnóstico físico poderá melhorar e passar além do uso atual de sinais e sintomas.^{7,13,16}

Outra questão lançada pelos peritos foi de que variáveis como a etnia, cultura, idade e sexo poderão influenciar a dor do paciente. Hipoteticamente, a idade poderá influenciar a sensibilidade e expressão da dor e, conseqüentemente, o tratamento de um jovem deverá ser diferente de um idoso.¹⁶

Acredita-se que nos encontramos no início de um novo horizonte que mostra uma grande promessa na produção de novos procedimentos de diagnóstico e modalidades de tratamento para DTM e outras condições relacionadas. A integração do indivíduo num sistema de duplo eixo começa a parecer insuficiente e será necessárias investigações futuras para construir novos instrumentos assim como novos eixos.

4.5. Proposta de Ficha de Diagnóstico de DTM para a Clínica do IUCS

A abordagem médica perante qualquer patologia na fase de diagnóstico requer o esforço para a identificação e entendimento dos processos inerentes à perturbação de forma a executar um correto tratamento, sendo importante salientar que o fator tempo em alguns distúrbios articulares e musculares é determinante, e uma atuação precoce influencia positivamente os resultados obtidos.

Os médicos dentistas são uma peça fundamental no diagnóstico de DTM e deverão estar sempre alertar para os sinais e sintomas. Pode-se considerar que, além da atuação direta no diagnóstico e tratamento, são eles muitas vezes os coordenadores do caso clínico do doente entre as diferentes especialidades.

As DTM, como já referido, apresentam uma heterogeneidade e ausência de consenso no que respeita à etiopatogenia, à etiologia e ao processo de diagnóstico.

Com a introdução do modelo biopsicossocial como abordagem universal, surgiu uma mudança no tipo de informação clinicamente relevante que o médico avalia. O diagnóstico das DTM consiste no diagnóstico da componente do Eixo I, sendo esta essencialmente clínica, baseada numa correta anamnese e exame físico adequado (muscular, articular e oclusal)

recorrendo, quando necessário, a exames complementares de diagnóstico, aliado a um conjunto de inquéritos de auto-relato subjetivo com o objetivo de avaliar o estado psicológico.

Com base na literatura científica disponível, proponho um Exame de Diagnóstico para os diferentes subtipos mais comuns de DTM. Este exame foi baseado no mais recente diagnóstico para DTM aceite pela comunidade científica (*DC/TMD*) e foi adaptado a partir dos instrumentos que se encontram disponíveis no site oficial do *International RDC/TMD Consortium* (<http://www.rdc-tmdinternational.org>).

A sequência de exame clínica que proponho é a seguinte:

1. Dados pessoais (anexo B1)
2. Exame de Triagem: só com resultado positivo se executa a exame completa (anexo B2)
3. Questionário de Saúde do Paciente – 15: QSP-15 (anexo B3)
4. Lista de Avaliação de Comportamentos Oraís (LACO) (anexo B4)
5. Questionário de Sintomas (QS) (anexo B5)
6. Escala de Limitação do Funcionamento Mandibular (ELFM) (anexo B6)
7. Escala de Dor Crónica (EDC) (anexo B7)
8. Questionário de Saúde do Paciente – 4: QSP-4 (anexo B8)
9. Perturbação de Ansiedade Generalizada: PAG-7 (anexo B9)
10. Questionário de Saúde do Paciente – 9: QSP-9 (anexo B10)
11. Formulário de Exame (anexo B11)
12. Desenho da dor (anexo B12)

Esta sequência de exame tem como principal objetivo a completa avaliação física, assim como da incapacidade funcional e dos sintomas psicossociais, de forma a poder avaliar as manifestações individuais de cada paciente.

4.6. Instruções da Sequência

Este conjunto de inquéritos começa por ser preenchido pelo paciente (ponto 1 ao ponto 4), quando este ainda está na sala de espera, de modo a não perder muito tempo de consulta e, apenas os inquéritos de foro mais científico e específico das DTM são preenchidos já em âmbito de consulta, sendo que é o médico que questiona o paciente.

O exame de triagem do Eixo I é recomendado para todos os pacientes em qualquer ambiente clínico. Em caso positivo é seguido por uma avaliação mais aprofundada para se chegar a diagnósticos específicos relacionados com a dor de DTM. Este exame foi traduzido do exame original *TMD-Pain Screener* do *DC/TMD*, que consiste num exame simples e validado (sensibilidade e especificidade ≥ 0.95) para detetar a presença de sintomas de dor na mandíbula ou na região temporal.¹³

Segue-se o QSP-15 que, por ainda não existir a versão portuguesa, foi traduzido e adaptado da versão original do PHQ-15 do *DC/TMD*, e tem como objetivo aferir os sintomas somáticos e presença de somatização. É calculado pela pontuação de 0, 1 e 2 para as categorias de resposta “não foi incomodado”, “um pouco incomodado” ou “muito incomodado”.³⁸

O exame que se segue (LACO) possui dois itens referentes a comportamentos durante o sono e os restantes referentes às horas de vigília e pretende avaliar a frequência dos comportamentos orais parafuncionais que poderão traumatizar o sistema de mastigação e que atuam como fatores predisponentes para dor crónica e pode ser utilizado em qualquer paciente. A versão portuguesa encontra-se disponível no site oficial do *International RDC/TMD Consortium*.

Concluindo este exame, já dentro do consultório e com presença do examinador, dá-se início ao QS para identificar sintomas como cefaleias, dores na articulação ou nos músculos da mastigação ou limitações de movimento/bloqueio da mandíbula. Este exame foi, também ele adaptado a partir da versão original que se encontra disponível no site oficial do *International RDC/TMD Consortium*. Apenas com história positiva no QS de limitações de movimento/bloqueio da mandíbula, se executa o ELMF.

O ELMF adaptado para este exame corresponde à versão curta de 8 questões do exame original JFLS do *DC/TMD* (disponível em português no site oficial do *International RDC/TMD Consortium*³⁵), surgiu como uma forma abreviada para medir a limitação global da mandíbula. Pretende fazer a avaliação específica da função da ATM, tendo em conta as limitações, afetadas pela dor, durante a mastigação, mobilidade mandibular e expressões tanto verbais como emocionais. Um estudo mostrou ter boa fiabilidade, validade, sensibilidade.²⁸

A escala referente à limitação mandibular, não foi adaptada de nenhuma escala já pré-existente, tendo sido criada pelos autores do *RDC/TMD*. Esta baseia-se numa série de alimentos que variam na sua textura. Cada um dos alimentos utilizados na escala tem um grau de dificuldade, tal como determinado pelo modelo estatístico de *Rash* utilizado para o

desenvolvimento deste instrumento, permitindo desta forma avaliar a dificuldade na mastigação.²⁸

Segue-se a EDC, traduzida e adaptada da versão original disponível no site oficial, que foi validada e demonstra boas propriedades psicométricas e é fácil de usar, tem como objetivo identificar os pacientes com DTM propensos a altos níveis de incapacidade em realizar as tarefas diárias, classificando-o na “escala de dor crónica” tendo em conta as características da dor e o nível de interferência nas atividades diárias, sociais e/ou laborais.^{24, 28}

O QSP-4, traduzido da versão original inglesa PHQ-4, disponível no site oficial do *International RDC/TMD Consortium*³⁵, é um dos exames de rastreio do *DC/TMD* pertencentes ao eixo II. O PHQ-4 é um exame simples, confiável e validado para avaliar o stress psicológico devido a ansiedade e/ou depressão. Este questionário é composto pelos dois primeiros itens do PHQ-9 e GAD-7, respetivamente e, constituem os itens do *DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* para distúrbio depressivo maior e distúrbio de ansiedade generalizada, respetivamente. As características de funcionamento destes exames “ultra-breves” são ótimas.³⁸

Em particular, os subtotais de PHQ-2 e do GAD-2 que fazem parte do PHQ-4 fornecem pontuações separadas de depressão e de ansiedade, que podem ser usadas como rastreio destes distúrbios. Resultado > 6 pontos é considerado stress psicológico moderado; > 9 pontos sugere um distúrbio psicológico severo, justificando uma avaliação mais profunda recorrendo a outros instrumentos (como o QSP-9 e/ou PAG-7) ou encaminhamento para um especialista.^{13,38}

Portanto, os próximos dois exames – QSP-9 e PAG-7 – só serem preenchidos em caso de um resultado do QSP-4 que o justifique (pelo menos 6 pontos) para uma melhor compreensão do estado psicológico do paciente, não tendo nunca o intuito de chegar a um diagnóstico de um distúrbio psiquiátrico.

O PAG-7, disponível em versão portuguesa⁴⁰, mostrou ter boa sensibilidade e especificidade como examinação de pânico, ansiedade social e disfunções de stress pós-traumático. É calculado pela atribuição da pontuação de 0, 1, 2 e 3 para as categorias de resposta de “nunca”, “vários dias”, “mais de metade das vezes” e “quase todos os dias” respetivamente.³⁸

O QSP-9, também disponível em português⁴⁰, apresenta validade de conteúdo apropriado para o uso numa população de dor, excelente utilidade clínica e possui traduções em várias línguas.^{28,37,39} Para além de avaliar a severidade da depressão, também é adequado para

uso como exame de saúde mental geral e estado funcional na prática clínica.²⁸ É calculado através da atribuição de pontuação de 0, 1, 2 e 3, para as categorias de resposta de – “nunca”, “vários dias”, “mais de metade das vezes” e “quase todos os dias” respetivamente.³⁸

No geral, estes instrumentos adaptados do Eixo II permitem identificar as barreiras de resposta ao tratamento que contribuem em muitos casos para a cronicidade,^{9,13,16} não tendo por objetivo o diagnóstico clínico de condições psiquiátricas.^{19,41} Casos positivos a estes testes exigem uma investigação mais aprofundada e por vezes poderá ser necessário o encaminhamento para um profissional de saúde mental qualificado, de preferência um psicólogo ou psiquiatra.¹⁶

No anexo A10 está descrito com detalhe estes exames que pertencem ao eixo II e respetivas pontuações e suas interpretações.

Termina-se o questionário com o formulário de examinação física que, juntamente com o QS será suficiente para um diagnóstico físico através dos fluxogramas e tabelas de diagnóstico (anexos A7, A8 e A9).¹³ Este formulário deve ser preenchido de acordo com as normas apresentadas no protocolo de examinação clínica (anexo B13).

O anexo do desenho da dor permite ao paciente localizar a dor. Em caso de dor referida há a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do paciente.

Nesta proposta de diagnóstico, não foram considerados testes complementares de diagnóstico à exceção da palpação de outros músculos mastigatórios.

Na questão 11 do formulário de examinação (eixo I), para proceder ao diagnóstico final do paciente, basta ter em conta as respostas do QS e do formulário de examinação e recorrer aos critérios (anexo A6) e tabelas de diagnóstico (anexo A7) e fluxogramas (anexos A8 e A9).

Após o correto diagnóstico, o tratamento visa primariamente, e em trabalho multidisciplinar integrado, garantir o controlo da dor e reequilíbrio funcional/ortopédico do doente e, não esquecer que, para além da avaliação e intervenção física necessária, é importante a terapia de autocontrolo emocional e comportamental, evitando assim os conceitos de abordagem terapêutica centrados exclusivamente na recuperação do hipotético ideal anatómico e morfológico das estruturas.

5. CONCLUSÃO

É de máxima importância que a comunidade médica efetue um correto diagnóstico das DTM, bem como uma correta abordagem terapêutica, uma vez que estas têm um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Atualmente defende-se que um correto diagnóstico precoce levará ao sucesso do tratamento e, é fundamental não restringir o tratamento apenas à capacidade funcional, mas sim aliá-lo a uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar geral do paciente através do autocontrole emocional e comportamental.

Apesar dos inúmeros esforços, o diagnóstico das DTM carece de uma uniformidade de método, instrumentos, linhas de orientação, terminologia e sistemas de classificação universais e, o diagnóstico clínico conhecido atualmente apresenta escasso suporte na literatura.

Vários protocolos têm sido propostos, mas todos eles apresentam falta de fiabilidade e capacidade para identificar sinais e sintomas de DTM. Atualmente, O DC/TMD é apropriado, não reunindo, no entanto, um consenso absoluto, sendo extremamente utilizado na prática clínica para o diagnóstico das DTM, permitindo uma abordagem do paciente como um todo, utilizando o seu sistema de duplo eixo: eixo I (avaliação física) e eixo II (avaliação psicológica), de acordo com o atualmente aceite modelo biopsicossocial da dor que afirma que esta não é puramente um processo sensorial e que os fatores psicológicos têm uma grande influência no prognóstico do tratamento.

Embora grandes avanços tenham sido feitos a nível do diagnóstico de DTM, desde a criação do RDC/TMD em 1992 até aos tempos de hoje em que dispomos do DC/TMD que, apesar de todos os esforços e evolução de consenso, apenas considera os tipos mais comuns de DTM e, desta forma, este sistema necessita de mais ajustes.

No entanto, continuam a ser feitas investigações para expandir a taxonomia deste exame com subtipos menos comuns e também se discute a criação de um eixo III, com a valorização e análise de biomarcadores potencialmente relacionados com DTM, carecendo ainda de todo o processo de validação clínica.

6. BIBLIOGRAFIA

- 1- Guidelines for diagnosis and management of disorders involving the TMJ and related musculoskeletal structures. Approved by American Society of Temporomandibular Joint Surgeons. [acesso em: dez 2015]. Disponível em: <http://www.astmjs.org/final%20guidelines-04-27-2005.pdf>
- 2- Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5 ed. Madrid: Elsevier; 2008. p.6-11.
- 3- Lester William Burket, Martin S. Greenberg, Michael Glick, Jonathan A. Ship. Burket's Oral Medicine. 11ed. Hamilton: BC Decker Inc. 2008. p.223-37.
- 4- Bumann A., Lotzmann U. TMJ disorders and Orofacial Pain. The role of Dentistry in Multidisciplinary Diagnostic Approach. 1ed. New York: Thieme,2002. p.1-11.
- 5- Figueiredo A, Valentim A, Almeida AM, Pinto A, Sanz Lopez D, Neto F, et. al. Disfunções Temporomandibulares: uma abordagem multidisciplinária. 2 ed. Queluz: Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; 2016. p.15-29.
- 6- Mourão AF, Almeida AM, Barbosa C, Oliveira Roque C, Venda Nova C, Sanz Lopez D, et. al. Dor Orofacial e Disfunções Temporomandibulares: tratamento farmacológico. 1 ed. Queluz: Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; 2016. p.13-27.
- 7- Peck CC, Goulet JP, Lobbezoo F, Schiffman EL, Alstergren P, Anderson GC, et. al. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. J Oral Rehabil 2014;41(1):2-23.
- 8- Durham J, Wassell RW. Recent Advancements in Temporomandibular Disorders (TMDs). Rev Pain 2011 Mar;5(1):18-25.
- 9- Maixner W, Diatchenko L, Dubner R, Fillingim RB, Greenspan JD, Knott C, et al. Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment Study – The OPPERA Study. J Pain 2011 Nov;12(3):4-11.
- 10- Anderson GC, Gonzalez YM, Ohrbach R, Truelove EL, Sommers E, Look JO, Schiffman EL. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: future directions. J Orofac Pain 2010;24(1):79-88.

- 11- Schiffman EL, Truelove EL, Ohrbach R, Anderson GC, John MT, List T, et. al. The Assessment of validity of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. I: overview and methodology. J Orofac Pain 2010;24(1):7-24.
- 12- Look JO, Schiffman EL, Truelove EL, Ahmad M. Reliability and validity of Axis I of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) with proposed revisions. J Oral Rehabil 2010;37(10):744-59.
- 13- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et. al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache 2014;28(1):6-27.
- 14- National Institute of Dental and Craniofacial Research. Facial Pain. [atualizado 3/07/2014; acesso em mar 2016]. Disponível em: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/FacialPain/>
- 15- International Research Team Develops New Evidence-Based Diagnostic Criteria for TMD. Science in the News. American Dental Association. [publicado em 02/14/2014; acesso em jan 2015] Disponível em: <http://www.ada.org/en/science-research/science-in-the-news/international-research-team-develops-new-evidence-based-diagnostic-criteria-for-tmd>.
- 16- Ohrbach R, List T, Goulet JP, Svensson P. International Consensus Workshop: convergence on an orofacial pain taxonomy. 2009. Miami, Florida. [acesso em: mar 2016]. Disponível em: <http://www.rdc-tmdinternational.org/LinkClick.aspx?fileticket=CYQHuCExIUo%3d&tabid=1026&portalid=18&mid=2691>
- 17- List T, Greene CS. Moving forward with the RDC/TMD. J Oral Rehabil 2010 ;37(10):731-3.
- 18- International RDC/TMD Consortium Network. International Consensus Workshop: Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders version 2. 2011. San Diego, California. [acesso em: mar 2016]. Disponível em: http://www.rdc-tmdinternational.org/Portals/18/Workshop_2011_SanDiego/International%20Consensus%20Workshop%20-%20San%20Diego%20Program%202011_Mar_12.pdf?ver=2011-03-23-124230-757

- 19- Dworkin SF. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Current status and future relevance. *J Oral Rehabil* 2010 Oct;37(10):734–43.
- 20- Manfredini D, Ahlberg J, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Correlation of RDC/TMD axis I diagnoses and axis II pain-related disability. A multicenter study. *Clin Oral Invest* 2011Oct;15(5):749–56.
- 21- Visscher CM, Naeije M, De Laat A, Michelotti A, Nilner M, Craane B, et al. Diagnostic accuracy of temporomandibular disorder pain tests: A multicenter study. *J Orofac Pain* 2009;23(2):108–14.
- 22- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992 ;6(4):301-55.
- 23- Lobbezoo F, Visscher CM, Naeije M. Some remarks on the RDC/TMD Validation Project: report of an IADR/Toronto-2008 workshop discussion. *J Oral Rehabil* 2010;37(10):779-83.
- 24- Ohrbach R, Turner JA, Sherman JJ, Mancl LA, Truelove EL, Schiffman EL, et. al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. IV: evaluation of psychometric properties of the Axis II measures. *J Orofac Pain* 2010 ;24(1):48-62.
- 25- Kotiranta U, Suvinen T, Kauko T, Le Bell Y, Kemppainen P, Suni J, et al. Subtyping Patients with Temporomandibular Disorders in a Primary Health Care Setting on the Basis of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Pain-Related Disability: A Step Toward Tailored Treatment Planning?. *J Oral Facial Pain Headache* 2015 ;29(2):126-34.
- 26- List T, Goulet JP, Schiffman EL, Ohrbach R, Drangsholt M. Network Symposium, Barcelona, Spain. Diagnostic Criteria for TMD (DC/TMD): A new version of the RDC/TMD. [acesso em mai 2016]. Disponível em:
<http://www.rdc-tmdinternational.org/Portals/18/Other%20documents/IADR-Barcelona%202010%20Symposium%20-%20DC-TMD.pdf?ver=2011-04-05-225939-837>
- 27- Truelove E, Pan W, Look JO, Mancl LA, Ohrbach RK, Velly AM, et. al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: validity of Axis I diagnoses. *J Orofac Pain* 2010;24(1):35-47.
- 28- Ohrbach R. Assessment and further development of RDC/TMD Axis II biobehavioural instruments: a research programme progress report. *J Oral Rehabil* 2010;37(10):784-98.

- 29- Look JO, John MT, Tai F, Huggins KH, Lenton PA, Truelove EL, et. al. Research Diagnostic Criteria For Temporomandibular Disorders: reliability of Axis I diagnoses and selected clinical measures. J Orofac Pain 2010;24(1):25-34.
- 30- Schiffman EL, Ohrbach R, Truelove EL, Tai F, Anderson GC, Pan W, et. al. The Revised Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: methods used to establish and validate revised Axis I diagnostic algorithms. J Orofac Pain 2010;24(1):63-78.
- 31- Ahmad M, Hollender L, Anderson Q, Kartha K, Ohrbach R, Truelove EL, et. al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD): development of image analysis criteria and examiner reliability for image analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107(6):844-60.
- 32- International RDC/TMD Consortium. Development of the DC/TMD: A brief outline of major steps leading to the published protocols. Buffalo: University at Buffalo; 2014. [acesso em fev 2016]. Disponível em: http://www.rdc-tmdinternational.org/Portals/18/protocol_DC-TMD/Development%20of%20the%20DC-TMD_2013_05_29.pdf?ver=2014-01-29-192446-530
- 33- International RDC/TMD Consortium. Workshops and Symposia. [atualizado em 2016; acesso em jan 2016]. Disponível em: <http://www.rdc-tmdinternational.org/Meetings/WorkshopsandSymposia.aspx>
- 34- International RDC/TMD Consortium. Annual Business Meeting. [atualizado em 2016; acesso em jan 2016]. Disponível em: <http://www.rdc-tmdinternational.org/Meetings/AnnualBusinessMeeting.aspx>
- 35- International RDC/TMD Consortium. [atualizado em 2016; acesso em jan 2016]. Disponível em: <http://www.rdc-tmdinternational.org/>
- 36- Ohrbach, R.; Gonzalez, YM.; List, T.; Michelotti, A.; Schiffman, EL. [1/06/2014] Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol.
- 37- Ohrbach R, Larsson P, List T. The jaw functional limitation scale: development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions J Orofac 2008;22(3):219-30.

- 38- Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. [acesso em fev 2016]. Disponível em:
<https://phqscreeners.pfizer.edrupalgardens.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>
- 39- Ohrbach R, Granger C, List T, Dworkin S. Preliminary development and validation of the Jaw Functional Limitation Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(3):228-36.
- 40- Patient Health Questionnaire (PHQ) screeners. [acesso em fev 2016]. Disponível em:
<http://www.phqscreeners.com>
- 41- Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbach R, LeResche L, Truelove E. Reliability, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *J Orofac Pain* 2002;16(3):207-20.

7. ANEXOS

Evolução da Classificação das Disfunções Temporomandibulares⁶

Em 1972, Farrar propôs uma classificação que contemplava 8 dimensões dentro do conceito global de disfunção: hiperatividade dos músculos mastigatórios, capsulite e sinovite, rotura ou distensão dos ligamentos capsulares, deslocamento anterior do disco, descoordenação muscular, redução da mobilidade mandibular associada à patologia degenerativa da ATM. Este sistema apresentava algumas limitações, como por exemplo não valorizar a dor associada às alterações musculares.

Em 1980, Block propõe uma classificação baseada em modelos neurológicos e ortopédicos de dor e disfunção, contribuindo assim para uma classificação baseada numa perspectiva médica e com o estabelecimento de um paralelismo entre dor disfuncional miofascial e observações em outras partes do corpo.

Em 1986, Welden Bell desenvolveu uma classificação baseada num modelo ortopédico-mecânico, que diferenciava as seguintes categorias major: dor à mastigação, restrição nos movimentos mandibulares, interferências articulares durante os movimentos e má oclusão aguda. Nos processos musculares, esta classificação identificava a miosite, o espasmo, dor miofascial, irritação muscular tardia e rigidez muscular protetiva.

Em 1990, a *American Academy of Craniomandibular Disorders* (AACD) propôs um sistema taxonómico integrado no projeto de classificação da Associação Internacional de Cefaleias (IHS). O seu contributo permitiu por um lado, a distinção de duas categorias major: desordens musculares e articulares e, por outro lado, permitiu a possibilidade de estabelecer diagnósticos múltiplos.

Truelove *et al.* desenvolveram um sistema de classificação com os primeiros critérios de diagnóstico clínicos para as DTM e, também este permitia múltiplos diagnósticos. Distinguiu entre alterações musculares (mialgia e dor miofascial), alterações articulares internas (DD com e sem redução, capsulite/sinovite, perfuração do disco) e patologias degenerativas.

Atualmente, as classificações para a DTM e dor orofacial mais aceites e utilizadas resultam dos grupos de trabalho da *IASP*, *IHS*, *AAOP* e *RDC/TMD*.

No entanto, as classificações propostas pela IASP e IHS assentam ambas a sua essência no conceito biomédico em detrimento do biopsicossocial e, na atualidade sabe-se que esta perspectiva não corresponde àquilo que deve ser a interpretação da etiopatogenia, diagnóstico e abordagem das DTM e dor orofacial. Contrariamente, as classificações e critérios de diagnóstico propostos pela AAOP e RDC/TMD contemplam o modelo biopsicossocial na sua essência para interpretação e classificação das patologias.

Classificação das Disfunções Temporomandibulares^{6,7,13}**I- Disfunção da Articulação Temporomandibular****1. Dor Articulação**

- A. Artralgia
- B. Artrite

2. Disfunção da Articulação

- A. Disfunção do Disco
 - 1. Deslocamento do disco com redução
 - 2. Deslocamento do disco com redução com bloqueio intermitente
 - 3. Deslocamento do disco sem redução com limite de abertura
 - 4. Deslocamento do disco sem redução sem limite de abertura
- B. Outras disfunções de Hipomobilidade
 - 1. Adesões/aderências
 - 2. Anquilose
 - a. Fibrosa
 - b. Óssea
- C. Disfunções de Hiper mobilidade
 - 1. Deslocações
 - a. Subluxação
 - b. Luxação

3. Patologia Articular

- A. Patologia Degenerativa Articular
 - 1. Osteoartrose
 - 2. Osteoartrite
- B. Artrites Sistêmicas
- C. Condilose/Reabsorção condilar idiopática
- D. Osteocondrite Dissecante
- E. Osteonecrose
- F. Neoplasias
- G. Condromatose sinovial

4. Fracturas**5. Disfunções congénitas/ de desenvolvimento**

- A. Aplasia
- B. Hipoplasia
- C. Hiperplasia

II- Disfunções dos Músculos Mastigatórios

1. Dor Muscular

- A. Mialgia
 - 1. Mialgia Local
 - 2. Dor Miofascial
 - 3. Dor Miofascial Referida
- B. Tendinite
- C. Miosite
- D. Espasmo

2. Contractura

3. Hipertrofia

4. Neoplasia

5. Disfunção dos movimentos

- A. Discinesia Orofacial
- B. Distonia Oromandibular

6. Dor dos Músculos Mastigatórios associados a doenças sistêmicas/Disfunções de dor central

III- Cefaleia

1. Cefaleia associada com DTM

IV- Estruturas Associadas

1. Hiperplasia Coronoidea.

RDC/TMD – Eixo I²³

O RDC/TMD categoriza as DTM em três grupos. Outras condições da ATM, que são incomuns, ou não têm fiabilidade de critérios ou de métodos de examinação, são excluídos.

I. Grupo I: Disfunções Musculares

- I.a Dor miofascial
- I.b Dor miofascial com limite de abertura

II. Grupo II: Deslocamento do Disco (DD)

- II.a DD com redução
- II.b DD sem redução com limite de abertura
- II.c DD sem redução sem limite de abertura

III. Grupo III: Outras doenças articulares comuns

- III.a Artralgia
- III.b Osteoartrite
- III.c Osteoartrose

Um individuo pode possuir uma disfunção muscular no máximo. Adicionalmente, cada articulação poderá ter associado um diagnóstico de grupo II e III. Assim, o número de diagnóstico que pode ser atribuído a uma pessoa é de 0 (sem diagnóstico de DTM) até 5. No entanto, é pouco comum ser atribuído mais de 3 diagnóstico a um paciente.

Grupo	Critérios
I. Disfunções Musculares	
<i>I.a Dor miofascial:</i> Chave: dor muscular	<ol style="list-style-type: none"> 1. historial de dor nos músculos mastigatórios¹ 2. dor à palpação pelo menos em 3 locais², e pelo menos um deles no mesmo lado da dor relatada.
<i>I.b Dor miofascial com limite de abertura</i> Chave: dor muscular + limite de movimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. dor miofascial 2. abertura não assistida³ sem dor < 40mm e estiramento passivo ⁴ ≥ 5mm
II. Deslocamento de Disco	
<i>II.a Deslocamento do disco com redução</i> Chave: Estalido reprodutível	<ol style="list-style-type: none"> 1. sem dor na articulação 2. estalido reprodutível⁵ na excursão lateral com estalido de abertura ou fecho 3. com estalido de abertura e fecho (a não ser que haja estalido de excursão lateral confirmado): <ul style="list-style-type: none"> • Estalido de abertura ocorre a ≥ 5mm da distancia interincisal que o de fecho • Estalido eliminado com a abertura em protrusão

<p><i>II.b Deslocamento do disco sem redução com limite de abertura</i></p> <p>Chave: abertura limitada sem estalido</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. historial de bloqueio que interfere com a alimentação 2. ausência de estalidos articulares 3. abertura não assistida (mesmo que dolorosa) \leq 35mm e estiramento passivo \leq 4mm 4. excursão contralateral $<$7mm ou Desvio ipsilateral não corrigido na abertura
<p><i>II.c Deslocamento do disco sem redução sem limite de abertura</i></p> <p>Chave: historial prévio de limitação de abertura – imagiologia necessária para confirmar DD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. historial de bloqueio que interfere com a alimentação 2. a presença de ruídos articulares excluindo o estalido de DDR 3. abertura não assistida (mesmo que dolorosa) $>$ 35mm e estiramento passivo $>$ 4mm 4. excursão contralateral \geq 7mm 5. imagiologia opcional (artrografia ou RM) para confirmar DD
III. Outras disfunções articulares comuns ⁶	
<p><i>III.a Artralgia:</i></p> <p>Chave: dor na ATM / sem crepitação</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. dor à palpação da ATM lateralmente ou intrarticular 2. historial de dor articular com ou sem movimento da mandíbula 3. ausência de crepitação, e possibilidade de estalido
<p><i>III.b Osteoartrite:</i></p> <p>Chave: dor na ATM + crepitação</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. dor como na artralgia 2. crepitação com qualquer movimento ou evidencia radiográfica de mudanças articulares⁷
<p><i>III.c Osteartrose</i></p> <p>Chave: sem dor na ATM + crepitação</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crepitação em qualquer movimento ou evidencia radiográfica de alterações articulares⁷ 2. Sem historial de dor na articulação ou em qualquer movimento

¹ Na mandíbula, região temporal, face, área pré-auricular ou dentro do ouvido, em descanso ou em função

² Há 20 locais (dez em cada lado): temporal posterior, médio e anterior; origem, corpo e inserção do masséter; região mandibular posterior; região submandibular; pterigóideo lateral; tendão do temporal

³ Abertura interincisal mais trespasse vertical ou abertura interincisal menos mordida aberta anterior.

⁴ Estiramento passivo: o dedo indicador do examinador e o polegar são usados com força moderada para abrir mais a boca do que em abertura não assistida. O paciente é instruído a levantar a mão como sinal de que o estiramento se torna desconfortável.

⁵ Todos os estalidos devem ser reproduzíveis 2 das 3 repetições consecutivas.

⁶ Poliartridite, lesões traumáticas agudas, infeções, defeitos de desenvolvimento e neoplasia devem ser excluídos.

⁷ Erosão da delineação cortical, esclerose de partes ou de todo o côndilo e eminência articular, aplanamento das superfícies articulares, formação osteofítica.

RDC/TMD – Eixo II²⁶

Depressão (adaptação de SCL-90)	Avalia os sintomas que afetam a modulação da dor; indicador de morbidade
Sintomas físicos não específicos (SCL-90)	Sintomas físicos, associados com síndromes somáticos funcionais
Escala de dor crónica (Escala graduada de dor crónica)	Classificação hierárquica de como a incapacidade interfere com a vida devido à dor
Intensidade da dor (Escala graduada de dor crónica)	Índice representativo da severidade da dor que integra o tempo e variações
Lista de Avaliação da Disfunção Mandibular	Avalia as funções afetadas pelos problemas mandibulares

Os principais passos do *RDC/TMD* (1992) para o novo *DC/TMD*³

→ 1992: Publicação do *RDC/TMD*

- Classificação das DTM mais comuns com base em dados epidemiológicos e clínicos
- Sistema de duplo eixo: condições clínicas (Eixo I) e dor relacionada com disfunção e estado psicológico (Eixo II)

→ 2001-2008: Projeto de Validação

- Estudo multicêntrico com examinadores referência
- Avaliação da fiabilidade e validade do *RDC/TMD*
- Necessidade de rever *RDC/TMD*

→ 2008: Simpósio na IADR Conferência (Toronto)

- Revisão do *RDC/TMD* apresentada à comunidade de investigação internacional
- Publicação das críticas e recomendações para melhorar o uso em pesquisas

→ 2009: Workshop do Consenso Internacional *RDC/TMD* na conferência IADR (Miami)

- Críticas e recomendações publicadas para facilitar o uso em âmbito clínico e de pesquisa

→ 2010: Publicação dos principais achados de Projeto de Validação

- Revisão de algoritmos *RDC/DTM* fornece critérios clínicos fiáveis e válidos para os critérios clínicos da dor ligada a DTM
- Demonstrada a necessidade de imagiologia para os deslocamentos de disco articular mais comuns e doenças articulares degenerativas
- Suporte para os instrumentos existentes do Eixo II
- Recomendação do desenvolvimento do *DC/TMD*

→ 2010: Simpósio na Conferência IADR (Barcelona)

- *DC/TMD* apresentado à comunidade clínica e de investigação internacional
- Críticas e comentários sobre os algoritmos de diagnóstico do Eixo I para as DTM mais comuns e do protocolo de avaliação do Eixo II

→ 2011: Workshop do Consenso Internacional *RDC/TMD* na conferência IADR (San Diego)

- Aperfeiçoamento dos algoritmos de diagnóstico do Eixo I para as DTM mais comuns e menos comuns.

→ 2011-2012: Trabalho de campo das especificações do examinador para o Eixo I e instrumentos de auto-relato do eixo II

- Locais de teste: Buffalo (EUA), em Minneapolis (EUA), Malmö (Suécia), em Aarhus (Dinamarca), Heidelberg (Alemanha), e Estocolmo (Suécia)

→ 2012: Finalização do *DC/TMD*

- Mais contributos dos membros de organizações nacionais e internacionais de dor de DTM
- Revisão do *DC/TMD* pelos participantes da conferência IADR 2009

→ 2013: estimativas finais de fiabilidade e validade para critérios de diagnóstico do Eixo I

- Derivados dos dados obtidos do Projeto de Validação
- Finalização da *DC/TMD*

Critérios de Diagnóstico para as Disfunções Temporomandibulares^{7,13}

Critérios de Diagnóstico para as Disfunções Temporomandibulares mais comuns relacionadas com dor

Mialgia

Descrição: dor de origem muscular que afeta o movimento, função ou parafunção da mandíbula; a dor é replicada com os testes de provocação dos músculos mastigatórios.

Critérios:

História: Positivo para ambas as condições:

1. Dor¹ na mandíbula, região temporal, ouvido ou anterior ao ouvido; E
2. Dor modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula.

Exame: Positivo para ambas as condições:

1. Confirmação² da localização(ões) da dor no(s) músculo(s) temporal ou masséter; E
2. Relato de dor usual³ no(s) músculo(s) temporal ou masséter com pelo menos um dos seguintes testes de provocação:
 - a. Palpação do(s) músculo(s) temporal ou masséter; OU
 - b. Movimento(s) de abertura máxima não assistida ou assistida.

Validade: sensibilidade 0.90; especificidade 0.99

Comentários: a dor não melhora com outros diagnósticos de dor. Outros músculos mastigatórios devem ser examinados caso as circunstâncias assim o exijam, mas a sensibilidade e especificidade para este diagnóstico não está estabelecida.

Os tipos de mialgia são diferenciados pelos testes de provocação com a palpação

Mialgia Local

Descrição: usando o mesmo protocolo de exame miofascial, dor de origem muscular descrita de igual modo que mialgia sendo a localização da dor apenas no local da palpação.

Critérios:

História: Positivo para ambas as condições:

1. Dor¹ na mandíbula, região temporal, ouvido ou anterior ao ouvido; E
2. Dor modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula.

Exame: Positivo para todas as condições:

1. Confirmação² da localização(ões) da dor no(s) músculo(s) temporal ou masséter; E
2. Relato de dor usual³ no(s) músculo(s) temporal ou masséter com pelo menos um dos seguintes testes de provocação; E
3. Relato de dor localizada na zona de palpação.

Validade: especificidade e validade não foram estabelecidas.

Comentários: a dor não melhora com outros diagnósticos de dor. Outros músculos mastigatórios devem ser examinados caso as circunstâncias assim o exijam mas, a sensibilidade e especificidade para este diagnostico não está estabelecida.

Dor Miofascial

Descrição: usando o mesmo protocolo de exame miofascial, dor de origem muscular como descrita para mialgia, com uma dor que se difunde do local de palpação mas dentro do limite do mesmo músculo.

Critérios:

História: Positivo para ambas as condições:

1. Dor¹ na mandíbula, região temporal, ouvido ou anterior ao ouvido; E
2. Dor modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula.

Exame: Positivo para todas as condições:

1. Confirmação² da localização(ões) da dor no(s) músculo(s) temporal ou masséter; E
2. Relato de dor usual³ no(s) músculo(s) temporal ou masséter com pelo menos um dos seguintes testes de provocação; E
3. Relato de dor que se difunde do local da palpação, mas ainda nos limites do músculo palpado.

Validade: especificidade e validade não foram estabelecidas.

Comentários: a dor não melhora com outros diagnósticos de dor. Outros músculos mastigatórios devem ser examinados caso as circunstâncias assim o exijam, mas a sensibilidade e especificidade para este diagnostico não está estabelecida.

Dor Miofascial Referida

Descrição: usando o protocolo de exame miofascial, dor de origem muscular como descrita para mialgia com uma dor que se difunde fora dos limites do músculo palpado. Dor difusa pode também estar presente.

História: Positivo para ambas as condições:

1. Dor¹ na mandíbula, têmpora, ouvido ou anterior ao ouvido; E
2. Dor modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula.

Exame: Positivo para todas as condições:

1. Confirmação² da localização(ões) da dor no(s) músculo(s) temporal ou masséter; E
2. Relato de dor usual³ no(s) músculo(s) temporal ou masséter com pelo menos um dos seguintes testes de provocação; E
3. Relato de dor que difunde fora dos limites do músculo palpado.

Validade: sensibilidade 0.86; especificidade 0.98

Comentários: a dor não melhora com outros diagnósticos de dor. Outros músculos mastigatórios devem ser examinados caso as circunstâncias assim o exijam mas, a sensibilidade e especificidade para este diagnóstico não está estabelecida.

Artralgia

Descrição: dor com origem articular que é afetada pelo movimento, função ou parafunção mandibular e é replicada com os testes de provocação da ATM.

Critérios:

História: Positivo para ambos:

1. Dor¹ na mandíbula, região temporal, ouvido ou anterior ao ouvido; E
2. Dor modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula.

Exame: Positivo para ambos:

1. Confirmação² da localização da dor na região da(s) ATM(s); E
2. Relato de dor usual³ na(s) ATM(s) com pelo menos um dos seguintes testes de provocação:
 - a. Palpação do polo lateral ou rodeando o polo lateral; OU
 - b. Movimento(s) de abertura máxima não assistida ou assistida.

Validade: sensibilidade 0.89; especificidade 0.98

Comentários: a dor não melhora com outros diagnósticos de dor.

Cefaleia devido a DTM

Descrição: cefaleias na região temporal secundária às dores da DTM (sendo necessário o diagnóstico prévio de mialgia ou artralgia), que é afetada pelo movimento, função ou parafunção da mandíbula e é replicada pelos testes de provocação do sistema mastigatório.

Critérios:

História: positivo para ambos:

1. Cefaleia¹, de qualquer tipo, na região temporal; E
2. Cefaleia modificada pelo movimento, função ou parafunção.

Exame: Positivo para ambos:

1. Confirmação² da localização da cefaleia na região do(s) músculo(s) temporal(ais);
2. Relato de cefaleia usual³ na região temporal com pelo menos um dos seguintes testes de provocação:
 - a. Palpação do(s) músculo(s) temporal(ais); OU
 - b. Abertura máxima assistida ou não assistida, movimentos de lateralidade direita ou esquerda ou de protrusão.

Validade: sensibilidade 0.89; especificidade 0.87

Comentários: a dor de cabeça não melhora com outros diagnósticos de dores de cabeça.

1- o intervalo de tempo para avaliar a dor incluindo a dor de cabeça é "os últimos 30 dias" uma vez que os testes de validade foram estabelecidos com esse critério.

2- O examinador deve identificar com o paciente todas as localizações anatómicas que este teve dor nos últimos 30 dias. Para um diagnóstico válido, a localização da dor induzida pelos testes específicos de provocação, deve estar em estruturas anatómicas consistentes com o diagnóstico.

3- A "dor usual" ou "cefaleia usual" é baseada no relato do paciente em que a dor induzida pelos testes específicos de provocação, replicaram a dor que o doente sentiu no intervalo de tempo de interesse que, normalmente, serão os últimos 30 dias. "Dor usual" é uma dor similar ou igual à dor que o paciente se queixa. "Cefaleia familiar" é uma cefaleia similar ou igual à que o paciente se queixa.

Critério de Diagnóstico para as Disfunções Temporomandibulares mais comuns Intrarticulares

Deslocamento do Disco com Redução

Descrição: Disfunção biomecânica intracapsular que envolve o complexo côndilo-disco. Na posição de boca fechada, o disco encontra-se numa posição anterior relativamente à cabeça do côndilo e o disco reduz após a abertura de boca. O deslocamento lateral e medial do disco também pode estar presente. Ruídos de "click", "pop", "snap" (estalidos) podem ocorrer com a

redução do disco. A história prévia de bloqueio em posição boca fechada com interferência na mastigação anula este diagnóstico.

Crítérios:

História: Positivo pelo menos para um dos seguintes:

1. Nos últimos 30 dias¹, presença de qualquer tipo de ruído(s) na ATM com movimento ou função mandibular; OU
2. O paciente relata presença de ruído, de qualquer tipo, durante o exame.

Exame: Positivo para pelo menos um dos seguintes:

1. Ruído de "*click*", "*pop*" e/ou "*snap*" (estalido) durante os movimentos de abertura e fecho, detetado pela palpação em pelo menos uma das três repetições dos movimentos de abertura e fecho da mandíbula; OU
- 2a. Ruído de "*click*", "*pop*" e/ou "*snap*" (estalido) detetado pela palpação em pelo menos uma das três repetições dos movimento(s) de abertura ou fecho da mandíbula; E
- 2b. Ruído de "*click*", "*pop*" e/ou "*snap*" (estalido) detetado pela palpação em pelo menos uma das três repetições nos movimento(s) de lateralidade direita ou esquerda, ou de protrusão.

Validade: Sem imagiologia: sensibilidade 0.34, especificidade 0.92. A imagiologia é a referência padrão para o diagnóstico.

Imagem: Quando o diagnóstico necessita ser confirmado por RMN, os critérios têm de ser positivos para ambos:

1. Na posição de máxima intercuspidação, a zona posterior do disco encontra-se anterior à posição das 11:30 e a zona intermédia do disco anterior à cabeça do côndilo; E
2. Em posição de abertura máxima, a zona intermédia do disco está localizada entre a cabeça do côndilo e a eminência articular.

Deslocamento do Disco com Redução com Bloqueio Intermitente

Descrição: Disfunção biomecânica intracapsular que envolve o complexo côndilo-disco. Na posição de boca fechada, o disco está numa posição anterior relativamente à cabeça do côndilo e, o disco reduz-se intermitentemente com a abertura de boca. Quando o disco não reduz com a abertura de boca, ocorre limitação intermitente da abertura mandibular. Quando ocorre limite da abertura mandibular, é necessário uma manobra para desbloquear a ATM. O deslocamento

lateral e medial do disco também pode estar presente. Ruídos de “click”, “pop”, “snap” (estalidos) podem ocorrer com a redução do disco.

Critérios:

História: Positivo para ambos:

- 1a. Nos últimos 30 dias¹, presença de qualquer tipo de ruído(s) na ATM com movimento ou função mandibular; OU
- 1b. O paciente relata presença de qualquer tipo de ruído durante o exame; E
2. Nos últimos 30 dias¹, bloqueio da mandíbula com limitação da abertura da boca, mesmo que por instantes e, que depois desbloqueia.

Exame: Positivo pelo menos para um dos seguintes:

1. Ruído de “click”, “pop” e/ou “snap” (estalido) durante os movimentos de abertura e fecho, detetado pela palpação em pelo menos uma das três repetições dos movimentos de abertura e fecho da mandíbula; OU
- 2a. Ruído de “click”, “pop” e/ou “snap” (estalido) detetado pela palpação em pelo menos uma das três repetições dos movimento(s) de abertura ou fecho da mandíbula; E
- 2b. Ruído de “click”, “pop” e/ou “snap” (estalidos) detetado pela palpação em pelo menos uma das três repetições nos movimento(s) de lateralidade direita ou esquerda, ou de protrusão.

Validade: Sem imagiologia: sensibilidade 0.38; especificidade 0.98. A imagiologia é a referência padrão para o diagnóstico.

Imagem: Quando o diagnóstico necessita ser confirmado, os critérios de imagem são os mesmos que para o deslocamento do disco com redução se o bloqueio intermitente não está presente no momento do exame de imagem. Se ocorrer bloqueio durante o exame de imagem, ter em conta um diagnóstico baseado na imagem de bloqueio sem redução, sendo necessário confirmar clinicamente a reversão do bloqueio intermitente.

Nota: Apesar de não ser exigido, quando esta disfunção está presente clinicamente, a examinação é positiva para a incapacidade de abrir a boca a distâncias normais, mesmo que por breves momentos, sem o clínico ou o paciente executarem a manobra para reduzir o bloqueio.

Deslocamento do Disco Sem Redução Com Limite de Abertura

Descrição: Disfunção biomecânica intracapsular que envolve o complexo côndilo-disco. Em posição de boca fechada, o disco está numa posição anterior relativamente à cabeça do côndilo, e o disco não reduz com a abertura de boca. O deslocamento lateral e medial do disco também pode estar presente. Esta disfunção está associada com a limitação persistente de abertura de boca, que não reduz quando o clínico ou o paciente executam uma manobra de manipulação. Também pode ser designado como “bloqueio fechado”. Esta disfunção está associada com o limite de abertura da mandíbula.

Critérios:

História: Positivo para ambos:

1. Bloqueio da mandíbula e, por isso, a boca não abre o máximo; E
2. Limitação da abertura de boca, severa o suficiente, para limitar a abertura da boca e interferir com a habilidade de comer.

Exame: Positivo para:

1. Movimento de abertura máxima assistida (estiramento passivo) incluindo o trespasse vertical < 40mm

Validade: Sem imagiologia: sensibilidade 0.80; especificidade 0.97. A imagiologia é a referência padrão para o diagnóstico.

Imagem: Quando o diagnóstico necessita ser confirmado por RMN, os critérios têm de ser positivos para ambos:

1. Na posição de máxima intercuspidação, a zona posterior do disco encontra-se anterior à posição das 11:30 e a zona intermédia do disco anterior à cabeça do côndilo; E
2. Na abertura máxima, a zona intermédia do disco está localizada anteriormente à cabeça do côndilo.

Nota: abertura assistida máxima < 40mm é determinada clinicamente.

Nota: a presença de ruídos na ATM (estalidos durante a abertura) não anula este diagnóstico.

Deslocamento do Disco Sem Redução Sem Limite de Abertura

Descrição: Disfunção biomecânica intracapsular que envolve o complexo côndilo-disco. Em posição de boca fechada, o disco está numa posição anterior relativamente à cabeça do côndilo e o disco não reduz com a abertura de boca. O deslocamento lateral e medial do disco também pode estar presente. Esta disfunção não está associada com a limitação atual de abertura.

Critérios:

História: Positivo para ambos, no passado:

1. Bloqueio da mandíbula e, por isso, a boca não abria o máximo; E
2. Limitação da abertura de boca, severa o suficiente, para limitar a abertura da boca e interferir com a habilidade de comer.

Exame: Positivo para:

1. Movimento de abertura máxima assistida (estiramento passivo) incluindo o trespasse vertical $\geq 40\text{mm}$.

Validade: Sem imagiologia: sensibilidade 0.54; especificidade 0.79. A imagiologia é a referência padrão para o diagnóstico.

Imagem: Quando o diagnóstico necessita ser confirmado por RMN, os critérios são os mesmos que para o deslocamento do disco sem redução com limite de abertura.

Nota: abertura assistida máxima $< 40\text{mm}$ é determinada clinicamente.

Nota: a presença de ruídos na ATM (estalidos durante a abertura) não anula este diagnóstico.

Doenças Articulares Degenerativas

Descrição: Disfunção degenerativa que envolve a articulação, caracterizada pela deterioração de tecido articular, concomitante com alterações ósseas no côndilo e/ou eminência articular.

Critérios:

História: Positivo para pelo menos um dos seguintes:

1. Nos últimos 30 dias¹, presença de qualquer tipo de ruído(s) na ATM com movimento ou função mandibular; OU
2. O paciente relata presença de ruído, de qualquer tipo, durante o exame.

Exame: Positivo para:

1. Crepitação detetada com a palpação em pelo menos um dos seguintes movimento(s): abertura, fecho, lateralidade direita ou esquerda ou protrusão.

Validade: Sem imagiologia: sensibilidade 0.55; especificidade 0.61. A imagiologia é a referência padrão para o diagnóstico.

Imagem: Quando o diagnóstico necessita ser confirmado por TAC, pelo menos um dos critérios necessita ser positivo: quisto(s) subcondral, erosão(ões), esclerose generalizada, ou osteofito(s).

Nota: Aplanamento e/ou esclerose cortical são considerados achados indeterminados para DAD e podem estar presentes em variações normais, envelhecimento, remodelação ou início de uma DAD.

Subluxação

Descrição: Disfunção de hiper mobilidade envolvendo o complexo c ôndilo-disco e a emin ência articular: na posi ção de boca aberta, o complexo c ôndilo-disco est á posicionado anteriormente à emin ência articular e, é imposs ível voltar à posi ção normal de boca fechada, sem uma manobra de manipula ção. A dura ção da desloca ção pode ser moment ânea ou prolongada. Quando o paciente pode, ele mesmo, reduzir a desloca ção e normalizar o movimento mandibular, designamos por subluxa ção. Quando o paciente necessita de assist ência cl ínica para reduzir a desloca ção e normalizar o movimento mandibular, designamos luxa ção. Esta disfunção pode também ser designada como “bloqueio aberto”. A sensibilidade e especificidade ainda est ão por estabelecer apenas para a subluxa ção.

Crit érios:

Hist ória: Positivo para ambos:

1. Nos ú ltimos 30 dias¹, bloqueio da mand íbula na posi ção de boca aberta, mesmo que por momentos, e não pode fechar em posi ção de boca aberta; E
2. Incapacidade de fechar a boca, em posi ção de boca aberta sem uma manobra de manipula ção.

Exame: Apesar de não ser necess ário achados no exame, quando a disfunção est á presente clinicamente, a examina ção é positiva para a incapacidade de voltar à normal posi ção de boca fechada sem o paciente executar a manobra de manipula ção.

Validade: Sem imagiologia e baseado apenas na hist ória: sensibilidade 0.98; especificidade 1.00.

Imagem: Quando o diagn óstico necessita ser confirmado, o crit ério de imagem é positivo quando o c ôndilo est á posicionado para lá da altura da emin ência articular associada à incapacidade do paciente de fechar a boca.

¹- o intervalo de tempo para avaliar a dor incluindo a dor de cabe ça é “os ú ltimos 30 dias” uma vez que os testes de validade foram estabelecidos com esse crit ério.

Disfunção	História		Examinação	
	Critérios	QS	Critérios	Formulário de exame
Disfunções de dor				
Mialgia Sens 0.90 Espec 0.99	Dor na estrutura mastigatória	QS3	Confirmação da localização no(s) músculo(s) mastigatório(s)	E1a
	dor modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula	QS4	Dor usual no(s) músculo(s) mastigatório(s) quer com a palpação ou abertura máxima	E4b, E4c ou E9: dor usual no temporal ou masséter, ou noutro músculo mastigatório se também é relevante; ou E10: dor usual com músculos suplementares, se E10 está incluído.
Subtipos de mialgia				
<u>Mialgia Local</u> Sensibilidade e especificidade não estabelecidas.	[o mesmo que mialgia]	[QS3 & QS4]	Confirmação da localização no(s) músculo(s) mastigatório(s)	E1a
			Dor usual com palpação muscular	E9: dor usual no masséter ou temporal; ou E10: dor usual com músculos suplementares, se E10 está incluído.
			Dor permanece localmente na área de estimulação	E9: dor referida e difusa negativo; e E10: dor referida e difusa negativo, se E10 está incluído.
<u>Dor miofascial</u>	[o mesmo que mialgia]	[QS3 & QS4]	Confirmação da localização no(s) músculo(s) mastigatório(s)	E1a

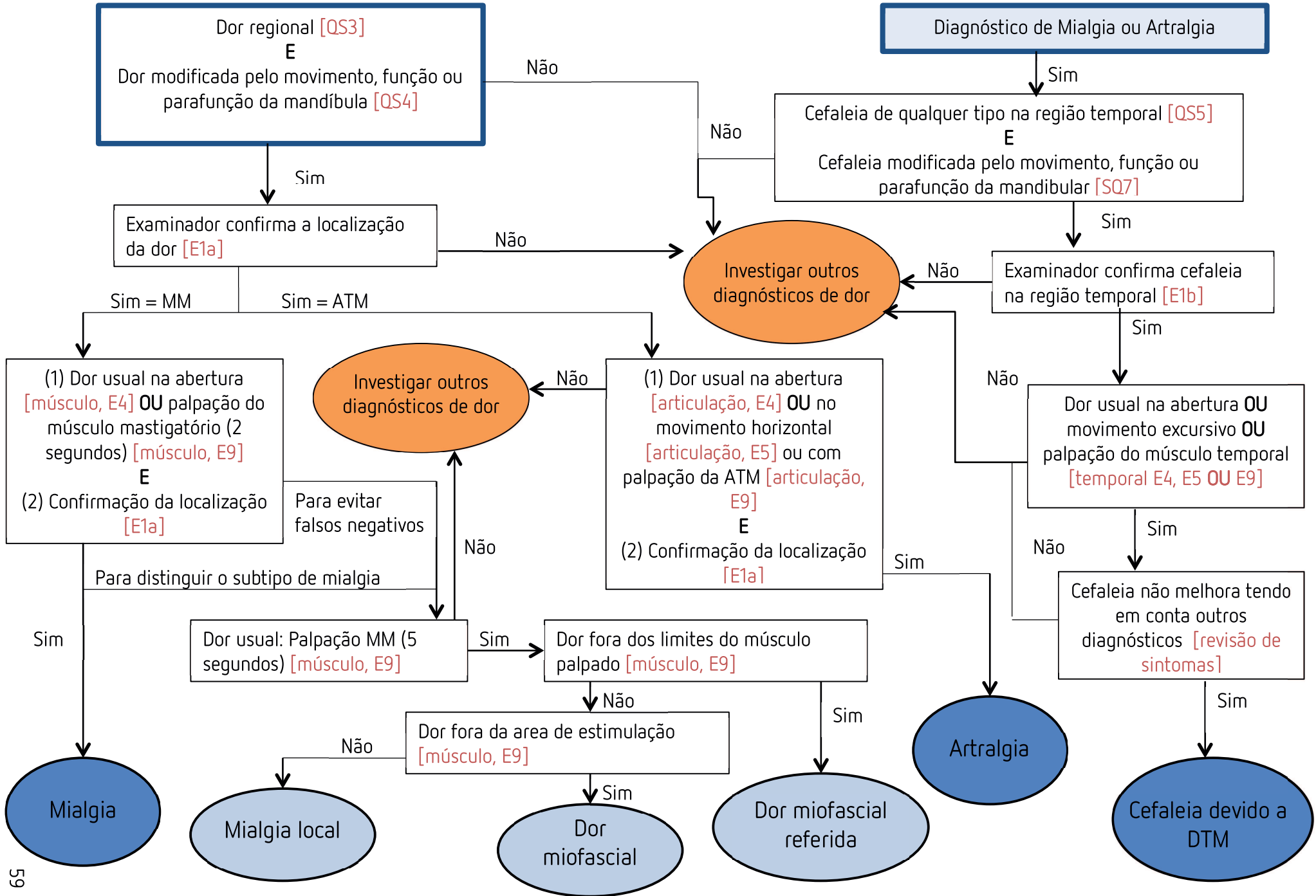
Sens e espec não estabelecidas.			Dor usual com palpação muscular	E9: dor usual no masséter ou temporal; ou E10: dor usual com músculos suplementares, se E10 está incluído.
			Dor difusa (mas não referida) com a palpação muscular	E9: dor difusa; ou E10: dor difusa, se E10 está incluído; e E9: dor referida negativo; e E10: dor referida negativo, se E10 incluído
<u>Dor miofascial Referida</u>	[o mesmo que mialgia]	[QS3 & QS4]	Confirmação da localização no(s) músculo(s) mastigatório(s)	E1a
Sens 0.86 Espec 0.98			Dor usual com palpação muscular	E9: dor usual no masséter ou temporal; ou E10: dor usual com músculos suplementares, se E10 está incluído.
			Dor referida com palpação muscular	E9: dor referida positiva; ou E10: dor referida positiva; se E10 incluído.
Artralgia Sens 0.89 Espec 0.98	Dor numa estrutura mastigatória	QS3	Confirmação de dor na(s) ATM(s)	E1a
	Dor modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula	QS4	Dor usual com a palpação da ATM ou movimento	E4b, E4c, E5a-c ou E9: dor usual na ATM
Cefaleia devido a DTM	Cefaleia, de qualquer tipo, na região temporal	QS5	Confirmação da cefaleia no músculo temporal	Eb1

Sens 0.89 Espec 0.87 Para o diagnóstico secundário de dores de cabeça é necessário um diagnóstico primário ou de mialgia ou de artralgia.	Cefaleia afectada pelo movimento mandibular, função ou parafunção.	QS7	Relato de cefaleia usual na região temporal com: - A palpação do músculo temporal; ou - O movimento da mandíbula	E4b, E4c, E5a-c ou E9: dor usual no músculo temporal
Disfunções Articulares				
Deslocamento do Disco com Redução	História da presença de ruídos, ou	QS8	Estalido(s) com abertura e fecho ou	E6: estalido (abertura e fecho) ou
Sens 0.34 Espec 0.92	Paciente relata estalidos durante a examinação	E6 ou E7: ruído relatado pelo paciente	a) estalido com abertura ou fecho, e	E6: estalido (abertura e fecho) e
			b) estalido com movimentos laterais e protrusivos	E7: estalido
Deslocamento do Disco com Redução, com Bloqueio Intermitente Sens 0.38 Espec 0.98	[mesmo que deslocamento de disco com redução]	[mesmo que DD com red]	[mesmo que deslocamento de disco com redução]	[mesmo que DD com red]
	Presente bloqueio intermitente com limite de abertura	QS11=sim QS12=não	Quando a disfunção ocorre na clínica: é necessário manobra para abrir a boca	E8 (opcional)
Deslocamento de Disco sem Redução,	Atualmente com bloqueio da ATM com limite de abertura	QS9	Estiramento passivo (abertura máxima assistida) < 40 mm	E4c < 40mm incluindo o trespasse vertical

com Limite de Abertura Sens 0.80 Espec 0.97	Limitação severa o suficiente que interfere com a habilidade de comer	QS10		
Deslocamento de Disco sem Redução, sem Limite de Abertura Sens 0.54 Espec 0.61	No passado já teve bloqueio da ATM com limite de abertura	QS9	Estiramento passivo (abertura máxima assistida) \geq 40mm	E4c \geq 40mm incluindo o trespasse vertical
	Limitação severa o suficiente que interfere com a habilidade de comer	QS10		
Doenças Articulares Degenerativas Sens 0.55 Espec 0.61	História atual de ruídos na ATM, ou	QS8	Crepitação com o movimento mandibular	E6 ou E7: crepitação detectada pelo examinador
	Paciente relata ruído durante a examinação	E6 ou E7: ruído relatado pelo paciente		
Subluxação Sens 0.98 Espec 1.00	ATM bloqueada ou presa em posição de boca aberta	QS13	Quando a disfunção ocorrer durante o exame: é necessário manobra para fechar a boca	E8 (opcional)
	Incapacidade de fechar a boca sem uma manobra específica	QS14		

INICIAR O INQUÉRITO PELAS CAIXAS COM CONTORNO DE LINHA AZUL

E-Formulário de Exame; QS-Questionário de Sintomas



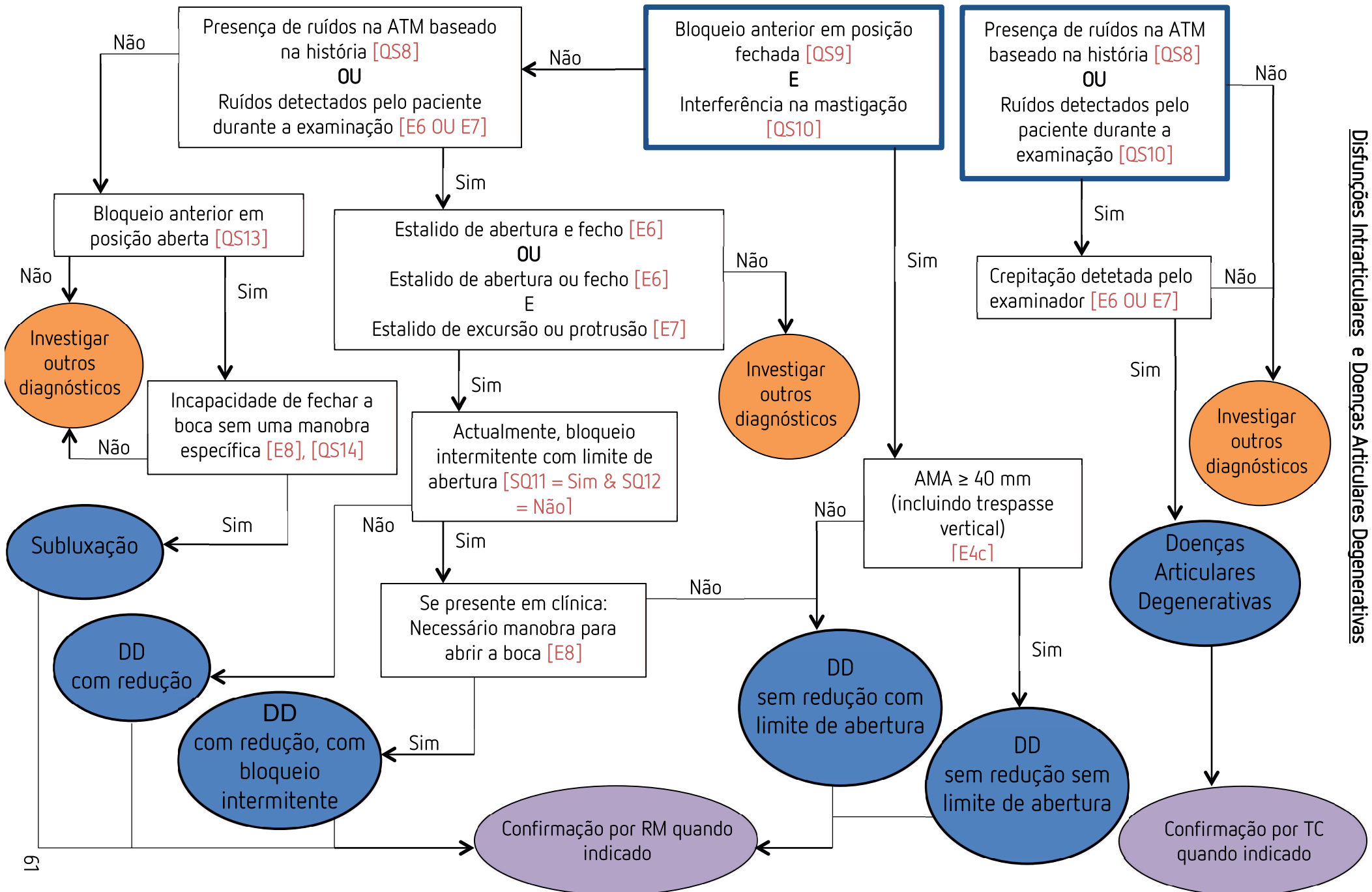
Critério de Diagnóstico para Disfunções Temporomandibulares (CD/DTM): Árvore de diagnóstico
Dor devido a DTM e Cefaleia

INICIAR O INQUÉRITO PELAS CAIXAS COM CONTRONO DE LINHA AZUL

Disfunções Intrarticulares

Doenças Articulares Degenerativas

E-Formulário de Exame; QS- Questionário de Sintomas



Critério de Diagnóstico para Disfunções Temporomandibulares (CD/DTM): Árvore de diagnóstico Disfunções Intrarticulares e Doenças Articulares Degenerativas

Protocolo de Avaliação do Eixo II^{6,13,28,37,38,40}

Domínio	Instrumento	No. de itens	Rastreio	Compreensivos
Intensidade da dor	<i>Graded Chronic Pain Scale (GCPS)</i> – Escala de Dor Crónica (EDC)	3	✓	✓
Localização da dor	Desenho da Dor	1	✓	✓
Função Física	<i>Graded Chronic Pain Scale (GCPS)</i> – Escala de Dor Crónica (EDC)	4	✓	✓
Limitação	<i>Jaw Functional Limitation Scale-short form (JFLS)</i> – Escala de limitação funcional mandibular (ELFM-8)	8	✓	
	<i>Jaw Functional Limitation Scale-long form (JFLS)</i> - Escala de limitação funcional mandibular (ELFM-20)	20		✓
Distúrbios	<i>Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)</i> – Questionário da Saúde do Paciente-4 (QSP-4)	4 ^{**}	✓	
Depressão	<i>Patient Health Questionnaire-9*</i> (PHQ-9) - Questionário da Saúde do Paciente-9 (QSP-9)	9 ^{**}		✓
Ansiedade	<i>Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)</i> - Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG-7)	7 ^{**}		✓
Sintomas físicos	<i>Patient Health Questionnaire-15*</i> (PHQ-15) - Questionário da Saúde do Paciente-15 (QSP-15)	15		✓
Parafunção	<i>Oral Behaviors Checklist (OBC)</i> – Lista de Avaliação dos Comportamentos Oraís (LACO)	21	✓	✓

*Os instrumentos para avaliar os sintomas de depressão e físicos não-específicos, que pertencem ao RDC/TMD, podem ser substituídos pelo QSP-9 e QSP-15, respetivamente.

** Cada um dos PHQ-4, PHQ-9, e GAD-7 incluem um item adicional que consiste numa questão que reflete a interferência funcional desse distúrbio.

- **Examinação/rastreio:** 5 instrumentos de auto-relato simples para detetar fatores psicossociais e comportamentais relevantes para a dor.

▪ ***Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)*** – é um exame simples, confiável e validado para avaliar o stress psicológico devido a ansiedade e/ou depressão. Resultado > 6 é considerado stress psicológico moderado; > 9 sugere um distúrbio psicológico severo, justificando uma avaliação mais profunda recorrendo a outros instrumentos (p.ex: PHQ-9 e GAD-7) ou encaminhamento para um especialista.

Este questionário é composto pelos dois primeiros itens do PHQ-9 e GAD-7, respetivamente e, constituem os itens do DSM-IV para distúrbio depressivo maior e distúrbio de ansiedade generalizada, respetivamente. Cada um varia de uma pontuação de 0 a 6. As características de funcionamento destes exames “ultra-breves” são ótimas. Quando usados em conjunto, constituem o PHQ-4 uma medida de rastreio de 4 itens que varia de uma pontuação de 0 a 12 sendo que, quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de existir um distúrbio depressivo ou de ansiedade subjacente. Em particular, os subtotais de PHQ-2 e do GAD-2 do PHQ-4 fornecem pontuações separadas de depressão e de ansiedade, que podem ser usadas como rastreio destes distúrbios.³⁸

- **Escala de Dor Crónica (EDC)** – é um exame curto, fiável e validado para avaliar a intensidade da dor e a incapacidade devido a dor. Consiste em duas subescalas:
 - **Intensidade Característica da Dor (ICD)** – mede a intensidade da dor
 - $\geq 50/100$ – alta intensidade
 - **Incapacidade devido à Dor (ID)** – baseado no número de dias que a dor interfere na atividade e na extensão da interferência nas atividades do quotidiano, sociais e laborais.

Na EDC, a dor atual, média e pior dor facial são avaliadas em escalas de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima). A média dessas três classificações, multiplicada por 10, é a pontuação da Intensidade Característica da Dor (ICD).²⁵

Os pacientes são também avaliados em escalas de 0 (não interferência) a 10 (incapaz de realizar qualquer atividade) para aferir o grau de interferência da dor facial com as atividades diárias, atividades de lazer, sociais, familiares e atividades de trabalho e tarefas domésticas. A média destas três classificações, multiplicada por 10, é a pontuação da interferência nas atividades relacionadas à dor.²⁵

A EDC também avalia o número de dias de limitação da atividade significativa devido a dor. Com base nas três variáveis, a EGDC pode ser usada para classificar os indivíduos em classes de dor crónica^{6,25}:

0 = ausência de dor

Baixa Incapacidade funcional:

I = baixa intensidade da dor

II = intensidade elevada da dor

Alta Incapacidade funcional:

III = dor moderadamente incapacitante.

IV = dor altamente incapacitante.

Dor elevada e interferência elevada ou incapacidade moderada a severa (grau 3 e 4) – devem ser interpretados como incapacidade devido à dor, sendo necessário uma investigação mais aprofundada, e sugere que a DTM tem um impacto significativo na vida do indivíduo.^{5,13}

- **Desenho da cabeça, mandíbula e do corpo** – permite ao paciente relatar a localização da dor. A dor referida sugere a necessidade de avaliação mais aprofundada do paciente.¹³
- **Jaw Functional Limitation Scale-short form (JFLS-8)** – surgiu como uma forma abreviada para medir a limitação global da mandíbula. Avalia as limitações, afetadas pela dor, durante a mastigação, mobilidade mandibular e expressões tanto verbais como emocionais. Num estudo mostrou ter boa fiabilidade, validade, sensibilidade.²⁸

A escala baseia-se numa série de alimentos que variam na sua textura. Cada um dos alimentos utilizados na escala tem um grau de dificuldade, tal como determinado pelo modelo estatístico de *Rash* utilizado para o desenvolvimento deste instrumento, permitindo desta forma avaliar a dificuldade na mastigação.^{28,37}

- **Oral Behaviors Checklist (OBC)** – possui dois itens referentes a comportamentos durante o sono e os restantes referentes às horas de vigília e pretende avaliar a frequência dos comportamentos orais parafuncionais. Avalia a presença de comportamentos parafuncionais que poderão comportar-se como um trauma do sistema mastigatório.¹³
- Este instrumento foi desenvolvido pelos investigadores como um instrumento de auto-relato para avaliar o impacto dos comportamentos parafuncionais no início e/ou desenvolvimento das DTM.²⁸

- **Confirmação e/ou aprofundamento do diagnóstico (8)** – instrumentos para serem usados quando o clínico assim o entender. Tem como objetivo conseguir uma melhor avaliação do funcionamento psicossocial do paciente.

▪ **Desenho da dor** – localização da dor; deteta a presença de dores referidas com a possível presença de doenças sistémicas (como por exemplo doenças reumáticas) e sensibilização central.

▪ **Oral Behaviors Checklist (OBC)** – possui dois itens referentes a comportamentos durante o sono e os restantes referentes às horas de vigília e pretende avaliar a frequência dos comportamentos orais parafuncionais.

▪ **Jaw Functional Limitation Scale-long form (JFLS-20)** – instrumento específico do órgão composto por 3 categorias para avaliar o estado funcional do sistema mastigatório. As três categorias (mastigação, mobilidade maxilar vertical, expressão emocional e verbal) que compreendem um total de 20 itens, possuem excelentes propriedades psicométricas no que diz respeito à fiabilidade e consistência interna.³⁷

▪ **Escala de Dor Crónica (EDC)**

▪ **PHQ (Patient Health Questionnaire) – QSP (Questionário da Saúde do Paciente) – baseado no PRIME-MD**

PHQ-9, PHQ-15 e GAD-7 foram construídos pelo projeto PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*). Este projeto foi desenvolvido em meados dos anos 90, com o objetivo de criar diagnósticos para os cinco tipos de disfunções mentais mais comuns: depressão ansiedade, somatização, álcool e distúrbios alimentares.⁴⁰

Cada exame do PHQ pode ser usado em separado, juntamente com outros módulos ou como parte integrante do PHQ.

▪ **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** (depressão) – apresenta validade de conteúdo apropriado para o uso numa população de dor, excelente utilidade clínica e possui traduções em várias línguas.^{28,37} Também é adequado para uso como exame de saúde mental geral e estado

funcional na prática clínica.²⁸ É calculado através da atribuição de pontuação de 0, 1, 2 e 3, para as categorias de resposta de – “nunca”, “vários dias”, “mais de metade das vezes” e “quase todos os dias” respetivamente. A pontuação total para os nove itens varia de 0 a 27.

- 5 – leve
- 10 – moderada
- 15 – moderadamente severa
- 20 – severa

Pontuação PHQ-9	Severidade de depressão	Ações de tratamento propostas
0–4	Nenhuma - mínima	Nenhuma
5–9	Leve	Atitude expectante. Repetir PHQ-9 na reavaliação.
10 – 14	Moderada	Plano de tratamento, considerar aconselhamento, seguimento e/ou farmacoterapia.
15 – 19	Severamente moderado	Tratamento ativo com farmacoterapia e/ou psicoterapia.
20 – 27	Severa	Iniciação imediata de farmacoterapia e, se a resposta à terapia é fraca, reencaminhamento para especialistas de psicoterapia.

▪ **Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)** (sintomas físicos) – severidade dos sintomas somáticos e presença de somatização e disfunções de somatização. É calculado pela pontuação de 0, 1 e 2 para as categorias de resposta “não foi incomodado”, “um pouco incomodado” ou “muito incomodado”. Há evidências que o PHQ-15 pode ser sensível a alterações em indivíduos com desordens de somatização.³⁸

- 5 – leve
- 10 – média
- 15 – elevada

▪ **Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)** – Este exame mostrou ter boa sensibilidade e especificidade como examinação de pânico, ansiedade social e disfunções de stress pós-traumático.

É calculado pela atribuição da pontuação de 0, 1, 2 e 3 para as categorias de resposta de “nunca”, “vários dias”, “mais de metade das vezes” e “quase todos os dias” respetivamente. A pontuação total para os nove itens varia de 0 a 21. Uma pontuação recomendada para uma avaliação mais aprofundada é uma pontuação de 10 ou superior.

- 5 – leve
- 10 – ansiedade moderada
- 15 – ansiedade severa

Uma pontuação de 10 ou superior é considerado sinal amarelo em todas as 3 medidas (ou seja, chamar a atenção para uma possível condição clinicamente significativa), enquanto que uma pontuação de 15 é um sinal vermelho em todas as 3 medidas (ou seja, os indivíduos nos quais o tratamento ativo é aconselhado).

A questão final no PHQ (e algumas de suas versões abreviadas) tem como objetivo aferir o grau de dificuldade que esses problemas causaram ao paciente para que este realiza-se as suas atividades diárias. Este item não é usado no cálculo da pontuação do exame, mas representa uma impressão global de imparidade relacionada com o sintoma do paciente. Pode ser útil nas decisões sobre o início ou ajustes ao tratamento, uma vez que está fortemente associada com a gravidade dos sintomas psiquiátricos, bem como várias medidas de comprometimento e qualidade de saúde da vida.

NOTA: todas as versões originais destes inquéritos encontram-se disponíveis no site oficial do *International RDC/TMD Consortium* (<http://www.rdc-tmdinternational.org>).

*RDC/TMD vs. DC/TMD*⁶Grupo I: Disfunções Musculares

Tabela 1- Taxonomia Dor Miofascial

RDC/TMD (1992)	DC/TMD*
Ia. Dor miofascial	Ia. Dor miofascial
Ib. Dor miofascial com limite de abertura	Ib. Dor miofascial referida

Tabela 2 - Avaliação da dor Miofascial

História Clínica	RDC/TMD (1992)	DC/TMD
No último mês, dor que vai para a face, mandíbula, temporal, anterior ao ouvido ou no ouvido	✓	✓
Dor que modifica com o movimento, função ou parafunção	--	✓
Confirmação da localização da dor pelo examinador	--	✓
Exame físico		
Paciente relata o local da dor	✓	✓
Dor muscular com a palpação	✓	✓
Paciente relata dor no masséter ou temporal com a abertura mandibular	--	✓
Dor usual com a palpação e movimento	--	✓
Paciente relata dor referida	--	✓
Medição da distância de abertura de boca	--	✓

Tabela 3 - Locais de Palpação Muscular

RDC/TMD (1992)	DC/TMD*
<u>Locais extra-orais (16)</u>	<u>Locais extra-orais (12)</u>
Temporal anterior	Temporal anterior
Temporal médio	Temporal médio
Temporal posterior	Temporal posterior
Origem masséter	Origem masséter
Corpo masséter	Corpo masséter
Inserção masséter	Inserção masséter
Região posterior mandibular	
Região submandibular	
<u>Locais intra-orais (4)</u>	<u>Locais Intra-orais (0)</u>
Área pterigoideo lateral	
Tendão temporal	

Tabela 4 - Artralgia, Artrite e Artrose

História Clínica	RDC/TMD (1992)	DC/TMD
Artralgia		
No último mês, dor que vai para a face, mandíbula, temporal, anterior ao ouvido ou no ouvido	--	✓
Dor que se modifica com o movimento, função ou parafunção	--	✓
Artrite e Artrose		
No último mês, ruídos presentes	--	✓
Exame físico		
Artralgia		
Paciente relata o local da dor	✓	--
Dor com a palpação ATM		
- Polo lateral	✓	✓
- Posterior	✓	--
- Modificada do polo lateral	--	✓
Dor com movimento mandibular	✓	✓
• Incluindo protrusão	--	✓
Dor usual com a palpação e movimento	--	✓
Artrite e Artrose		
Crepitação fina com a palpação	--	✓
Crepitação grosseira com palpação	✓	✓
Crepitação grosseira audível	--	✓
Crepitação detectada pelo indivíduo com movimento mandibular	--	✓

Tabela 5 - Deslocamento do Disco

História Clínica	RDC/TMD (1992)	DC/TMD
No último mês, ruídos presentes	--	✓
História de limitação significativa	✓	✓
Exame físico		
Deteção de estalido	2 em 3	1 em 3
5 mm entre o estalido recíproco	✓	--
Eliminação do estalido	✓	--
Abertura vertical (corrigido)	Não assistida: > 35mm Estiramento: ≥ 5mm	Estiramento: ≥ 40mm
Movimento lateral e protrusivo	≥ 7mm	--
Desvio de abertura não corrigido	✓	--

RDC/TMD vs. DC/TMD: Comparação dos procedimentos de diagnóstico de Dor por DTM¹³

História	RDC/TMD	DC/TMD
Presença de dor no sistema mastigatório.	✓	✓
Cefaleia de qualquer tipo na região do temporal.		✓
Alteração da dor ou da cefaleia com o movimento da mandíbula, função ou parafunção.		✓
Examinação		
<u>Artralgia</u>		
Confirmação do local da dor na ATM		✓
<u>Dor à palpação da ATM</u>		
- polo lateral	✓	✓
- modificada do polo lateral		✓
- posterior ao polo	✓	
Dor com o movimento		✓
<u>Mialgia ("dor miofascial" no RDC/TMD)</u>		
Confirmação do local de dor no músculo mastigatório.		✓
<u>Dor com a palpação muscular</u>		
- temporal	✓	✓
- masséter	✓	✓
- região mandibular posterior	✓	
- região submandbular	✓	
- área pterigóideo lateral	✓	
- tendão do temporal	✓	
Dor com abertura máxima assistida e não assistida		✓
Dor usual com a palpação ou abertura		✓
<u>Mialgia Local (novo diagnóstico)</u>		
Palpação continuada sem dor difusa ou padrões de dor referida.		✓
<u>Dor miofascial (novo diagnóstico)</u>		
Palpação continuada com dor difusa mas sem padrões de dor referida.		✓
<u>Dor miofascial referida (novo diagnóstico)</u>		
Palpação continuada com padrões de dor referida (dor difusa também pode estar presente.)		✓
<u>Cefaleia devido a DTM (novo diagnóstico)</u>		
Confirmação da localização da cefaleia na região temporal		✓
Cefaleia usual na palpação ou com o movimento		✓

1- Medição de aberta inclui a abertura interincisal mais o trespasse vertical.

RDC/TMD vs. DC/TMD:
Comparação dos procedimentos de diagnóstico disfunções intrarticulares (DD e DAD)¹³

História	RDC/TMD	DC/TMD
"Nos últimos 30 dias, presença de ruídos" aplicável a deslocamento do disco com redução com e sem bloqueio intermitente e doenças articulares degenerativas.		✓
"Nos últimos 30 dias, mandíbula bloqueou com limite de abertura e depois desbloqueou" aplicável a deslocamento do disco com redução com bloqueio intermitente.		✓
"Alguma vez teve a mandíbula bloqueada ou presa que não podia abrir completamente" e "interferiu com a habilidade de comer" aplicável ao deslocamento do disco sem redução com e sem limite de abertura.	✓	✓
"Nos últimos 30 dias, quando abriu a boca, a sua mandíbula ficou bloqueada ou presa que não conseguia fechar completamente" aplicável a subluxação.		✓
Examinação		
<u>Deslocamento do disco com redução</u>		
Relato do paciente de qualquer ruído (estalido ou crepitação)		✓
Deteção do estalido (# ciclos de abertura/fechos necessários por estalido)	2 em 3	1 em 3
Deteção de estalido durante movimentos laterais e protrusivos	✓	✓
Distância vertical de 5mm entre estalidos recíprocos	✓	
Eliminação do estalido em protrusão	✓	
<u>Deslocamento do disco com redução com bloqueio intermitente</u>		
<u>Deslocamento do disco sem redução com limite de abertura</u>		
Abertura não assistida ¹ ≤ 35mm e abertura assistida ≤ 4mm do que a abertura não assistida	✓	
Abertura assistida ¹ < 40 mm		✓
Movimentos contralaterais < 7mm e/ou desvio não corrigido para o lado ipsilateral da abertura.	✓	
Ausência de ruído, ou ruídos que não estão de acordo com os critérios do DD com redução	✓	
<u>Deslocamento do disco sem redução sem limite de abertura</u>		
Abertura não assistida ¹ > 35mm e abertura assistida > 4mm maiores que a abertura não assistida	✓	
Abertura assistida ¹ ≥ 40 mm		✓
Movimentos contralaterais e protrusivos ≥ 7mm	✓	
Ruídos que não estão de acordo com o critério de DD com redução	✓	
<u>Doenças Articulares Degenerativas</u>		
Relato do paciente de ruídos (estalidos ou crepitação)		✓
Crepitação (apenas grosseira) à palpação	✓	
Crepitação (quer fina ou grosseira) à palpação		✓

1- Medição de aberta inclui a abertura interincisal mais o trespassse vertical.

O que mudou do RDC/TMD para o DC/TMD?³⁶

Procedimento Clínico	RDC/TMD (1992)	DC/TMD (2013)
Localização da dor		
Identificação da localização de dor de acordo com a queixa	✓	✓
Confirmação da localização de dor de acordo com a queixa e de dor usual		✓
Identificação da localização da cefaleia		✓
Pontos de referencia Estáticos		
Medição do trespasse vertical e desvio da linha média	✓	✓
Medição do trespasse horizontal		✓
Mobilidade		
Padrão de abertura	✓	Suplementar; opções reduzidas
Avaliação da dor usual com o teste de mobilidade mandibular		✓
Avaliação da cefaleia usual no temporal com o teste de mobilidade mandibular		✓
Avaliação ATM		
Avaliação dos estalidos da ATM	✓	✓
Avaliação de crepitação fina e grosseira	✓	
Avaliação de crepitação		✓
Medições (mm) de estalidos de abertura e fecho	✓	
Avaliação da eliminação de estalido recíproco na abertura protrusiva	✓	
Relato do paciente de ruídos durante o movimento da ATM		✓
Dor e dor usual associada a estalidos		✓
Bloqueio da ATM durante exame		✓
Palpação Muscular e da ATM		
Palpação com 2lb ou 1lb	✓	
Palpação com 1kg ou 0.5kg no intervalo de tempo definido		✓
Calibração dos dedos às forças específicas antes da palpação		✓
Palpação dos músculos temporal e masséter	✓	✓
Palpação dos músculos submandibular e região mandibular posterior, área do pterigóideo lateral e tendão do temporal	✓	Suplementar
Palpação do polo lateral da ATM	✓	✓
Palpação da ATM através do meato acústico externo	✓	
Palpação modificada do polo lateral da ATM		✓
Avaliação da dor usual com palpação		✓
Avaliação da dor de cefaleia com palpação do temporal		✓

Dados Pessoais

Processo: _____

Data da consulta: __/__/____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Telefone: _____

Medicação atual: _____

Reações alérgicas: _____

Patologias médicas: _____

Motivo da Consulta:

1- Qual é a sua raça?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Índio-Americano, Alasca
<input type="checkbox"/> Negro ou Africo-Americano | <input type="checkbox"/> Árabe
<input type="checkbox"/> Branco
<input type="checkbox"/> Outra |
|---|---|

2- Qual o seu estado civil atual?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casado
<input type="checkbox"/> Separado
<input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> Nunca casado |
|--|--|

3- Qual o mais alto grau de escolaridade que obteve nos seus estudos?

- Nunca estudou ou apenas Jardim de infância
- Até ao 9º ano
- Ensino Secundário (até 12º)
- Ensino Superior (licenciatura)
- Mestrado/doutoramento

4- Está desempregado? _____

[se não, responder à 4.1]

4.1- Qual a sua profissão?

5- Qual dos seguintes valores melhor representa o total de rendimentos em sua casa nos últimos 12 meses.

- 0€ até salário mínimo
- Duas vezes o salário mínimo
- Três vezes o salário mínimo
- Quatro vezes o salário mínimo
- Cinco vezes o salário mínimo
- Seis vezes o salário mínimo
- Sete vezes o salário mínimo
- Oito vezes o salário mínimo
- Nove vezes o salário mínimo
- Dez vezes ou mais o salário mínimo

6- O que faz nos tempos livres?

Exame de Triagem

1. Nos últimos 30 dias, quanto tempo durou a dor na mandíbula ou região temporal em ambos os lados?
 - a. Ausência de dor
 - b. Dor que vai e vem
 - c. Dor sempre presente

2. Nos últimos 30 dias, teve dor ou rigidez na mandíbula ao despertar?
 - a. Não
 - b. Sim

3. Nos últimos 30 dias, algumas das seguintes atividades modificou a dor (ou seja, aliviado ou agravado) na mandíbula ou região temporal em ambos os lados?
 - A. Mastigar comida dura ou difícil.
 - a. Não
 - b. Sim

 - B. Abrir a boca ou movimentar a mandíbula para a frente ou para os lados.
 - a. Não
 - b. Sim

 - C. Hábitos como manter os dentes juntos, morder, ranger ou mastigar pastilha elástica.
 - a. Não
 - b. Sim

 - D. Outras atividades como falar, beijar ou bocejar.
 - a. Não
 - b. Sim

QSP –15

Durante as ultimas 4 semanas, quanto foi incomodado pelos seguintes problemas?

	Não foi incomodado	Um pouco incomodado	Muito incomodado
1. Dor de estômago			
2. Dores lombares.			
3. Dor nos braços, pernas ou articulações (joelho, anca, etc)			
4. Cólica menstrual ou outros problemas relacionados com o ciclo menstrual [apenas mulheres].			
5. Dores de cabeça.			
6. Dor de peito.			
7. Tonturas.			
8. Desmaios.			
9. Palpitações cardíacas.			
10. Falta de ar.			
11. Dor ou problemas durante as relações sexuais.			
12. Constipação, intestinos alterados ou diarreia.			
13. Náuseas, gases ou indigestão.			
14. Cansaço ou falta de energia.			
15. Problemas de sono.			

TOTAL =

LACO - LISTA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ORAIS

Com que frequência faz cada uma das seguintes atividades, **tendo como base o último mês**? Se a frequência da atividade varia, escolha a opção mais elevada. Não deixe perguntas em branco.

Atividades Durante o Sono		Nunca	< 1 noite /mês	1-3 noites /mês	1-3 noites /semana	4-7 noites /semana
1.	Aperta ou range os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que poderá ter.					
2.	Dorme numa posição que coloca pressão na mandíbula, isto é, no maxilar inferior (p.ex. de barriga para baixo, de lado)					
Atividades Durante as Horas de Vigília		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
3.	Range os dentes durante as horas que está acordado.					
4.	Aperta os dentes durante as horas que está acordado.					
5.	Pressiona, toca ou mantém os dentes em contacto sem que seja para comer (isto é contacta os dentes superiores com os inferiores).					
6.	Segura, aperta ou cria tensão muscular sem apertar ou encostar os dentes.					
7.	Mantém ou projeta a mandíbula (i.e. maxilar inferior) para a frente ou para o lado.					
8.	Pressiona com força a língua contra os dentes.					
9.	Coloca a língua entre os dentes.					
10.	Morde, mastiga ou brinca com a sua língua, bochechas ou lábios.					
11.	Mantém a mandíbula (i.e. maxilar inferior) numa posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula.					
12.	Mantém entre os dentes ou morde objetos, tais como, cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.					
13.	Utiliza pastilha elástica.					
14.	Toca instrumento musical que envolva o uso da mandíbula (i.e. maxilar inferior) ou boca (p.ex. instrumentos de sopro, metal ou madeira, ou instrumentos de corda)					
15.	Inclina-se com a mandíbula (i.e. maxilar inferior) sobre a sua mão, por exemplo, em concha ou a descansar o queixo na mão.					
16.	Mastiga a comida só de um lado.					
17.	Come entre refeições (isto é, comida que requiere mastigação).					
18.	Fala durante períodos prolongados constante (p.ex. professor, vendedor, apoio ao cliente)					
19.	Canta.					
20.	Boceja.					
21.	Segura o telefone entre a sua cabeça e os ombros.					

QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS

NOME DO PACIENTE:

DATA:

DOR

1. Alguma vez teve dor na mandíbula, região temporal, no ouvido ou na região anterior ao ouvido em algum dos lados?

SIM __ NÃO__ (se resposta negativa, avance para a questão 5)

2. Há quantos anos ou meses atrás começou a sua dor na mandíbula, região temporal, no ouvido ou na região anterior ao ouvido? _____ anos _____ meses

3. Nos últimos 30 dias, que opção descreve melhor a sua dor na mandíbula, região temporal, no ouvido ou na região anterior ao ouvido em algum dos lados? (selecione uma opção)

__ Sem dor

__ Dor que vai e vem

__ Dor sempre presente

(se não há resposta à questão 3, avançar para a questão 5)

4. Nos últimos 30 dias, quais das seguintes atividades alterou a sua dor (quer tenha agravado ou aliviado) na mandíbula, região temporal, no ouvido ou na região anterior ao ouvido em algum dos lados?

	NÃO	SIM
A. Mastigar comida dura.		
B. Abrir a sua boca, ou mover para a frente ou para os lados.		
C. Hábitos como apertar os dentes, ranger ou mastigar pastilha elástica.		
D. Outras atividades como falar, beijar ou bocejar.		

CEFALEIA

5. Nos últimos 30 dias, teve cefaleias incluindo na área temporal ou na cabeça?

SIM __ NÃO__ (se resposta negativa, avance para a questão 8)

6. Há quantos anos ou meses atrás começou a sua cefaleia?

_____ anos _____ meses

-
7. Nos últimos 30 dias, quais das seguintes atividades alterou a sua dor (quer tenha aliviado ou agravado) na mandíbula, região temporal, no ouvido ou na região anterior ao ouvido em algum dos lados?

	NÃO	SIM
A. Mastigar comida dura.		
B. Abrir a sua boca, ou mover para a frente ou para os lados.		
C. Hábitos como apertar os dentes, ranger ou mastigar pastilha elástica.		
D. Outras atividades como falar, beijar ou bocejar.		

RUÍDOS ARTICULARES

8. Nos últimos 30 dias, teve algum ruído na articulação enquanto movia ou usava a sua mandíbula?

NÃO ____
SIM ____ D __ E__

BLOQUEIO FECHADO DA MANDÍBULA

9. Alguma vez teve a sua bloqueada ou presa, mesmo que momentâneo, que não conseguisse abrir completamente?

NÃO ____
SIM ____ D __ E__

(se resposta negativa à questão 9, avançar para a questão 13)

10. Quando a sua mandíbula ficou bloqueada ou presa, foi severo o suficiente para limitar a sua abertura mandibular e interferir com a sua habilidade para comer?

NÃO ____ SIM ____

11. Nos últimos 30 dias, a sua mandíbula bloqueou de maneira a que não conseguia abrir completamente, mesmo que momentâneo, e depois desbloqueou de maneira a poder abrir completamente?

NÃO ____ SIM ____

12. A sua mandíbula encontra-se neste momento bloqueada ou limitada que não lhe permite abrir completamente?

NÃO ____ SIM ____

BLOQUEIO ABERTO DA MANDÍBULA

13. Nos últimos 30 dias, quando abriu a sua boca, a sua mandíbula ficou presa, mesmo que por breves momentos, de maneira que não conseguiu fechar dessa posição de abertura?

NÃO ____

SIM ____ D __ E __

(se resposta negativa à questão 13, exame finalizado)

14. Nos últimos 30 dias, quando a sua mandíbula bloqueou ou ficou presa em posição de abertura, fez alguma manobra de maneira a conseguir fecha-la?

NÃO ____ SIM ____

ELFM – ESCALA DE LIMITAÇÃO DO FUNCIONAMENTO MANDIBULAR

Para cada um dos itens abaixo mencionados, indique o grau de limitação da articulação da mandíbula **durante o último mês**. Se a atividade tiver sido completamente evitada pelo elevado grau de dificuldade marque "10". Se a atividade tiver sido evitada por outras razões além da dor e do grau de dificuldade deixe o item em branco.

	Sem limitação										Limitação severa	
1.	Mastigar alimentos duros.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Mastigar frango assado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Comer alimentos moles sem necessidade de mastigar (p.ex. purê de batata, maçã cozida, pudim, comida ralada).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Abrir a boca o suficiente para beber por uma chávena.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Engolir.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Bocejar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Falar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Sorrir.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ESCALA DE DOR CRÓNICA

1- Nos últimos 6 meses, quantos dias teve dor facial? _____ Dias

2- Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é, exatamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é "ausência de dor" e 10 é a "pior dor possível"?

Ausência de dor		Pior dor possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

3- Nos últimos 30 dias, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é "ausência de dor" e 10 é "pior dor possível"?

Ausência de dor		Pior dor possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

4- Nos últimos 30 dias, em média, qual foi a sua pior dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é "ausência de dor" e 10 é a "pior dor possível"? [isto é, a sua dor usual nas horas em que estava a sentir dor].

Ausência de dor		Pior dor possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

5- Nos últimos 30 dias, aproximadamente durante quantos dias ficou impedido de executar as duas atividades diárias (trabalho, escola ou serviço doméstico) devido à dor facial? ___ __ Dias

6- Nos últimos 30 dias, quanto é que a dor facial interferiu nas suas **atividades diárias**, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é "não interferiu" e 10 é "incapaz de realizar qualquer tarefa"?

Não interferiu		Incapaz de realizar qualquer tarefa
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

7- Nos últimos 30 dias, quanto é que a dor facial interferiu na sua capacidade de **participar em atividades recreativas, sociais e familiares**, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é "não interferiu" e 10 é "incapaz de realizar qualquer tarefa"?

Não interferiu		Incapaz de realizar qualquer tarefa
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

8- Nos últimos 30 dias, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de **realizar o seu trabalho, incluindo as tarefas domésticas**, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é "não interferiu" e 10 é "incapaz de realizar qualquer tarefa"?

Não interferiu		Incapaz de realizar qualquer tarefa
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

QSP-4

Nas últimas duas semanas, com que frequência foi afectado pelos seguintes problemas?

	Nunca	Alguns dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
1. Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a	0	1	2	3
2. Fui incapaz de parar de mi preocupar ou de controlar preocupações.	0	1	2	3
3. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3
4. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3

TOTAL =

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou lidar com outras pessoas?

Não dificultaram ___

Dificultaram um pouco ___

Dificultaram muito ___

Dificultaram extremamente ___

PAG – 7

Durante as 2 ultimas semanas, com que frequência foi perturbado pelos seguintes problemas?

	Nunca	Alguns dias	Mais do que metade dos dias	Quase todos os dias
1 Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a	0	1	2	3
2 Fui incapaz de parar de mi preocupar ou de controlar preocupações.	0	1	2	3
3 Preocupei-me demais com diferentes assuntos.	0	1	2	3
4 Tive dificuldade em relaxar.	0	1	2	3
5 Estive tão inquieto/a que era difícil ficar sossegado/a.	0	1	2	3
6 Estive facilmente incomodado/a ou irritável.	0	1	2	3
7 Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer.	0	1	2	3
TOTAL				

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou lidar com outras pessoas?

Não dificultaram ___

Dificultaram um pouco ___

Dificultaram muito ___

Dificultaram extremamente ___

QSP-9

Nas ultimas duas semanas, com que frequência foi afetado pelos seguintes problemas?

	Nunca	Alguns dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia.	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite.	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a – ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família.	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que as outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro mais do que é habitual.	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

TOTAL =

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou lidar com outras pessoas?

Não dificultaram ___

Dificultaram um pouco ___

Dificultaram muito ___

Dificultaram extremamente ___

Formulário de Examação

Paciente: _____ Examinador: _____ Data: ___/___/___

1a. Localizaão da dor: Últimos 30 dias. (Selecione todas as que se aplicam)

DOR DIREITA

- Nenhuma
- Temporal
- Masséter
- Outros Músculos
- ATM
- Estruturas não mastigatórias

DOR ESQUERDA

- Nenhuma
- Temporal
- Masséter
- Outros Músculos
- ATM
- Estruturas não mastigatórias

1b. Localizaão da cefaleia: Últimos 30 dias. (selecione todas as que se aplicam)

DOR DIREITA

- Nenhuma
- Temporal
- Outra

DOR ESQUERDA

- Nenhuma
- Temporal
- Outra

2. Relações Incisais

Dente de referência:

0 11 0 21

Trespasse Horizontal

se negativo ___ mm

Trespasse Vertical

se negativo ___ mm

Linha Média

se negativo ___ mm

3. Padrão de Abertura (selecione todos os que se aplicam)

- Recto
- Desvio Corrigido

Desvio não corrigido

- Direito
- Esquerdo

4. Movimentos de Abertura

A. Abertura indolor não assistida

___ mm

B. Abertura máxima não assistida

___ mm

LADO DIREITO

LADO ESQUERDO

	Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual		Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual
Temporal	S N	S N	S N	Temporal	S N	S N	S N
Masséter	S N	S N		Masséter	S N	S N	
ATM	S N	S N		ATM	S N	S N	
Outros Musc Mast	S N	S N		Outros Musc Mast	S N	S N	
Não Mast	S N	S N		Não Mast	S N	S N	

C. Máxima abertura assistida

___ mm

LADO DIREITO

LADO ESQUERDO

	Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual		Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual
Temporal	S N	S N	S N	Temporal	S N	S N	S N
Masséter	S N	S N		Masséter	S N	S N	
ATM	S N	S N		ATM	S N	S N	
Outros Musc Mast	S N	S N		Outros Musc Mast	S N	S N	
Não Mast	S N	S N		Não Mast	S N	S N	

D. Terminado? S N

5. Excursões

A. Lateral Direita

___ mm

LADO DIREITO**LADO ESQUERDO**

	Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual		Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual
Temporal	S N	S N	S N	Temporal	S N	S N	S N
Masséter	S N	S N		Masséter	S N	S N	
ATM	S N	S N		ATM	S N	S N	
Outros Musc Mast	S N	S N		Outros Musc Mast	S N	S N	
Não Mast	S N	S N		Não Mast	S N	S N	

B. Lateral Esquerda

___ mm

LADO DIREITO**LADO ESQUERDO**

	Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual		Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual
Temporal	S N	S N	S N	Temporal	S N	S N	S N
Masséter	S N	S N		Masséter	S N	S N	
ATM	S N	S N		ATM	S N	S N	
Outros Musc Mast	S N	S N		Outros Musc Mast	S N	S N	
Não Mast	S N	S N		Não Mast	S N	S N	

C. Protrusão

___ mm

0 se negativo

LADO DIREITO**LADO ESQUERDO**

	Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual		Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual
Temporal	S N	S N	S N	Temporal	S N	S N	S N
Masséter	S N	S N		Masséter	S N	S N	
ATM	S N	S N		ATM	S N	S N	
Outros Musc Mast	S N	S N		Outros Musc Mast	S N	S N	
Não Mast	S N	S N		Não Mast	S N	S N	

6. Ruídos Articulares: movimentos de abertura e fecho

ATM DIREITA					
	Examinador		Paciente	Dor com estalido	Dor Usual
	Abertura	Fecho			
Estalido	S N	S N	S N	S N	(relato positivo de estalido pelo paciente)
Crepitação	S N	S N	S N	S N	

ATM ESQUERDA					
	Examinador		Paciente	Dor com estalido	Dor Usual
	Abertura	Fecho			
Estalido	S N	S N	S N	S N	(relato positivo de estalido pelo paciente)
Crepitação	S N	S N	S N	S N	

7. Ruídos Articulares: movimentos de lateralidade e protrusão

ATM DIREITA					
	Examinador		Paciente	Dor com estalido	Dor Usual
	Abertura	Fecho			
Estalido	S N	S N	S N	S N	(relato positivo de estalido pelo paciente)
Crepitação	S N	S N	S N	S N	

ATM ESQUERDA					
	Examinador		Paciente	Dor com estalido	Dor Usual
	Abertura	Fecho			
Estalido	S N	S N	S N	S N	(relato positivo de estalido pelo paciente)
Crepitação	S N	S N	S N	S N	

8. Bloqueio Articular

	ATM DIREITA			ATM ESQUERDA		
	Bloqueio	Redução		Bloqueio	Redução	
Paciente		Examinador	Paciente		Examinador	
Na abertura	S N	S N	S N	Na abertura	S N	S N
Boca aberta	S N	S N	S N	Boca aberta	S N	S N

9. Dor à Palpação: Muscular e ATM

LADO DIREITO

(1kg)	Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual	Dor Referida
Temporal (posterior)	S N	S N	S N	S N
Temporal (médio)	S N	S N	S N	S N
Temporal (anterior)	S N	S N	S N	S N
Masséter (origem)	S N	S N		S N
Masséter (corpo)	S N	S N		S N
Masséter (inserção)	S N	S N		S N
TMJ	Dor	Dor Usual		Dor referida
Polo Lateral (0.5kg)	S N	S N		S N
Modificada do polo Lateral (1kg)	S N	S N		S N

LADO ESQUERDO

(1kg)	Dor	Dor Usual	Cefaleia Usual	Dor Referida
Temporal (posterior)	S N	S N	S N	S N
Temporal (médio)	S N	S N	S N	S N
Temporal (anterior)	S N	S N	S N	S N
Masséter (origem)	S N	S N		S N
Masséter (corpo)	S N	S N		S N
Masséter (inserção)	S N	S N		S N
TMJ	Dor	Dor Usual		Dor referida
Polo Lateral (0.5kg)	S N	S N		S N
Modificada do polo Lateral (1kg)	S N	S N		S N

10. Dor à Palpação: outros músculos acessórios

LADO DIREITO

(0.5kg)	Dor	Dor Usual	Dor Referida
Região posterior mandibular	S N	S N	S N
Região submandibular	S N	S N	S N
Área do pterigóideo lateral	S N	S N	S N
Tendão do temporal	S N	S N	S N

LADO ESQUERDO

(0.5kg)	Dor	Dor Usual	Dor Referida
Região posterior mandibular	S N	S N	S N
Região submandibular	S N	S N	S N
Área do pterigóideo lateral	S N	S N	S N
Tendão do temporal	S N	S N	S N

11. Diagnóstico

→ Disfunções associadas a dor

- Nenhuma
- Mialgia
- Dor miofascial referida
- Artralgia Direita
- Artralgia Esquerda
- Cefaleia associada a DTM

→ Disfunções ATM direita

- Nenhuma
 - Deslocamento do disco (selecione uma)
- ... com redução
- ... com redução, com bloqueio intermitente
- ... sem redução, com limite de abertura
- ... sem redução, sem limite de abertura
- Doença articular degenerativa
- Deslocação

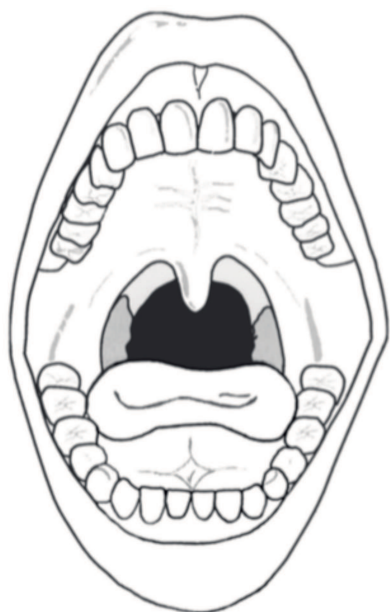
→ Disfunções ATM esquerda

- Nenhuma
 - Deslocamento do disco (selecione uma)
- ... com redução
- ... com redução, com bloqueio intermitente
- ... sem redução, com limite de abertura
- ... sem redução, sem limite de abertura
- Doença articular degenerativa
- Deslocação

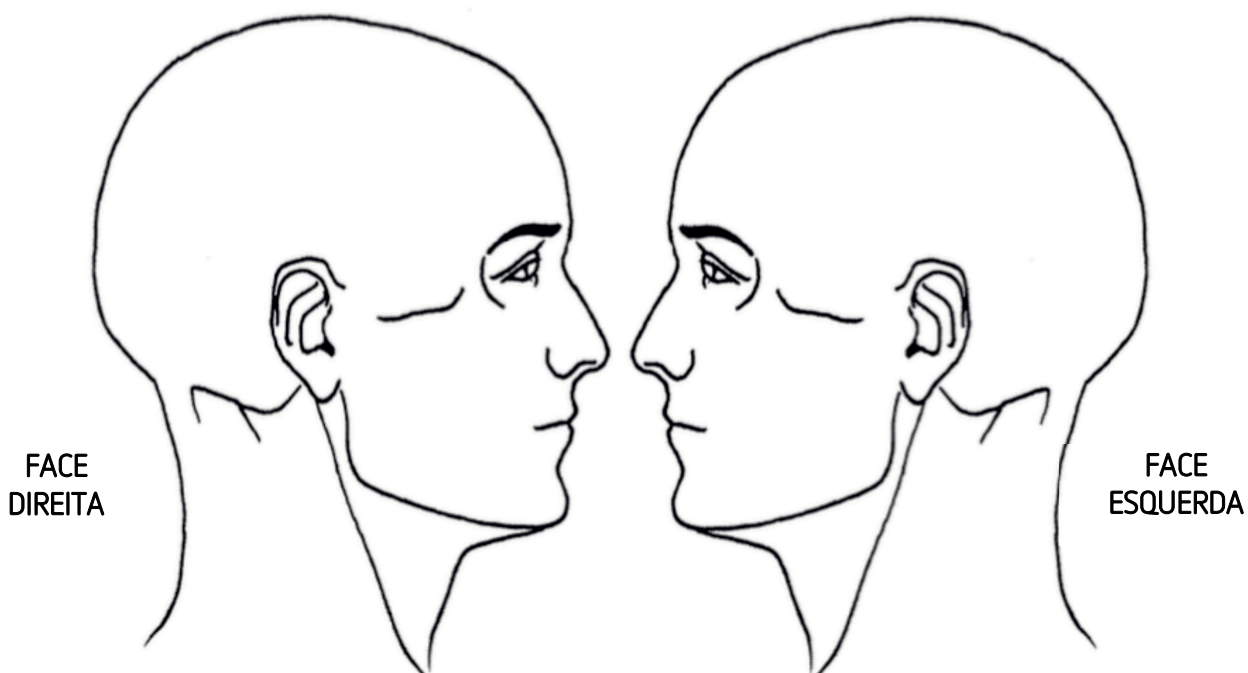
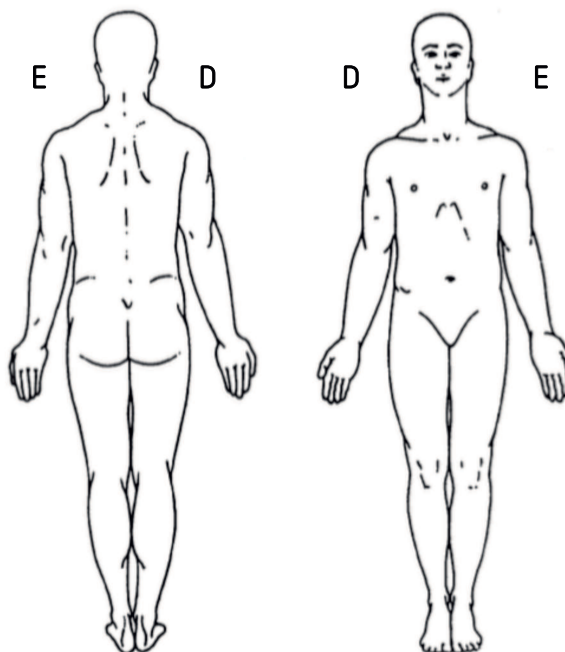
12. Comentários

Desenho da Dor

Indique a localização de todas as diferentes dores que tem, marcando na área do diagrama mais relevante. Se existe uma localização exata da dor, marque com um ponto sólido (●). Se a dor se move de uma localização para outro, utilize setas para exemplificar o trajeto dessa dor.



CAVIDADE ORAL E DENTES



Protocolo de Examinação Clínica

(baseado no protocolo do DC/TMD – disponível no site oficial³⁵)

1- Instruções gerais

1.1- Visão geral da avaliação

a) Restrições impostas pelo DC/TMD: os critérios para diagnóstico exigem que a dor deverá estar presente nos últimos 30 dias. No entanto, o que limita um diagnóstico à dor que estava presente durante os últimos 30 dias pode não ser sensato para uma determinada queixa (por exemplo, um bloqueio doloroso da mandíbula presente há 6 meses, mas o paciente não tenha procurado assistência até agora) ou situações com tempos de espera extremamente longos para conseguir uma consulta. Um quadro formal de diagnóstico é destinado a fornecer uma avaliação eficiente para a maioria dos pacientes, como demonstrado pelos dados de validade DC/TMD; ir mais além desse quadro é permitido quando os sinais ou sintomas assim o exigirem.

b) Aplicações clínicas: Os procedimentos básicos descritos neste documento são suficientes para um exame clínico completo, na grande maioria dos indivíduos com DTM. A seleção destes testes tentou equilibrar a fiabilidade, eficiência e inclusão. Para fins clínicos, o examinador deve tomar a decisão sobre que testes adicionais deseja utilizar.

1.2- Gestão do paciente

a) Posicionar o paciente: sentado confortavelmente na cadeira, numa posição vertical, que poderá ser ajustada à altura. Outras posições poderão ser aceites. A posição da cadeira deve ser ajustada para o melhor conforto tanto do paciente como do examinador.

b) Posição do examinador: o examinador está colocado de frente e do lado direito do paciente. Esta posição permite ao examinador executar a avaliação completa usando cada mão conforme é requerido nos exames, enquanto a outra mão estabiliza a cabeça ou a mandíbula do paciente. Para procedimentos que ocorrem num lado à vez (por exemplo, movimentos laterais da mandíbula, palpções), a intenção é o examinador usar as mãos direita e esquerda simetricamente; por exemplo, o examinador usa a sua mão esquerda para palpar o lado direito do paciente e a mão direita para palpar o lado esquerdo do paciente. Se forem necessárias alterações nessa configuração básica do paciente sentado na posição vertical e examinador de pé à direita do paciente (por exemplo, um paciente com uma condição médica

que precisa de se sentar numa cadeira reclinada), o examinador provavelmente precisará de modificar a sua posição em relação ao paciente.

c) Postura da mandíbula: há três posições estáticas da mandíbula neste exame: posição de conforto, onde a mandíbula está fechada (isto é, lábios em contacto, para a maioria dos indivíduos) e os dentes não estão em contacto; posição de máxima intercuspidação (PMIC), onde a mandíbula está fechada e os dentes fazem o máximo de contactos possíveis; e posição em que a mandíbula está no fim do movimento (abertura). A menos que sejam dadas instruções para o contrário, a mandíbula deve manter-se em posição de conforto. Procedimentos que requerem que o paciente coloque os dentes em contacto referem-se à PMIC; PMIC é obtida pedindo ao paciente que “coloque os seus dentes o mais juntos possível” ou “onde os seus dentes detrás encaixam melhor”. A PMIC nos pacientes de dupla mordida, deve ser obtida pedindo ao paciente para cerrar de forma a manter os dentes juntos com a mandíbula na posição mais posterior.

d) Portadores de próteses: pacientes com próteses devem ser examinados com a prótese em boca caso estas sejam estáveis. Se a prótese se encontra desajustada, o examinador deve-a estabilizar, se possível, fazendo compressão sobre o alvéolo para as medições que usam os dentes como referência. Se não se consegue estabilizar a prótese, então esta deve ser removida; na secção 12 do formulário de exame deve então indicar-se que a prótese foi removida e que as medidas foram feitas usando os tecidos moles como ponto de referência, indicando também esses pontos de referência.

e) Placas de mordida e outros dispositivos removíveis que não substituem dentes: devem ser removidos no início do exame.

f) Instruções para o paciente: discurso do examinador, com pausas e inflexão da voz, são geralmente suficientes para um bom fluxo das instruções pelo examinador e com ação sobre o paciente. Se necessário, o paciente deve ser lembrado a ouvir a instrução completa antes de executar o processo requerido.

1.3- Complementos de examinação

a) Sequência dos procedimentos de examinação: a colheita dos dados de examinação deve seguir a sequência dos testes específicos.

b) Completar todos os itens: é necessário completar todas as perguntas e examinações, a não ser que o paciente se recuse ou esteja impossibilitado de cooperar. Neste caso, escrever "RC" (recusa) no formulário de exame ao lado desse item de exame. Quando o procedimento está incompleto devido a recusa, não é descrita mais nenhuma informação a não ser a de recusa.

c) Repetição dos itens de exame: o examinador pode repetir o procedimento se os resultados forem inconsistentes, se o paciente é incapaz de fornecer uma resposta clara ou se o paciente requer que algum procedimento seja repetido.

d) Barreiras físicas à exame: pacientes podem apresentar barba, colar cervical, tranças no cabelo, ou outras potenciais barreiras físicas que possam interferir com a exame.

1.4- Medições e Movimentos

a) Preparação da régua: se necessário, uma régua milimétrica é preparada cortando a ponta até à marca zero. A largura da régua na ponta deve ser o suficiente para permitir que esta seja colocada no bordo incisal sem deslocar.

b) Medidas milimétricas: todas as medições devem ser registradas com duplo dígito; por exemplo, uma medição de 41.7mm é arredondada para 41mm e registrada apenas com número inteiro. As medições são arredondadas ao número inteiro inferior mais próximo. Todos os ressaltos verticais e horizontais e movimentos protrusivos que possam ter sinal negativo, são indicados no campo de resposta apropriado no formulário de exame.

c) Medições da amplitude do movimento: medições milimétricas dos movimentos de abertura, protrusão e excursões laterais são registradas como descritas nas especificações. Medições da relação incisal são incluídas na exame para que as medições dos diversos movimentos possam refletir a verdadeira extensão do movimento de abertura, protrusão e excursões laterais da mandíbula. O examinador não faz estas correções durante a exame; em vez de isso, o examinador registra os valores observados e qualquer ajuste é feito depois da exame estar completa.

c1. Movimentos verticais da mandíbula são corrigidos adicionando o trespasse vertical; se o trespasse vertical é negativo devido a mordida aberta anterior, então o trespasse vertical negativo é subtraído ao observado no movimento de abertura.

c2. Excursões laterais são corrigidas adicionando ou subtraindo a discrepância da linha média, sendo determinada pela discrepância entre a linha média maxilar e mandibular. Se alguma das linhas médias foi omitida por criação de uma referência de linha média arbitrária, o princípio continua o mesmo, mas o valor que é adicionado ou subtraído é o "0".

c3. Movimentos protrusivos são corrigidos por adição do trespasse horizontal à medição do movimento protrusivo. Quando há mordida cruzada anterior, o trespasse horizontal tem valor negativo que é adicionado ao valor protrusivo. Quando o trespasse horizontal severo (registado como número positivo) é acompanhado por protrusão mandibular que termina posterior aos dentes maxilares (registado como número negativo), a soma dos dois valores indica a extensão do movimento mandibular na protrusão.

d) Movimento mesmo que doloroso. Com uma exceção [abertura sem dor], sempre que o paciente move verticalmente ou lateralmente a sua boca, deve ser instruído a mover o máximo possível nessa direção, mesmo que doloroso.

e) Movimento não assistido. Movimentos com fim de aferir a amplitude do movimento ou presença de ruídos articulares, são feitos sem qualquer tipo de assistência por parte do examinador. Apenas na abertura máxima assistida, a mandíbula é ativamente forçada pelo examinador. O examinador pode tocar no paciente indicando a direção do movimento que se pretende.

1.5- Classificação das estruturas anatómicas

a) Descrição do problema. Quando o paciente aponta para a localização onde sente dor (seja pela história clínica ou durante a examinação), pode ser óbvio para onde está a apontar ou então, por exemplo, no caso de apontar para a área pré-auricular ou regiões periféricas das estruturas, poderá ser mais complicado. Quando o paciente aponta para a área pré-auricular, as estruturas associadas com dor podem ser tanto a articulação, músculos ou ambos. Quando aponta para uma região periférica de um músculo, as estruturas associadas com a dor podem não estar associadas com o tecido muscular. Os seguintes procedimentos promovem identificação fiável de que estrutura (músculo, articulação ou ambos) está associada com a dor relatada pelo paciente.

b) Identificar as áreas associadas com a dor. A primeira vez que o paciente aponta para uma localização que é incerta a nível de identificação anatómica, o examinador deve investigar as possíveis estruturas subjacentes.

b1. Paciente aponta para as localizações de dor. Quando o paciente indica que um teste de mobilidade é doloroso, o examinador determina a(s) localização(ões) da dor induzida durante o procedimento, pedindo ao paciente para apontar as áreas de dor. O examinador determina que área(s) o paciente indicou e regista todas as regiões selecionadas (disponíveis dependendo do item): temporal, masséter, submandibular, mandibular posterior, pterigóideo lateral, tendão do temporal e ATM. Se o paciente relata a localização de dor como por exemplo “a minha articulação”, o examinador deve pedir ao paciente para apontar para a localização.

b2. Examinador toca a área. É essencial que o examinador identifique corretamente a(s) área(s) que o paciente indica. Para assegurar a fiabilidade, o examinador pode colocar o seu dedo na(s) área(s), e /ou o paciente pode colocar o dedo do examinador na(s) área(s) que o paciente indicou como a(s) localização(ões) da sua dor.

b3. Examinador toca as áreas incertas. Se as localizações da dor que o paciente indica são imprecisas para o examinador, este pode tocar fora da área que o paciente indica de forma a eliminá-la como possível área dolorosa.

c) Classificar as estruturas. O próximo passo é o examinador classificar a(s) área(s) indicada(s).

c1. Área pré-auricular. Se é pouco claro para o examinador se o paciente quando aponta para a área pré-auricular, se refere à articulação, a um músculo mastigatório, ou a ambos, a identificação das estruturas subjacentes requiere dois passos para determinar os marcos que limitam a região do côndilo e do músculo masséter.

c1.i. Passo 1: identificar a localização do côndilo. Se o côndilo pode ser palpado, a aplicação de uma pressão leve na localização presumível do côndilo, enquanto a mandíbula se encontra numa posição confortável de fecho, pode ser suficiente para identificar a área condilar e a zona de dor que o paciente relata. Se a localização do côndilo não pode ser bem identificada através de uma leve palpação, então o côndilo deve ser transladado (quer por abertura quer por protrusão) de forma a obter uma localização mais precisa da estrutura. Enquanto o examinador posiciona o seu dedo na área indicada pelo paciente como sendo o local de dor, o examinador pede ao paciente que “mova a sua mandíbula para a frente até eu

dizer para parar e depois deslize a mandíbula para trás para uma posição confortável”. O examinador identifica a localização do côndilo em relação à área que o paciente refere dor e determina se a área da queixa de dor está associada ao côndilo ou não.

c1.ii. Passo 2: identificar a fronteira posterior do músculo masséter. O examinador ordena: “agora aperte os seus dentes e depois relaxe”.

c2. Margem muscular: se o examinador necessita de localizar uma área específica de um músculo mastigatório, pede ao paciente, por exemplo, no caso do temporal e masséter: “preciso que aperte os seus dentes e depois relaxe mantendo os dentes ligeiramente afastados entre si”. Outras manobras também podem ser requeridas, dependendo do grupo de músculo que precisa ser identificado. Se a queixa de dor está localizada junto à margem muscular e não é claro a que músculo a dor está associada, o examinador pede ao paciente para apertar os dentes (ou mover a mandíbula contra uma resistência leve) e palpa de maneira a localizar os limites do músculo.

c3. Intra-oral: se a queixa de dor do paciente é dentro da cavidade oral, pode ser mais difícil classificar com precisão a estrutura. Um método eficiente é o seguinte: (1) pedir ao paciente para apontar a área dolorosa ao procedimento; (2) o examinador com o seu dedo e, se necessário com a ajuda do paciente, toca no local doloroso; (3) o examinador classifica a área que tocou.

c4. Dor referida: quando a dor é referida a uma estrutura profunda, é muito complicado para o paciente demonstrar a localização da mesma. De qualquer das formas, pedir ao paciente para mostrar a localização e então classificar.

d) Examinador toma a decisão: a decisão do examinador relativamente à localização é feita com base na determinação das estruturas pelo mesmo.

e) Registo da estrutura dolorosa: baseado na área de dor localizada tanto pelo paciente como pelo examinador durante os movimentos.

e1. “Articulação”: se o polo lateral é sentido pelo dedo do examinador quando colocado na área de queixa de dor, estando a mandíbula em “posição confortável” – isto é depois do paciente protruir e voltar para a sua “posição confortável”

e2. “Músculo masséter”: se a contração do músculo durante o “apertar” pode ser sentido com o dedo quando colocado na área de queixa de dor.

e3. A decisão do examinador é feita baseada no feedback do paciente assim como nos achados do examinador. Por exemplo se o paciente indica dor “na articulação”, mas o examinador identifica a localização no músculo, o examinador deve registrar apenas “músculo” como localização de dor.

e4. “Articulação” e “músculo” ambos podem ser localizados como local de queixa de dor na região pré-auricular.

1.6- Verificação de que a história de dor é nas estruturas temporomandibulares.

a) Examinador verifica localização da dor pelo historial: diagnóstico de acordo com o *DC/TMD* requer que o auto-relato da queixa de dor seja verificada pelo examinador como dor que está localizada no sistema mastigatório. O examinador verifica a dor pelo historial, tocando nas áreas de interesse e questionando se a dor tem estado presente nessas áreas. O período de tempo para o diagnóstico pelo *DC/TMD* são os “últimos 30 dias”, que poderá ser adaptado dependendo das circunstâncias.

b) Inquérito do paciente: o questionário dos sintomas que consta no *DC/TMD*, permitirá inquirir sobre a presença de dor. No entanto, qualquer resposta positiva é verificada pelo examinador.

c) Avaliação iterativa da localização de dor pela história: à medida que procede a examinação e o paciente refere dor usual em resposta aos procedimentos efetuados, o paciente poderá referir áreas adicionais de dor que anteriormente não referiu em resposta à primeira questão de examinação (E1); a primeira pergunta do formulário de examinação (E1) deve ser então atualizada consoante a necessidade para que todas as áreas de dor nos últimos 30 dias sejam registadas.

1.7- Palpação

a) Seleção dos locais de palpação: pesquisas indicam que os procedimentos de palpação dos músculos masséter e do temporal são os mais fiáveis e os mais importantes, dados do *Validation Project* demonstram que estes dois músculos bilateralmente são suficientes para concluir o diagnóstico 99% das vezes. Embora os falsos negativos sejam de 1% usando apenas estes dois músculos bilateralmente, em âmbito clínico, poderá ser necessário incluir a palpação dos músculos menos fiáveis de maneira a promover uma examinação mais abrangente

relativamente à queixa do paciente. Ou seja, se o masséter e o temporal são negativos para a dor à examinação, a examinação de outros músculos suplementares (ptérgio lateral, área mandibular posterior, área submandibular, tendão temporal) poderá ser positiva e permitir o diagnóstico de dor miofascial nos músculos mastigatórios. Recorrendo apenas à palpação do masséter e temporal permite uma examinação rápida e mais eficiente apenas com uma ligeira diminuição na sensibilidade do diagnóstico.

b) Palpação de examinação básica: palpação para a dor é executada aplicando pressão, ou de 0.5kg ou de 1kg, dependendo da estrutura, na medida de testar a resposta da dor. Este procedimento deve ser distinguido da pressão leve que é feita quando tocamos na pele para identificar a localização da dor relatada e identificar as estruturas subjacentes à pele. A palpação para a dor consiste em duas fases: o contacto inicial com a pele e aumento da pressão até à desejada (fase de aumento), e mantendo essa pressão constante por um período de tempo (fase de força constante). Depois de um aumento da pressão até à desejada, é necessário manter essa magnitude de pressão pelo menos durante um segundo inteiro, uma vez que parte do procedimento de palpação de 2 segundos irá incluir o tempo para o aumento da pressão até à desejável e posterior diminuição.

c) Quantos dedos? Um dedo é recomendado de maneira a melhor padronizar a examinação.

d) Palpação bilateral simultânea? Examinar os dois lados ao mesmo tempo é mais eficiente que fazer um lado de cada vez. No entanto, para obter máxima segurança no relato de dor do paciente, quer a de dor usual ou de dor referida a outra estrutura, examina-se um lado de cada vez.

e) Duração da palpação. A aplicação de uma pressão adequada para avaliar a dor através da palpação requer que cada procedimento, para uma primeira palpação de examinação, tenha uma duração de pelo menos 2 segundos, se se pretende um diagnóstico de mialgia, pelo menos 5 segundos são necessários para diagnosticar qualquer um dos tipos de mialgia (mialgia local, dor miofascial, dor miofascial referida).

f) Procedimento: depois de instruir o paciente, o examinador palpa o local alvo aumentando a pressão até à desejada (por exemplo 1kg) e mantém a pressão por tempo apropriado. Os tempos recomendados são de 2 segundos (se apenas o diagnóstico mais simples de mialgia é suficiente) ou durante 5 segundos (se o diagnóstico de dor referida é de interesse). Depois, é feito o inquérito de Dor Usual e, se positivo, o inquérito de Dor Referida. Todos os

músculos acessíveis devem ser palpados, consoante as circunstâncias (isto é, queixa do paciente que sugere a dor referida e a possível estrutura anatômica com a dor referida).

g) Confirmação da ausência de dor: durante os procedimentos de palpação, o paciente é instruído a relatar a dor posteriormente à aplicação da pressão.

1.8- Dor Usual

a) "Dor Usual" definição e base lógica: se o paciente relata "dor" à examinação, o examinador pergunta se essa dor é usual e "usual" é sempre em relação à dor de queixa fora do âmbito clínico. Para o paciente, esta dor é similar à razão que o fez procurar tratamento. A nível de *DC/TMD*, "dor usual" é definida como sendo a dor que é "similar" ou "igual" à dor clínica individual, independente da intensidade do procedimento clínico e experimentada pelo paciente na região anatômica em questão nos últimos 30 dias. O examinador relembra ao paciente que o objetivo da examinação é replicar/imitar a dor do paciente para localizar a sua fonte. "Dor Usual" é um critério para o diagnóstico de dor porque a replicação da dor é essencial para o diagnóstico diferencial. O objetivo de conseguir a replicação da dor é para que o paciente possa descrever a dor provocada da mesma maneira, uma vez que correspondem ao mesmo tipo de dor. Além disso, a prova de "dor usual" permite ao examinador a oportunidade de explorar a dor do paciente de uma forma mais completa, investigando o contexto, frequência e localização dos sintomas de dor, a fim de determinar a relevância para a queixa principal.

b) Exame "dor usual". Para qualquer procedimento que produza dor, o examinador pergunta sempre se essa dor é usual/similar à dor que o paciente tem sentido nessa zona nos últimos 30 dias.

c) Período de tempo para dor. Para o diagnóstico de dor através do *DC/TMD*, o período de tempo padrão para o diagnóstico de dor são os últimos 30 dias. Isto significa que a **Dor Usual** para ser confirmada, deverá ter ocorrido nos últimos 30 dias. Dor que ocorreu previamente ao período dos últimos 30 dias não é aceite como **Dor Usual** para a examinação e é registada como [não]. Alguns protocolos ou situações clínicas específicas podem requerer um período de tempo adaptado, que deverá ser documentado no registo clínico e bem explicado.

d) Fatores agravantes. Há três variáveis que podem afetar o relato do paciente no que toca à possível dor usual: localização, características temporais e intensidade. Localização e

características temporais podem ser facilmente contornadas através de exames apropriados, já a intensidade torna-se mais complexa.

d1. Localização. Para queixas de dor unilateral (paciente assintomático de um dos lados e sintomático no outro – últimos 30 dias), se o paciente refere que o procedimento induz dor usual no lado assintomático, o examinador deve fazer o seguinte:

- i. verificar o(s) lado(s) e localizações específicas dos sintomas nos últimos 30 dias;
- ii. verificar se a dor usual no lado que foi referido como assintomático (E1) ocorreu nos últimos 30 dias e verificar se essa dor é usual;
- iii. voltar a E1 e atualizar o registo.

d2. Características de intensidade. O objetivo é detetar as características qualitativas da dor que são “iguais” ou “similares” à dor sentida. Quando a intensidade é considerada pelo paciente como característica e, atribui um “não” como resposta à dor, será ideal questionar “independentemente da intensidade, a dor que sentiu é igual ou similar à sua dor usual?”

e) Cefaleia Usual.

e1. Verificar a história da cefaleia. O examinador determina se o paciente tem história de cefaleia atual. A presença de cefaleia(s) na região temporal é avaliada na primeira parte do exame, ao questionar o paciente sobre as localizações da cefaleia e questionando sobre cefaleias quando o paciente refere dor usual no músculo temporal por qualquer procedimento. Se o paciente refere cefaleia na região temporal, os procedimentos de exame que induzem dor na região temporal são seguidos pela questão de Cefaleia Usual que diz respeito a qualquer cefaleia localizada nessa área nos últimos 30 dias; esta questão não é restrita a nenhum tipo específico de cefaleia. Se o paciente tem história positiva de cefaleia na área temporal, então o examinador determina se o procedimento que induziu a dor, simula a cefaleia do paciente na região temporal perguntando “quando abre amplamente a boca e é doloroso, essa dor foi como a dor da cefaleia nessa região da sua cabeça?” ou “quando pressiono nesta área, essa dor foi como a sua cefaleia nessa região da cabeça?” clarificando para esta questão o significado de dor usual.

1.9. Dor Referida

a) Definição. Dor é considerada *Dor Referida* se o paciente refere dor fora dos limites do músculo ou da articulação que estão a ser apalpados (isto é, noutra estrutura). Não é dor

referida quando o paciente relata dor que se difunde da área de provocação, mas mesmo assim localiza-se dentro dos limites do músculo ou articulação em questão.

b) Localização. Se o paciente relata dor como resultado da palpação muscular ou articular, este é questionado se sente dor noutra localização (isto é, noutra estrutura) fora da área que o examinador apalpa e, se sim, que aponte para esse local. Se a dor referida é profunda, então o paciente deve apontar para a pele ou mucosa que a recobre.

c) Dor difusa. O *DC/TMD* tem um critério para “dor difusa” que é definida como dor que se estende fora da área de estimulação, mas não fora dos limites do músculo que é apalpado.

1.10. Questionário de dor relacionada com a examinação

a) Estrutura do questionário. Há um padrão de questões para a presença de dor, quer para dor usual, cefaleia usual e onde essa dor é sentida. O inquérito de dor começa com a questão de examinação específica baseada num procedimento particular. A entrevista à dor é composta por uma hierarquia padronizada de perguntas. Perguntas adicionais serão necessárias se o paciente responde de maneira distinta.

b) Respostas ambíguas. Quando questionado, o paciente deve clarificar indicando “dor” ou “não dor”. Se o paciente dá outras descrições (por exemplo, pressão, aperto, desconforto, etc) o examinador deve clarificar com “isso é dor ou não?”. Se a cefaleia é um foco primário da examinação então a questão tem de ser modificada para “isso é cefaleia ou não?”. Nenhuma outra questão é fornecida para abordar esta ambiguidade. A intenção é esclarecer e não levar o paciente no sentido de tornar respostas específicas.

c) Repetir o questionário. Uma simples pergunta como “teve dor [durante o procedimento]?” pode ser encurtada depois de algumas vezes usada para “dor?”. Examinadores são encorajados a desenvolver versões mais curtas depois de várias repetições.

d) Realização eficiente. Depois de algumas respostas positivas aos procedimentos de provocação de dor, o examinador pode instruir o paciente a responder de forma abreviada. Por exemplo, o paciente pode ser instruído a responder, em caso de resposta positiva, “sim, usual” ou “sim, não usual”.

1.11- Formulário de exame

a) Realização de todos os itens. Só em caso de um procedimento ser indicado como suplementar, um procedimento deve ser sempre realizado. A realização do procedimento não significa completar todos os pontos desse item (explicação na secção seguinte). O formulário é destinado a ser um registo do que é normal, assim como do anormal, portanto apresentar os resultados negativos (como [N]) é tão importante quanto apresentar os resultados positivos. Completar todos os itens de maneira a garantir uma boa base para as decisões. Procedimentos “suplementares” são usados quando circunstâncias clínicas assim o exigem.

b) Estrutura lógica. Enquanto que todos os itens devem ser respondidos, nem todas os campos de resposta necessitam de o ser. Questões 1, 2 e 3 são questões típicas e simples. As restantes secções utilizam uma examinação condicionada, ou seja, vai depender do relato do paciente.

b1. Se a resposta do inquérito inicial sobre presença de dor ao procedimento é relatada pelo paciente como “não”, então registar [N]. Todas as outras opções de resposta para esse item são deixadas em branco uma vez que não é necessária qualquer resposta.

b2. Se a resposta inicial ao inquérito sobre presença de dor é “sim”, registar [S] para **Dor**. Consequentemente, uma série de outras questões são feitas pelo examinador, dependendo do tipo de procedimento do exame que induziu a dor.

b3. Dor Usual e Cefaleia Usual coexistem paralelamente no formulário porque alguns indivíduos relatam dor na região temporal sendo diferente da “cefaleia” temporal.

b4. Uma resposta de **Dor Referida** é registada se **Dor** é afirmativa, independentemente se há **Dor usual** ou **Dor de Cabeça Usual**.

b5. Exemplo. Na questão 4B, se o paciente relata apenas dor no temporal direito e masséter direito durante a abertura máxima não assistida, [S] é marcado na coluna de Dor para temporal direito e o examinador prossegue com o questionário, perguntando se a dor é usual, se a dor provocada é uma cefaleia usual e se essa dor é referida. Para o músculo masséter, o examinador apenas questiona se essa dor é usual e se é referida. Para todos os outros músculos e ambas as ATM, [N] é marcado na coluna de Dor e como as outras colunas não se aplicam, deixam-se em branco.

c) Descrição da estrutura do formulário. As secções condicionadas da examinação são as seguintes.

Questões 4 e 5 que usam uma estrutura condicionada como ilustrada no exemplo.

Nas questões 6 e 7, os campos de resposta são divididos em *Examinador* e *Paciente*. A secção do paciente começa com a resposta condicionada que se completa apenas se o paciente diz "sim" (registar como [S]) à presença de estalidos, então o examinador avança para a questão relativamente à dor relacionada com os ruídos da articulação.

Na questão 8, *Bloqueio* é registado como um evento observado durante qualquer altura da examinação, e o campo de resposta de *Redução* tem de ser preenchido. Se o bloqueio é registado como "não" então todos os outros campos são deixados em branco.

Na questão 9 e 10, se a Dor à palpação não é registada, então [N] é marcado e a restante linha para o músculo é deixada em branco. Se dor à palpação é positiva, então é feita uma palpação mais demorada e é feita a examinação relacionada à dor para completar as secções de Dor usual, cefaleia usual e dor referida.

d) Comentários do examinador. Secção 12 do formulário permite um espaço para escrever informação adicional. É opcional.

2. Descrição dos Procedimentos de Examinação do DC/TMD

2.1- informação de identificação

O nome do paciente, o nome do examinador e a data encontram-se no topo do formulário. Outra informação de identificação pode ser incluída nesta secção por inclusão de campos adicionais.

2.2- Instruções ao paciente

Instruções padronizadas incluem o estabelecimento de relação com o paciente, explicando o que a "dor" significa para fins de exame, a introdução de "dor usual" e "cefaleia usual", salientando que o período de tempo de interesse são os 30 dias anteriores.

2.3- Confirmação pelo examinador dos locais de dor e cefaleia

Base lógica. Pacientes tipicamente descrevem na história de dor a localização dos sintomas em termos anatómicos (isto é, "ATM", "articulação"). O examinador deve, no entanto,

nomear essas áreas de sintomas através da identificação anatômica padronizada. As instruções para a examinação são para que o paciente aponte para a área em vez de indicar a área pelo nome. O primeiro passo da examinação é orientar o paciente às áreas de interesse para a dor e outros sintomas, seguida da confirmação pelo examinador das estruturas anatômicas com queixa de dor.

Áreas de examinação. O examinador identifica áreas na cabeça e na face que são abordadas neste exame para avaliar a dor. O objetivo desta instrução é reduzir relatos de sintomas associados com outras áreas que não são relevantes para esta análise.

Procedimento. As áreas de interesse para o relato de sintomas são identificadas através de um toque leve, com o examinador a tocar cada região à vez, sem nunca as nomear. O examinador deve informar ao paciente que a sua cabeça e face vão ser examinadas nas áreas indicadas e toca bilateralmente em todas as áreas do temporal, masséter, ATM, mandibular posterior e músculo submandibular. O examinador informa que a dor dentro da boca também deve ser referida.

E1_a Dor. Perguntar ao paciente se sentiu dor em alguma área identificada nos últimos 30 dias. O examinador questiona sobre localizações específicas de dor e deve pedir ao paciente para apontar para essas áreas que sentiu a dor nos últimos 30 dias. O paciente deve sempre referir todas as áreas de dor. O examinador confirma essas localizações.

E1_b Cefaleia. Peça ao paciente para indicar todas as localizações de cefaleia que sentiu nos últimos 30 dias. Em caso afirmativo, peça para apontar com um dedo para essas áreas. De seguida, o examinador deve confirmar essas localizações. Se o paciente questiona sobre "cefaleia" ser diferente de "dor" (como no item anterior, E1_a), informar o paciente que cada pessoa experimenta a dor de forma diferente, e se uma dor particular, é experimentada como uma "cefaleia", então essa deve ser relatada. Opções de localização são cefaleia "temporal", "outros", e "nenhum" para cada um dos lados. Por exemplo, uma dor de cabeça frontal bilateral seria indicada como "outros" em cada lado.

Repita a avaliação. Durante o decurso do exame, a localização da dor é avaliada como resposta aos procedimentos de provocação de dor. O paciente durante o decorrer do exame

poderá relatar dor numa área não identificada anteriormente em E1. O examinador volta a E1 e confirma com o paciente que esta nova área, que não foi previamente referida, deve ser incluída. As respostas nas secções E1_a ou E1_b são também atualizadas. Podem ser adicionadas novas áreas como também poderão ser removidas.

E2_Relações incisais

Base lógica. Os incisivos mandibulares e maxilares servem como referências estáveis para medições fiáveis da amplitude de movimento mandibular tanto vertical como horizontal.

Geral. A ausência de ambos os incisivos maxilares, sem substituição protésica, desafia a fiabilidade desta medição. Tipicamente, a papila nasopalatina é usada como referência maxilar ou o incisivo lateral também poderá ser usado. Referências fiáveis nos edêntulos a nível mandibular são mais difíceis de estabelecer; tipicamente, é usada a linha média estabelecida.

Seleção dos dentes de referência maxilares e mandibulares. Considerando a posição e forma dos incisivos maxilares e os seus antagonistas mandibulares, selecione o incisivo central superior direito (#11) como dente de referência maxilar se o bordo incisal é horizontal, se se encontra relativamente bem posicionado no arco dentário e se o incisivo inferior oposto cumpre critérios semelhantes. Caso contrário, selecione o incisivo central superior esquerdo (#21) caso o incisivo central antagonista cumpra melhor estes critérios. Note que o centro mesiodistal do bordo incisal do dente de referência maxilar será a posição de referência maxilar para todas as medições dos movimentos verticais e protrusivos. A posição de referência do dente mandibular de referência é a parte do dente que se opõe ao centro mesiodistal do dente maxilar de referência e também será usado para todas as medições de movimentos verticais e protrusivos.

Linha de referência – trespasse vertical. Com os dentes posteriores em PMIC (completamente juntos, “onde encaixam melhor”), é marcada com lápis, uma linha horizontal onde o centro do bordo incisal do dente maxilar de referência se sobrepõe ao antagonista. Inverta estas instruções na presença de mordida cruzada anterior. Assegurar que a linha de visão do examinador está paralela ao plano oclusal horizontal para minimizar o erro na colocação da linha.

Linha de referência – linha média maxilar e mandibular. Inspeccione a relação entre a linha média dos incisivos centrais superiores e a linha média dos incisivos centrais inferiores. Se, um incisivo central superior está ausente selecione o bordo incisal mesial do incisivo central

presente como referência. Se nenhum dos incisivos centrais estão presentes, selecione a papila nasopalatina como referência. Se existe diastema, considere o bordo mesial do incisivo superior de referência. Use um dente protésico se presente. Se a discrepância entre as linhas maxilares e mandibulares é menos de 1.0mm, então selecione a linha média mandibular como a linha de referência mandibular para movimentos excursivos laterais e considere que as linhas médias têm um desvio de "00" mm. Se a discrepância é 1.0 mm ou mais, então meça a distância entre as duas linhas médias, arredonde para o milímetro inteiro mais baixo, e registre no formulário de exame. Deve registrar a direção "direita" ou "esquerda" do desvio da linha mandibular da linha maxilar.

Trespasse horizontal. Medir a distância desde a superfície vestibular do incisivo mandibular de referência à superfície vestibular do incisivo maxilar de referência. Se existe mordida cruzada anterior, o campo de resposta "se negativo" no formulário de exame deverá ser preenchido.

Trespasse vertical. Medir a distancia entre o bordo do incisivo mandibular à linha horizontal marcada e registrar. Inverta estas instruções se existe mordida cruzada anterior e meça a distância no incisivo maxilar. Se existe mordida aberta, a medição é feita entre os bordos incisais maxilares e mandibulares com a mandíbula em PMIC. A medição da mordida aberta é registada como sendo negativa e o campo de resposta "se negativo" deverá ser preenchido.

E3_Padrão de Abertura (suplementar)

Base lógica. Dada a dificuldade de fazer uma avaliação fiável, este procedimento não foi incluído como um componente central da *DC/TMD*. No entanto, o teste foi considerado útil para diagnóstico comum de deslocamento do disco sem redução, para diagnósticos menos comuns (por exemplo, contracturas musculares) e para a identificação de padrões adaptativos, tais como dor unilateral do masséter ou deslocamento do disco.

Guia vertical e posição inicial. Uma linha de referência vertical para monitorizar os movimentos mandibulares talvez seja o melhor método. Embora existam muitas abordagens, a linha média do maxilar ou da marca vertical sobre os incisivos é simples de usar. Os dentes devem estar em PMIC antes de começar o procedimento, a fim de observar quaisquer desvios laterais no fecho completo, ditados pela oclusão e, para assegurar que os discos condilares que possuem deslocamento, iniciem o movimento de abertura numa posição correta. A cabeça do

paciente não deverá estar virada para um dos lados para conveniência do examinador, uma vez que altera os movimentos dinâmicos da mandíbula durante a abertura. O examinador poderá levemente deprimir o lábio inferior para melhor visualizar os pontos de referência dentários. Poderá ser usada uma régua milimétrica, mantida na vertical, como um guia ao alinhar com a linha média de referência.

Padrão de abertura. O examinador pede ao paciente para *lentamente* abrir três vezes, observando o *paciente diretamente de frente*, os movimentos da mandíbula no plano frontal em paralelo com o plano sagital médio. A abertura lenta é solicitada, a fim de visualizar todos os movimentos não lineares. Um ritmo de dois a três segundos desde a posição fechada à posição totalmente aberta, será suficiente enquanto que, um segundo poderá ser suficiente para uma abertura limitada. Se o paciente apresenta mais de um padrão de abertura deve-se registrar todos os padrões de acordo com os seguintes critérios. Sequências de abertura adicionais são permitidas caso o examinador precise de clarificar a observação. Note-se que apenas os padrões de abertura são registrados.

- a) Reto. Não há desvio ou este é minimamente perceptível ($< 2\text{mm}$). Escolha esta opção se há incerteza quanto à presença de desvio. Se qualquer desvio é minimalista e inconsistente, escolha esta opção.
- b) Desvio corrigido (inclui direita, esquerda ou ambas). A mandíbula exibe um desvio perceptível ($\geq 2\text{mm}$) para a direita e/ou esquerda, mas retorna à linha média antes ou quando atinge a abertura máxima não assistida. Note que se a abertura é reta mas ao fechar exibe um claro desvio, o padrão de abertura é registrado como reto.
- c) Desvio não corrigido. (especificar se é direito ou esquerdo). Desvio da mandíbula $\geq 2\text{mm}$ da linha média quer para a direita ou esquerda com máxima abertura não assistida.

E4_Movimentos de Abertura

Visão geral. As medições são feitas entre os bordos incisais dos dentes de referência maxilares e mandibulares, como descrito em E2.

E4_A Abertura sem dor. Pedir ao paciente para abrir a boca o máximo que puder sem sentir dor ou, se já sente dor, abrir de maneira a não incrementar a dor que sente. Medir a distância interincisal entre os dentes de referência maxilares e mandibulares.

E4_B Abertura máxima não assistida. O paciente abre para a medição, o máximo que puder mesmo que seja doloroso. Meça a distância interincisal entre os dentes de referência maxilares e mandibulares. Questione o paciente sobre qualquer dor induzida por esse procedimento e, em caso afirmativo, peça para identificar com o dedo todas as áreas que sentiu dor. O examinador deverá confirmar as estruturas anatômicas que o paciente identificou como locais de dor.

E4_C Abertura máxima assistida. O paciente abre para medição. Obtenha permissão do paciente para estirar a sua boca e informe-o que, se desejar parar, para levantar a sua mão esquerda. Para estirar, coloque o polegar nos incisivos maxilares do paciente e cruze o dedo indicador sobre os incisivos mandibulares; use uma pressão moderada. Meça a distância interincisal entre os dentes de referência maxilares e mandibulares, sendo necessário que esta medição seja, pelo menos, a mesma que a abertura máxima não assistida. O examinador tem a opção de repetir o procedimento, se acredita que o paciente terminou prematuramente o procedimento ou respondeu com resistência. Questione o paciente sobre qualquer dor induzida por esse procedimento e, em caso afirmativo, peça para identificar com o dedo todas as áreas que sentiu dor. O examinador deverá confirmar as estruturas anatômicas que o paciente identificou como locais de dor.

E4_D Término da abertura. Se o paciente indicar ao examinador que o procedimento deve terminar, regista-se [SIM]. Se o paciente indicar que o procedimento deve terminar, mas o examinador percebe que se atingiu a abertura assistida máxima, registrar [Não].

Ajuste das medições verticais: às medições de abertura sem dor, máxima não assistida e máxima assistida somar o trespasse vertical.

E5_ Movimentos laterais e protrusivos.

Base lógica. Os movimentos excursivos complementam os movimentos de abertura para uma avaliação completa da mobilidade mandibular. Estas medições são complementares e podem ser omitidas. A base lógica para avaliar os movimentos laterais é registrar a extensão do(s) movimento(s) excursivo(s) e qualquer dor induzida. Além disso, em determinadas situações, a medição dos movimentos excursivos, serve para registrar se o movimento do côndilo foi limitado em relação ao normal. O formulário de exame fornece campos de resposta para registrar a extensão do movimento.

Visão geral. As medições dos movimentos excursivos laterais são feitas entre as linhas médias de referência maxilar e mandibular, enquanto que a medição do movimento de protrusão, é feita entre as superfícies vestibulares do dente de referência maxilar e de dente de referência mandibular. Se o paciente não pode executar um movimento, indicar no formulário e deixar o campo de resposta em branco. Para os movimentos excursivos laterais, se o paciente está confuso sobre para que direção deve mover a mandíbula, toque no lado ipsilateral da face, lábios, ou mesmo ombro, e peça ao paciente para avançar para o lado indicado.

E5_A Excursão Lateral Direita. Peça ao paciente para mover a mandíbula para a sua direita e meça desde a referência da linha média maxilar à referência da linha média mandibular. Questione o paciente sobre qualquer dor induzida por esse procedimento e, em caso afirmativo, peça para identificar com o dedo todas as áreas que sentiu dor. O examinador deverá confirmar as estruturas anatômicas que o paciente identificou como locais de dor.

E5_B Excursão Lateral Esquerda. Peça ao paciente para mover a mandíbula para a sua esquerda e meça desde a referência da linha média maxilar à referência da linha média mandibular. Questione o paciente sobre qualquer dor induzida por esse procedimento e, em caso afirmativo, peça para identificar com o dedo todas as áreas que sentiu dor. O examinador deverá confirmar as estruturas anatômicas que o paciente identificou como locais de dor.

E5_C Protrusão. Peça ao paciente para mover a mandíbula para a frente e meça desde a superfície vestibular do dente mandibular e a superfície vestibular do dente maxilar. Questione o paciente sobre qualquer dor induzida por esse procedimento e, em caso afirmativo, peça para

identificar com o dedo todas as áreas que sentiu dor. O examinador deverá confirmar as estruturas anatômicas que o paciente identificou como locais de dor.

Note que, se os incisivos mandibulares não podem ser protruídos para lá dos incisivos maxilares, o valor será negativo. No formulário deverá ser marcado para números negativos. Se os incisivos exibem uma situação de classe III, o trespasse horizontal é registado como negativo (como explicado em E2) mas, de qualquer das formas, o movimento protrusivo será medido como a distancia da superfície vestibular dos incisivos maxilares e mandibulares e registado como numero positivo (consistente com a situação de classe I em que os incisivos mandibulares se encontram à frente dos incisivos maxilares.)

Ajuste das medições: depois de medir os movimentos laterais, ajuste essa medição com a discrepância entre as linhas medias. Para a protrusão, adicione o trespasse horizontal à medição que fez.

E6_ Ruídos Articulares nos movimentos de abertura e fecho.

Base Lógica. Ruídos na ATM são um sinal clássico associado com DTM. No entanto, devido aos ruídos na ATM não serem estáveis ao longo do tempo, este sinal é mais indicado para o diagnóstico clínico de distúrbios intracapsulares, exceto para o deslocamento sem redução, com abertura limitada. Como os pacientes se preocupam com ruídos articulares, a avaliação dos ruídos da ATM continua a fazer parte do exame clínico.

Visão Geral. Desde a publicação do *RDC/TMD* em 1992, foi publicada muita pesquisa a respeito de ruídos articulares. O *Validation Project* tentou melhorar a caracterização e a avaliação desses ruídos. Enquanto o método de avaliação foi melhorado com o reconhecimento da avaliação da dor com o som, a definição dos sons comuns, no entanto, é o mesmo que na *RDC/DTM* (1992).

Instruções e Palpação. O examinador explica que as articulações vão ser examinadas, enquanto o paciente movimenta a mandíbula, para verificar se estas apresentam ruídos. O paciente será questionado sobre qualquer tipo de ruído que tenha ouvido ou sentido. A palpação é feita geralmente colocando um dedo sobre a pele que recobre o polo lateral do côndilo, usando uma leve pressão.

Deteção de ruídos pelo examinador. Usando palpação o examinador vai determinar se a articulação apresenta ruídos durante os movimentos de abertura e fecho. O paciente também registrará se ouviu ou sentiu ruídos articulares. É essencial que o paciente coloque os dentes posteriores para PMIC antes de cada ciclo de abertura/fecho. Esta manobra assegura a avaliação de toda a amplitude do movimento. Os ruídos articulares podem ser unilaterais ou bilaterais, dependendo das situações. Se o relatório de ruídos é clinicamente importante, os pacientes devem-se concentrar numa articulação de cada vez. Às vezes, o contato dentário pode ser suficientemente "forte" ou perceptível de tal forma que o som possa ser mal interpretado pelo examinador como ruídos articulares. Para controlar esta variável, peça ao paciente para bater intencionalmente os dentes antes de iniciar o procedimento de abrir-fechar, a fim de estabelecer uma referência.

Definição dos ruídos.

- a) Estalido. Um ruído distinto, com uma duração breve e muito limitada, com um claro início e fim, que geralmente soa como um "clique". Também referido como um *snap* ou *pop*.
- b) Crepitação. Um ruído que é contínuo, por um período mais longo em relação ao estalido e, pode ocorrer durante uma parte ou totalidade do movimento de abertura e/ou fecho. O ruído não é amortecido, e pode ser constituído por múltiplos sons sobrepostos, de tal forma, que se torna "contínuo". Tal ruído articular também é muitas vezes referido como trituração ou sons de moagem.
- c) Estalido da eminência. O *estalido da eminência* deve incluir pelo menos um clique de abertura e é detetado quando o complexo cêndilo-disco, em torno da eminência, sofre uma mudança física da mandíbula. O examinador observa o ruído perto do alcance final da amplitude de movimento normal (ou seja, no final da abertura normal ou no início do fecho a partir de uma abertura máxima). O ruído detetado no final da amplitude vertical de um movimento limitado não é provável que seja um estalido da eminência. Um estalido da eminência não é registado no formulário de exame; só é identificado para distinguir do "clique" que é relatado.

Registo dos ruídos articulares. Apenas ruídos com os seguintes critérios são aceites. Antes do exame, informe o paciente que as articulações serão avaliadas quanto aos ruídos e que gostaria que este presta-se atenção a qualquer presença de ruído. Coloque os dedos sobre a ATM. Confirme se os dentes estão em PMIC, pedindo ao paciente para que este junte os dentes como melhor encaixam. Peça ao paciente para lentamente abrir o máximo que conseguir, independentemente da dor, e depois fechar lentamente até os seus dentes ocluírem completamente outra vez. Repita mais duas vezes.

- a) Estalido de abertura. Se desde PMIC até abertura máxima, o estalido é ouvido em pelo menos um dos três movimentos de abertura, registando **Estalido Abertura** como [Sim].
- b) Estalido de fecho. Se desde abertura máxima a PMIC, o estalido está presente em pelo menos um dos três movimentos de fecho, registando como **Estalido de Fecho** como [Sim].
- c) Crepitação. Crepitação pode ser registado adicionalmente ao estalido
- d) Nenhum. Indica que nem estalido nem crepitação estiverem presentes durante a abertura e/ou fecho. É registado como [Não] para crepitação e estalidos no exame.

Relato do paciente de ruídos articulares com o movimento. Qualquer ruído que o paciente note durante esta avaliação é registado separadamente para cada articulação. Assim que o examinador complete a avaliação dos ruídos articulares, o paciente é questionado se ele ouviu ou sentiu algum tipo de ruído. Se o paciente dizer "sim", o examinador deve identificar o tipo e o lado de todos esses ruídos. Se o paciente relata diferentes tipos de ruídos como "click", "pop" ou "snap", devem ser registados como [estalido] no formulário. Se o paciente relata ruídos de longa duração semelhantes a uma moagem ou trituração, são registados como [crepitação]. Caso contrário, esse lado é registado como [não].

Questionário de dor. O paciente é questionado sobre dor que tenha sentido ao mesmo tempo que o se deu o ruído. A abertura por si só pode causar dor, o examinador não deve assumir essa resposta como "sim", uma vez que não indica que o estalido tenha sido doloroso.

E7_Ruídos articulares nos movimentos laterais e protrusivos.

Base lógica. Estes testes representam uma extensão da avaliação dos ruídos articulares durante a abertura e fecho.

Procedimento. O examinador pede ao paciente para mover a mandíbula para a esquerda, para a direita e para a frente como já previamente feito na medição da extensão destes movimentos. Garantir que o paciente fecha em PMIC antes de cada movimento, como fez para a avaliação dos ruídos de abertura e fecho. Um mínimo de três movimentos é necessário. Um ruído é considerado positivo se ocorre em qualquer fase dos movimentos laterais e protrusivo. Depois de completar os movimentos, avaliar a “Dor com o ruído” e “Dor Usual” para os ruídos que o paciente referiu.

E8_ Bloqueio articular.

Base lógica. O bloqueio articular na clínica é raro, mas pode ocorrer. Registrar se o bloqueio ocorre ou não, é uma função útil no exame dada a complexidade da dor, incapacidade e tratamento associado que pode estar associado com o bloqueio da articulação.

Procedimentos no bloqueio fechado. Se a mandíbula do paciente bloqueia ao abrir, então “Bloqueio na abertura” deve ser registado como [sim]. Se o bloqueio é auto-reduzido ou o paciente com uma manobra consegue desbloquear a mandíbula, registar como [sim] à redução pelo paciente se, pelo contrário, foi o examinador que reduziu o bloqueio deve registar-se como [sim] para redução pelo examinador e [não] para o campo de resposta que corresponde à redução pelo paciente.

Procedimento de bloqueio de boca aberta. Se a mandíbula do paciente fica bloqueada em posição de boca aberta, então este tipo de bloqueio é registado como [sim]. Registrar a redução do bloqueio do mesmo modo que se refere nos procedimentos de bloqueio fechado, descrito anteriormente.

E9_ Dor muscular e articular com a palpação.

Base Lógica. A dor induzida nos músculos pela palpação é um teste clínico clássico. O objetivo é determinar se o paciente refere dor à palpação do músculo ou articulação e, se essa dor induzida replica ou simula a dor da queixa do paciente. Ver secção 1.11 para a descrição do exame.

Visão geral.

- a) Palpação dos músculos e cápsula articular para a dor requer que o examinador pressione num local específico usando um dedo (indicador ou dedo do médio) com uma pressão padronizada.
- b) Dentro de cada grupo muscular, aplicar pressão nos locais indicados no formulário de exame para o lado direito e depois do lado esquerdo. Quando se aplica pressão, apoiar a cabeça ou a mandíbula do paciente, colocando a outra mão sobre o lado oposto da cabeça, a fim de proporcionar estabilidade. Durante a palpação, a mandíbula do paciente deve estar na posição de conforto, sem contacto dentário.
- c) Cada músculo *major* (temporal e masséter) estão divididos em 3 zonas para assegurar que o músculo é examinado de forma consistente e completa. As respostas podem ser registadas para cada zona ou para o músculo como um todo. Dentro de cada uma das zonas, 3-5 áreas devem ser apalpadas, dependendo do tamanho do músculo e da intenção do exame.
- d) Se o examinador não consegue apalpar com pressão padronizada devido ao condicionamento físico do paciente ou a pedido do paciente para a palpação ser mais suave, essas informações são registadas na seção de comentários do exame.
- e) Numa determinada exame, o diagnóstico de mialgia pode ser suficiente para terminar a palpação e, não ser necessária uma exame mais aprofundada para dor referida.
- f) Sumário dos princípios de palpação
 - i. Localizar depois palpar.
 - ii. Pressionar no local com uma pressão constante e correta, sem movimentar os dedos de um lado ao outro.
 - iii. Ser sistemático na forma como cada local é examinado.

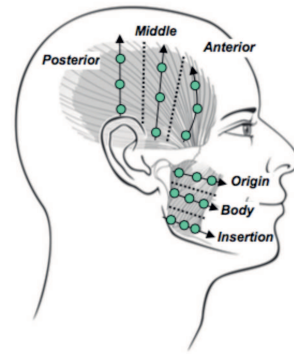
Abordagem.

- a) Além de definir a intensidade do estímulo, a palpação consiste em dois parâmetros adicionais que podem ser alteradas em função da questão clínica a ser respondida: localização e duração do estímulo.

- b) Localização consiste na quantidade de estrutura examinada. O masséter e o temporal são grandes e, são necessários mais locais para uma examinação completa do músculo. Tais estruturas, podem ser examinadas aplicando pressão a cada banda muscular de forma a assegurar que nenhuma área é perdida, ou uma abordagem simplificada poderá ser utilizada quando apenas algumas zonas do músculo são de interesse para uma examinação de rotina.
- c) Duração do estímulo refere-se ao tempo que é mantida a pressão da palpação. A duração mínima, de acordo com o *DC/TMD*, são 2 segundos (que é suficiente para o diagnóstico de mialgia mas é insuficiente para o diagnóstico de dor referida), e uma duração de (pelo menos) 5 segundos é recomendada para identificar a presença de dor referida. Há dois métodos associados à duração do estímulo dependendo do que se pretende com a examinação.
- d) Método 1. Use a duração de 5 segundos para cada palpação. Para que os falsos negativos de dor miofascial referida sejam minimizados, é necessário a palpação de cada músculo e articulação com (pelo menos) 5 segundos completos de pressão. A dor referida e hiperalgesia serão detetadas de forma mais fiável. É recomendado contar com um relógio para garantir a duração do estímulo adequado. Este procedimento pode ser alterado, dependendo da resposta do paciente; um indivíduo altamente sensível à dor pode não conseguir tolerar 5 segundos de pressão numa determinada área, deve-se deixar registado na seção de comentários do formulário de exame que, por exemplo, o exame para a dor referida não foi realizada. No entanto, na prática, os 5 segundos de pressão são toleráveis.
- e) Método 2. Use duração de 2 segundos para cada palpação. Se a identificação de dor referida não é importante para um determinado exame, com a palpação de apenas 2 segundos de duração, geralmente será suficiente para identificar mialgia e artralgia.

Descrição dos Locais Específicos para os Músculos Extraorais.

a) Temporal Anterior – 1.0 kg. Inicie posteriormente à crista óssea lateral do arco zigomático e superior à apófise zigomática do osso temporal. Peça contração muscular ao paciente, apertando os dentes, se necessário de maneira a garantir que é tecido muscular. A área para a palpação encontra-se ao longo de uma curva paralela à extensão anterior do músculo; palpar em direção à crista óssea que define o limite anterior da fossa temporal.



b) Temporal médio – 1.0 kg. Comece anteriormente à orelha e superior à apófise zigomática do osso temporal; a área da palpação é imediatamente superior.

c) Temporal posterior – 1.0kg. Comece acima da ponta superior da orelha. A área de palpação é imediatamente superior. Se necessário peça ao paciente para apertar os dentes e relaxar para ajudar a identificar os limites musculares.

d) Origem do masséter – 1.0kg. Peça ao paciente para primeiro apertar os dentes e depois relaxar para confirmar, por um lado a localização da extensão posterior do músculo em relação ao bordo anterior do côndilo articular e, por outro lado para confirmar o bordo anterior do masséter. Comece pela extensão posterior, imediatamente inferior à apófise zigomática do osso temporal, a área de palpação é diretamente anterior.

e) Corpo do masséter – 1.0kg. Comece pelo limite posterior do músculo, a meio, entre a origem e inserção. A área de palpação é diretamente anterior.

f) Inserção do masséter – 1.0kg. Comece no limite posterior do músculo, superior ao bordo inferior mandibular. A área de palpação é imediatamente anterior.

Descrição dos Locais Específicos da palpação da ATM.

a) Polo lateral – 0.5kg. Coloque o dedo indicador anterior ao tragus da orelha e sobre a pele que recobre a ATM do paciente. Para confirmar a localização, peça ao paciente para abrir ou protruir ligeiramente até o examinador sentir o polo lateral do côndilo a transladar ligeiramente.



b) Palpação modificada do Polo Lateral – 1.0kg. Com a mandíbula em posição de conforto ou ligeiramente protruída, coloque o dedo indicador anterior ao tragus da orelha e dorsal à ATM. Suportando a mandíbula do outro lado, pressionar com o dedo indicador fazendo

movimentos circulares à volta do polo lateral, sobre a superfície superior do côndilo e depois anteriormente, isto é, desde a posição das 9:00 às 3:00 e depois continuar à volta de todo o côndilo. Dois-cinco segundos de duração para este procedimento permite um ritmo apropriado.

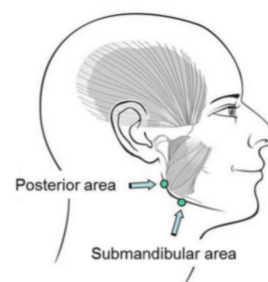
Sequencia de examinação.

- Temporal e masséter, lado direito e depois lado esquerdo (1kg), seguindo a ordem das zonas da lista anterior.
- Polo lateral da ATM, lado direito e depois lado esquerda (0.5kg).
- À volta do côndilo, lado direito e depois lado esquerdo (1kg).
- Músculos suplementares (0.5 kg), se indicado.

E10_Músculos Suplementares

Base Lógica. Locais adicionais podem ser examinados conforme o protocolo descrito em E9.

a) Região mandibular posterior (estilohiódea/Digástrico Anterior) – 0.5kg. Peça ao sujeito que incline a cabeça um pouco para trás. Localiza a área entre a inserção do músculo esternocleidomastóideu e o bordo posterior da mandíbula. Posicione os dedos de modo que se dirija medialmente e para cima (não sobre da mandíbula). Palpe a área imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula.



b) Região Submandibular (Pterigóideu Medial, Suprahiódeu, Digástrico Anterior) – 0.5 kg. Localize o local por baixo da mandíbula, num ponto 2 cm anterior ao ângulo da mandíbula. Palpe superiormente, avançando em direção à mandíbula. Se o sujeito refere dor intensa nesta área, tente determinar se é dor muscular ou nodular. Se é dor nodular, registe no formulário.

c) Área Pterigóideu Lateral – 0.5 kg. Peça ao sujeito para abrir a boca e mover a mandíbula para o lado que está a ser examinado. Coloque o dedo indicador lateralmente ao rebordo alveolar acima dos molares maxilares. Mova o dedo distalmente, superiormente e medialmente para realizar a palpação. Se o dedo indicador é muito grande use o dedo mínimo (quinto dedo).

d) Tendão do Temporal – 0.5 kg. Coloque o dedo indicador até chegar perto da apófise coronóide, peça ao sujeito para abrir ligeiramente e mova o seu dedo indicador para cima até ao bordo anterior da apófise coronóide. Palpe a porção mais superior da apófise.

E12_Comentários do examinador

Base Lógica. O examinador deve registar qualquer observação que possa ser pertinente para perceber qualquer achado. Barreiras que possam comprometer a examinação também devem ser registadas nesta secção. Qualquer observação clínica que possa afetar o diagnóstico deve ser registado igualmente.

CAPÍTULO II

Relatório Final de Estágio

1. INTRODUÇÃO

O Estágio em Medicina Dentária permite ao aluno pôr em prática todo o conhecimento teórico e prático adquirido ao longo do seu percurso académico, preparando-o para o exercício da profissão.

Existem três componentes de estágio que fazem parte do Mestrado Integrado de Medicina Dentária do ano letivo 2015/2016: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio em Saúde Oral e Comunitária.

No âmbito do Relatório Final de Estágio desenvolvi uma Ficha Clínica de Diagnóstico para as Disfunções Temporomandibulares” com o objetivo de melhorar a abordagem destes distúrbios na Clínica Universitária do IUCS.

2. RELATÓRIO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

2.1. Estágio de Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra, num período de 5 horas semanais às Terça-feira das 19h-24h (de 14 de Setembro de 2015 a 17 de Junho de 2016), tendo sido supervisionado pelo Mestre João Baptista e Mestre Paula Malheiro, exceto na primeira semana de aulas (dia 16 de Setembro) que decorreu na quarta-feira no mesmo turno, supervisionado pelo Mestre João Baptista e Mestre Luís Santos. O estágio compreendeu um total de 280 horas. Este Estágio teve como objetivo dar ao aluno a oportunidade de aprimorar a sua prática clínica, tanto no que diz respeito à sua autonomia como profissional assim como na construção da relação médico dentista-paciente, preparando para o futuro profissional que se avizinha. Atos realizados no Anexo C, tabela 1.

2.2. Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar foi realizado no Serviço de Estomatologia/Medicina Dentária no Hospital de Valongo do Polo do Hospital São João - Porto, desde 21 de Setembro de 2015 até 17 de junho de 2016 com a supervisão do Mestre Luís Monteiro. A primeira semana de estágio ocorreu na Unidade Hospitalar de Guimarães, quarta-feira dia 16 de Setembro de 2015, com a supervisão da Mestre Ana Azevedo. No total este estágio teve a duração de 196 horas. O Estágio Hospitalar mostrou-se muito enriquecedor pois, proporcionou uma grande diversidade de pacientes, menos comuns nas clínicas privadas, melhorando a autonomia do aluno, destreza e rapidez e permitindo consolidar assim como relacionar todos os seus conhecimentos que foram

sendo adquiridos ao longo do seu percurso académico desde como lidar com pacientes polimedicados, psiquiátricos, com condições sistémicas que muitas vezes condicionam o tratamento médico-dentário, entre outros. Os atos clínicos efetuados durante este período estão indicados no anexo C, tabela 2.

2.3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária decorreu à Terça-feira, entre as 9h e as 12h30, de 12 de Setembro de 2015 a 17 de Junho de 2016, num total de 196 horas sob a supervisão do Prof. Doutor Paulo Rompante.

Este Estágio tinha como objetivo a aplicação do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral e foi realizado no concelho de Paredes e Valongo.

Numa primeira fase, até Dezembro de 2015, teve lugar no IUCS onde foram planeadas e construídas as atividades que depois iriam ser implementadas nas escolas e jardins de infância.

Posteriormente, em Janeiro de 2016 a final de Maio de 2016 o trabalho foi implementado na Escola EB1 Bitarães, Paredes e Jardim de Infância Boavista, Beire. Foram executadas várias atividades com as crianças desde a implementação da escovagem, peças de teatro para educar e motivar à higiene oral e pequenos diálogos com os alunos sobre tudo o que envolve a nossa saúde oral assim como sobre a base para uma alimentação saudável.

Ainda como parte integrante do estágio foram feitos questionários e recolha dos índices de CPO em ambas as escolas.

O cronograma das atividades poderá ser consultado no anexo C, tabela 3.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conjugação dos três Estágios é uma ferramenta bastante útil e enriquecedora pois permite ao aluno melhorar a sua prática clínica perante situações completamente distintas preparando-o para o seu futuro profissional, facilitando deste modo a inserção no mercado de trabalho. Estes estágios também são muito importantes na medida em que ajuda o aluno também a crescer pessoalmente e a aprender a construir uma relação saudável com o paciente.

4. ANEXOS

Tabela 1- Número de atos clínicos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária.

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Dentisteria	9	19	28
Endodontia	6	4	10
Triagem	4	3	7
Destartarização	4	2	6
Exodontias	2	1	3
Outros	1 (exérese espícula óssea)	1 (reav period)	2
TOTAL	26	30	56

Tabela 2- Número de atos clínicos realizados no Estágio Clínica Hospitalar.

Ato Clínico	Operador	Assistente	TOTAL
Dentisteria	13	16	29
Endodontia	11	6	17
Triagem	6	3	9
Destartarização	22	1	23
Exodontias	40	16	56
TOTAL	92	42	134

Tabela 3- Cronograma de atividades realizadas no Estágio em Saúde Oral e Comunitária.

Dia	Instituição	Atividade realizada	Turmas
26 Jan	EB1 Paredes Bitarães JI Boavista, Beire	Reunião com o coordenador da escola	
2 Fev	EB1 Paredes Bitarães JI Boavista, Beire	A e C A e C	T13 (5) 5 crianças
9 Fev	Carnaval		
16 Fev	EB1 Paredes Bitarães	A, B e C	T7
23 Fev	EB1 Paredes Bitarães JI Boavista, Beire	A, B e C A, B e C	T8 (8) 5 crianças
1 Mar	EB1 Paredes Bitarães	A, B e C	T9
8 Mar	EB1 Paredes Bitarães	A, B e C	T10
15 Mar	EB1 Paredes Bitarães JI Boavista, Beire	C e D B e C	T8 (5) 5 crianças
22 Mar	Páscoa		
29 Mar	Páscoa		
5 Abr	EB1 Paredes Bitarães JI Boavista, Beire	A, B e C B e C	T11 (8) 5 crianças
12 Abr	EB1 Paredes Bitarães	A, B e C	T12
19 Abr	EB1 Paredes Bitarães JI Boavista, Beire	C e D C e D	T11 (8) 4 crianças
26 Abr	EB1 Paredes Bitarães	C e D	T13 (18)
3 Mai	Queima das Fitas		
10 Mai	EB1 Paredes Bitarães	E	T7-T10
17 Mai	EB1 Paredes Bitarães	E	T11-T13
24 Mai	JI Boavista, Beire	E	24 crianças

A – Motivação e educação à higiene, interação com os alunos sobre o tema de saúde; B – Implementação escovagem; C – Levantamento CPO; D – Monitorização da técnica de escovagem; E – Educação, monitorização da técnica de escovagem, incentivo para manter uma boa saúde oral para a vida futura. Clarificar duvidas.