

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GÉRIAS
Programa de Pós-graduação em Odontologia

Bruna Silva Schievelbein

**DOR OROFACIAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM
DESORDENS TEMPOROMANDÍBULARES: análise pós pandemia da COVID-19**

Belo Horizonte

2025

Bruna Silva Schievelbein

**DOR OROFACIAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM
DESORDENS TEMPOROMANDÍBULARES: análise pós pandemia da COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de Concentração: Clínicas Odontológicas.

Linha de pesquisa: Sistema estomatognático: desenvolvimento, estruturas, funções e alterações.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Isaias Seraidarian

Belo Horizonte

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S332d	<p>Schievelbein, Bruna Silva</p> <p>Dor orofacial e impacto na qualidade de vida de pacientes com distúrbios temporomandibulares: análise pós pandemia da COVID-19 / Bruna Silva Schievelbein. Belo Horizonte, 2025.</p> <p>85 f. : il.</p>
	<p>Orientador: Paulo Isaias Seraidarian</p>
	<p>Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Odontologia</p>
	<p>1. Transtornos da articulação temporomandibular. 2. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular. 3. Dor facial. 4. Qualidade de vida. 5. COVID-19, Pandemia de, 2020-. 6. Stress (Psicologia). I. Seraidarian, Paulo Isaias. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.</p>

SIB PUC MINAS

CDU: 616.724

Bruna Silva Schievelbein

**DOR OROFACIAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM
DESORDENS TEMPOROMANDÍBULARES: análise pós pandemia da COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de Concentração: Clínicas Odontológicas.

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA:

- 1- Profa. Dra. Maria Letícia de Barros Massahud – FSLM
- 2- Prof. Dr. Vinícius de Magalhães Barros – PUC Minas
- 3- Prof. Dr. Paulo Isaias Seraidarian – PUC Minas

DATA DA APRESENTAÇÃO E DEFESA: 27 de fevereiro de 2025

A dissertação, nesta identificada, foi aprovada pela Banca Examinadora

Prof. Dr. Paulo Isaias Seraidarian
Orientador

Prof. Dr. Rodrigo Villamarim Soares
**Coordenador do Programa de Pós-graduação
em Odontologia**

Aos meus amados familiares, em especial aos meus avós dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela vida e por sempre guiar meus caminhos.

À minha família, por compreenderem minha ausência e distância. Obrigada por sempre me incentivarem a alçar voos mais altos.

Aos meus pais, Patrícia e Cláudio, por todo amor, confiança e suporte. E a minha irmã Luiza, pela amizade independentemente de qualquer distância.

Ao César pelo incentivo a cada etapa, sempre acreditando em mim. Obrigada pela paciência e amor diários.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Isaias Seraidarian, por sempre me tranquilizar, compartilhar seus conhecimentos e transmitir seu amor pela odontologia e docência.

Ao Prof. Dr. Vinícius de Magalhães Barros, pela sua inestimável contribuição neste trabalho, pelos ensinamentos e disponibilidade.

As queridas Ana Clara e Júlia que me auxiliaram na realização da pesquisa e na avaliação dos pacientes.

Ao Programa de Mestrado em Clínicas Odontológicas, pela oportunidade e especialmente meus professores, por todo conhecimento compartilhado.

Aos meus colegas, pela convivência, incentivo e partilha que tivemos nesses 2 anos. Em especial a Stéphanny Meira, Cláudio Filho e Sidney Mattos por compartilharem alegrias, anseios e planos.

Às secretárias da Odontologia PUC Minas pelo agendamento de pacientes e disponibilidade para atender minhas solicitações.

Aos pacientes, sou eternamente grata a cada um pela disponibilidade, paciência e confiança.

À CAPES, pela concessão da bolsa, e por ter possibilitado a realização desta etapa.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, muito obrigada.

“Compreender as coisas que nos rodeiam é a melhor preparação para compreender o que há mais além.” (HIPÁTIA).

RESUMO

As disfunções temporomandibulares (DTM) são segunda condição musculoesquelética que mais resulta em dor, podendo variar para cada paciente, de leve desconforto a dor incapacitante. Assim, a dor orofacial especificamente de pacientes com DTM, pode gerar grande impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB) desses indivíduos. Os sinais e sintomas das DTM podem ser agravados pelo estresse, e a pandemia da COVID-19 foi um período com grande efeito na saúde física e mental global. Então, buscou-se analisar o QVRSB de pacientes com dor orofacial devido a DTM e a influência da pandemia da COVID-19 nessa condição, através de estudo transversal com 40 pacientes encaminhados para tratamento de DTM. O diagnóstico das DTM foi realizado através do Eixo I do *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD), a gravidade da DTM foi analisada pelo Índice Temporomandibular (TMI) e o impacto da QVRSB foi registrado usando o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Análises comparativas foram realizadas através de testes estatísticos e o nível de significância foi estabelecido em $\alpha = 5\%$. Os resultados mostraram que os diagnósticos mais presentes nos grupos I, II e III do eixo I do RDC/TMD foram: Dor miofascial, deslocamento de disco com redução e artralgia, respectivamente. Não foi encontrada relação entre sexo e OHRQoL de pacientes com DTM ($p > 0,05$). Quanto aos diagnósticos de DTM, a presença de diagnósticos do grupo III do eixo I RDC/TMD apresentou piora estatisticamente significativa na OHRQoL ($p = 0,029$). Todos os pacientes tiveram impacto negativo em pelo menos uma questão do OHIP-14. A gravidade da DTM foi diretamente relacionada ao impacto na OHRQoL ($p < 0,001$). Concluiu-se então que a presença de artralgia, artrite e artrose e a gravidade da DTM está diretamente associada a impacto na OHRQoL. Os resultados desse estudo, se assemelhem aos anteriores à pandemia.

Palavras-chave: Dor facial. Transtornos da articulação temporomandibular. Qualidade de vida. COVID-19.

ABSTRACT

Temporomandibular disorders (TMD) are the second most common musculoskeletal condition associated with pain, which can range from mild discomfort to debilitating pain, varying among individuals. Orofacial pain, particularly in patients with TMD, can significantly impact their oral health-related quality of life (OHRQoL). The signs and symptoms of TMD can be exacerbated by stress, and the COVID-19 pandemic had a profound effect on global physical and mental health. Therefore, this study aimed to analyze the OHRQoL of patients experiencing orofacial pain due to TMD and to evaluate the influence of the COVID-19 pandemic on this condition. A cross-sectional study was conducted with 40 patients referred for TMD treatment. TMD diagnosis was established using Axis I of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), TMD severity was assessed using the Temporomandibular Index (TMI), and OHRQoL impact was measured using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Comparative analyses were performed using statistical tests, with the significance level set at $\alpha = 5\%$. The findings were discussed in relation to previous literature. The results in the study sample showed that the most prevalent diagnoses within Axis I groups I, II, and III of the RDC/TMD were myofascial pain, disc displacement with reduction, and arthralgia, respectively. No significant association was found between sex and OHRQoL in TMD patients ($p > 0.05$). However, patients diagnosed with group III disorders (Axis I, RDC/TMD) exhibited worse OHRQoL outcomes ($p = 0.029$). All participants experienced a negative impact on at least one OHIP-14 item of the OHIP-14. TMD severity was directly correlated with the impact on OHRQoL ($p < 0.001$). In conclusion, the presence of arthralgia, arthritis, and arthrosis, as well as increased TMD severity, was directly associated with a greater impact on OHRQoL. The findings of this study are consistent with findings from pre-pandemic research.

Keywords: Facial pain. Temporomandibular joint disorders. Quality of life. COVID-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL	<i>Activities of Daily Living</i> (Atividades da vida diária)
ATM	Articulação temporomandibular
DC/TMD	<i>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
DTM	Desordem temporomandibular
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GOHAI	<i>General/Geriatric Oral Health Assesment Index</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i> (Perfil do Impacto da Saúde Bucal)
OHRQoL	<i>Oral Health–Related Quality of Life</i> (Medição da Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida)
P	Probabilidade de significância
RDC/TMD	<i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders</i>
TMI	Temporomandibular Index (Índice Tempormandibular)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral.....	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	25
3.1	Aspectos éticos	25
3.2	Seleção da amostra	25
3.3	Avaliação clínica.....	26
3.3.1	<i>Treinamento e calibração do examinador</i>	<i>26</i>
3.3.2	<i>Avaliação do impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM.....</i>	<i>28</i>
3.3.3	<i>Diagnóstico e determinação da gravidade da DTM</i>	<i>30</i>
3.4	Análise estatística	30
4	ARTIGO CIENTÍFICO.....	33
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP - PUC Minas	57
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
	ANEXO C - Especificações para os exames de DTM de acordo com o índice RDC/TMD.....	65
	ANEXO D - Formulário de Exame do Eixo I do Índice RDC/TMD.....	77
	ANEXO E - Diagnóstico do Eixo I.....	81
	ANEXO F - Índice Temporomandibular – TMI.....	83
	ANEXO G - Versão do OHIP 14 em português adaptada para o presente estudo.....	85

1 INTRODUÇÃO

A dor orofacial é um sintoma presente em grande parte da população adulta e, por isso, é cada vez mais a queixa principal relatada no atendimento clínico do cirurgião-dentista (Macfarlane *et al.*, 2002). Muitas podem ser as causas dessa dor, tais como, alterações pulpares e periodontais, nevralgia do trigêmeo, porém as desordens temporomandibulares (DTM) são frequentemente citadas como uma das principais causas de dor orofacial crônica não associada a dentes (McNeill, 1997). Segundo o *National Institute of Dental and Craniofacial Research* (2018) a prevalência das DTM no geral é de 5% a 12% da população, e distúrbios não musculares, diretamente relacionados a articulação podem atingir cerca de 30% dos adultos acima de 20 anos, e 11% de crianças/adolescentes, de 7 a 19 anos (Valesan *et al.*, 2021). Assim, as DTM são tidas como as segundas condições musculoesqueléticas mais comuns, que resultam em dor podendo levar até mesmo a incapacidade (*National Institute of Dental and Craniofacial Research*, 2018).

Desordens temporomandibulares são um termo coletivo que engloba diversas condições clínicas que envolvem a musculatura mastigatória, articulações temporomandibulares (ATM) e estruturas associadas da cabeça e pescoço. Alguns dos sintomas mais frequentemente relatados são: dor à mastigação, limitação de abertura bucal, desvio mandibular durante movimento, sons provenientes da ATM e/ou dores de cabeça ou na face. A sensação dolorosa pode variar para cada paciente podendo ir de um leve desconforto a uma dor debilitante, incapacitante (Gauer; Semidey, 2015; McNeill, 1997; Scrivani; Keith; Kaban, 2008).

O diagnóstico e tratamento das DTM sempre demonstraram ser um desafio para muitos profissionais, principalmente devido à dificuldade de acesso a exames de imagem e de um protocolo unificado de avaliação clínica para dores orofaciais. Dworkin e LeResche (1992) então, desenvolveram o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) amplamente utilizado nas pesquisas epidemiológicas e clínicas sobre DTM, instrumento validado e com revisão mais recente em 2010. O RDC/TMD possui sistema com avaliação de duplo eixo, sendo avaliados fatores clínicos da DTM (Eixo I) e fatores psicológicos e psicossociais (Eixo II). O instrumento de avaliação de gravidade da DTM, o índice temporomandibular (*Temporomandibular Index-TMI*), possui o protocolo de exame clínico idêntico ao do

eixo I do índice RDC/TMD possibilitando com um único exame, identificar a ocorrência e o tipo específico das DTM e determinar a sua gravidade (Pehling *et al.*, 2002).

O impacto da dor orofacial é observado e debatido na literatura há longo tempo (Barros *et al.*, 2009; Locker e Grushka 1987). A revisão sistemática de Dahlström e Carlsson (2010) sobre DTM e a Medição da Saúde Bucal Relacionada à Qualidade de Vida (OHRQoL) incluiu doze artigos relevantes sobre o tema. Os principais instrumentos e métodos para avaliar o impacto na OHRQoL foram: *Activities of Daily Living* (ADL), *General/Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e *Oral Health Impact Profile* (OHIP).

O OHIP desenvolvido por Slade e Spencer (1994) como um instrumento de autoavaliação centrado no paciente, é uma medida de 49 itens que avaliam a OHRQoL, que mensura a percepção dos indivíduos sobre o impacto dos distúrbios bucais no seu próprio bem-estar, ou seja, a disfunção, o desconforto, a incapacidade e a deficiência causada pelas condições bucais. Devido a algumas limitações encontradas no documento original, e a fim de torna-lo mais breve e objetivo, Slade (1997) publicou a versão reduzida do OHIP, o OHIP-14. Esta nova versão foi traduzida, adaptada e validada para diferentes idiomas, incluindo o português por Oliveira e Nadanovsky (2005).

Distúrbios reumáticos e esqueléticos, angústia emocional, traumas recentes à mandíbula, instabilidade das relações maxilomandibulares, trauma de abertura bucal excessiva (procedimentos dentários, intubações, bocejos, hiperextensão associada a trauma cervical), bruxismo, hábitos parafuncionais (mordiscamento dos lábios ou bochecha) e até mesmo outras condições (enxaquecas crônicas, fibromialgia, apneia do sono e doenças autoimunes) são relatados como fatores etiológicos das DTM. Assim, as DTM são classificadas como doenças multifatoriais com gatilhos que podem ser biológicos, ambientais, sociais, emocionais e cognitivos (Gauer; Semidey, 2015; Rossi *et al.*, 2014).

A pandemia da COVID-19 trouxe não apenas sequelas na saúde física da população mundial, mas também um impacto severo na saúde mental e bem-estar geral. *World Health Organization* (2022) ressaltou que mesmo antes da pandemia da COVID-19, apenas pequena parte da população com problemas de saúde mental recebia tratamento adequado, lacuna essa ainda maior após a COVID-19, pois muitos serviços ambulatoriais, vistos como não essenciais, tiveram seus atendimentos paralisados e os tratamentos e diagnósticos interrompidos. A estimativa é de aumento

de 27,6% em casos de transtorno depressivo maior e de 25,6% em transtornos de ansiedade mundialmente após a COVID-19. Os resultados foram diretamente relacionados a dois indicadores: a redução da mobilidade da população e ao índice diário de infecções pela SARS-CoV-2 (COVID-19 *Mental Disorders Collaborators*, 2021).

Em razão desses efeitos adversos na saúde mental e estado emocional dos indivíduos (estresse, ansiedade, depressão) e o conhecido impacto dessas condições psicológicas nas DTM e no aumento da dor orofacial, estudos têm mostrado a relação e as consequências da pandemia nessas enfermidades (Emodi-Perlman; Eli, 2021). Assim, destaca-se a importância da avaliação do impacto psicossocial na vida pós-pandêmica de pacientes com disfunções temporomandibulares.

O tratamento de qualquer patologia, e de seus sinais e sintomas, está intimamente ligado ao seu correto diagnóstico. Dessa forma, na prática clínica odontológica é imprescindível que as queixas dos pacientes consigam ser analisadas juntamente com aspectos psicológicos e sociais do mesmo (Conti *et al.*, 2012). A mesma análise deve ser feita ao final das intervenções para confirmar o sucesso do tratamento da DTM, da redução de suas manifestações e reestabelecimento da função orofacial, sendo assim aconselhado o uso de indicadores subjetivos de saúde bucal (Barros *et al.*, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto da dor, na qualidade de vida de pacientes com disfunções temporomandibulares, após a pandemia da COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

- a) realizar diagnóstico clínico e de gravidade da DTM;
- b) avaliar a relação entre sexo dos indivíduos e o grau de impacto na qualidade de vida;
- c) comparar o diagnóstico clínico de DTM com o impacto na qualidade de vida;
- d) comparar a gravidade da DTM com o impacto na qualidade de vida;
- e) comparar resultados de estudos similares pré-pandemia com os resultados encontrados.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada em acordo com as normas e diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (ANEXO A).

Os pacientes atendidos foram esclarecidos a respeito da pesquisa, de seus objetivos, dos procedimentos do estudo, dos benefícios, dos riscos e desconfortos e do caráter confidencial dos registros e convidados a participar da mesma. Aqueles que concordaram em participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). A todos os pacientes foi assegurado tratamento gratuito e incondicional nas disciplinas às quais já estivessem em tratamento e caso necessário feito encaminhamento para a disciplina de Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial.

3.2 Seleção da amostra

A seleção de pacientes foi feita por amostra de conveniência, através da lista de espera de pacientes para tratamento na disciplina de Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial do Departamento de Odontologia da PUC Minas, e alunos do curso de Odontologia da PUC Minas que se voluntariaram e se enquadravam nos critérios de elegibilidade da pesquisa.

Participaram do estudo os indivíduos que preencherem os seguintes critérios de inclusão:

- a) indivíduos que apresentaram queixa de dor orofacial, sintomas e sinais de DTM;
- b) indivíduos que não tinham passado por tratamento prévio das DTM nos últimos 4 anos;
- c) indivíduos que leram, entenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos deste estudo:

- a) Indivíduos com deficiência intelectual que o incapacitem a responder adequadamente às perguntas do exame e do questionário.

3.3 Avaliação clínica

3.3.1 Treinamento e calibração do examinador

Nesta pesquisa optou-se pelo índice RDC/TMD, em detrimento de utilizar o índice DC/TMD, em virtude do maior número de estudos utilizando esse índice antes da pandemia e a necessidade de comparação com o momento atual. Os métodos e parâmetros clínicos utilizados no Índice Temporomandibular foram idênticos aos usados pelo índice RDC/TMD (ANEXO C). Assim, o treinamento foi realizado pela leitura e discussão do protocolo de exame do segundo índice (Dworkin e LeResche, 1992). Para padronização da pressão de palpação, foi utilizada uma balança eletrônica, como sugerido por esses autores. Os examinadores aplicaram uma pressão sobre esta balança até que seja possível a repetição automatizada da pressão necessária. Em seguida, o examinador em treinamento, juntamente com um Professor Adjunto da PUC Minas na graduação e no Programa de Pós-Graduação, especialista em Prótese Dentária e em Implantodontia, mestrado em Odontologia pela PUC Minas (2005) e doutorado em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais realizaram os exames clínicos entre si e em dois alunos do curso de graduação em Odontologia, com o objetivo de fixar e discutir os critérios diagnósticos. Estes exames foram realizados na clínica da Faculdade de Odontologia, em equipamento odontológico, utilizando equipamentos de proteção individual e seguindo as normas de biossegurança impostas pela instituição. Após as avaliações, os participantes fizeram a análise do exame realizado, tanto entre si, apontando as particularidades observadas, quanto com os alunos analisados, para indicações de particularidades notadas por eles. Quando houve diferença de diagnóstico, nova avaliação foi realizada.

Posteriormente, 15 pacientes, com ou sem sinais e sintomas de DTM, foram selecionados aleatoriamente de uma lista de encaminhados para as clínicas e foram examinados pelos dois examinadores. Os valores obtidos por cada examinador para

os subíndices (funcional, muscular e articular) e para o índice TMI (Pehling *et al.*, 2002) foram comparados, utilizando-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) que é uma das ferramentas estatísticas utilizadas para a mensuração da confiabilidade entre medidas quantitativas. O ICC gera valor que variam entre 0 e 1 e pode ser interpretado da seguinte forma: **< 0,40** - confiabilidade ruim ou insatisfatória; **0,40 a 0,75** - Confiabilidade Moderada; **> 0,75** - confiabilidade excelente ou satisfatória. Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

A tabela 1 apresenta a análise de confiabilidade das pontuações obtidas pelo índice TMI, tanto no geral quanto em suas subescalas, comparando as avaliações realizadas por 2 examinadores. O ICC estimado para o TMI foi de 0,84, com intervalo de confiança de 95% variando de 0,58 a 0,95. Esses resultados indicam uma confiabilidade excelente/satisfatória ($ICC > 0,75$) entre as pontuações atribuídas pelos 2 avaliadores. No entanto, a ampla variação do intervalo de confiança (de 0,58 a 0,95) sugere uma variabilidade significativa, que deve ser considerada ao interpretar os dados, pois o limite inferior do intervalo ainda indica uma confiabilidade moderada.

Tabela 1: Análise comparativa entre dois examinadores quanto ao TMI e seus subíndices

Escalas do TMI	Medidas descritivas				ICC (I.C. de 95%)
	Mínimo	Máximo	Média	D.p.	
IF-1	0,00	0,58	0,32	0,16	0,58
IF-2	0,00	0,67	0,31	0,19	(0,26 – 0,89)
IM-1	0,00	0,80	0,39	0,21	0,87
IM-2	0,00	1,00	0,45	0,29	(0,64 – 0,96)
IA-1	0,00	0,50	0,29	0,18	0,80
IA-2	0,00	0,50	0,21	0,19	(0,48 – 0,93)
TMI-1	0,00	0,60	0,32	0,17	0,84
TMI-2	0,02	0,68	0,34	0,18	(0,58 – 0,95)

Legenda: 1 - Examinador 1; 2 – Examinador 2; D.p – Desvio Padrão; ICC - Coeficiente de Correlação Intraclasse

Fonte: Elaborado pela autora

3.3.2 Avaliação do impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM

Após o diagnóstico e a determinação da gravidade da DTM, foi avaliado o seu impacto nas atividades diárias desses pacientes, por meio do instrumento OHIP 14 (Slade, 1997), questionário esse já testado e validado para o uso na língua e cultura brasileira. Para padronização da aplicação desse indicador, o questionário foi aplicado através de entrevista, no mesmo dia, previamente ao exame clínico.

A versão utilizada foi proposta por Vieira (2003), onde há uma pequena alteração nas perguntas, em que as palavras “seus dentes e dentaduras” foram substituídas por “sua articulação” (ANEXO G). Explicações adicionais, quando necessárias, foram fornecidas para que ficasse claro ao entrevistado que estávamos nos referindo à articulação temporomandibular e evitar que os entrevistados relatassem algum impacto provocado por causa de problemas dentários ou relacionados a presença de próteses, e somente os relatos de incapacidades provocadas por problemas relacionadas a sua boca e articulação fossem considerados naquele momento. O formulário utilizado é apresentado no quadro 1.

O formulário OHIP 14 é composto por sete dimensões, representadas pelas seguintes questões:

- a) Limitações funcionais: questões 1 e 2 do formulário;
- b) Dor física: questões 3 e 4 do formulário;
- c) Desconforto psicológico: questões 5 e 6;
- d) Incapacidade física: questões 7 e 8;
- e) Incapacidade psicológica: questões 9 e 10;
- f) Incapacidade social: questões 11 e 12;
- g) Invalidez: questões 13 e 14.

Quadro 1: OHIP 14 modificado para esta pesquisa

Marque com um X a resposta	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
3. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?						
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
5. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
6. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
10. Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						

Fonte: Slade (1997)

Para calcular o impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM, foi utilizado o método padrão de cálculo do OHIP 14, utilizando o peso específico para cada questão (Allen; Locker, 1997). As seguintes pontuações eram atribuídas a cada resposta:

- a) nunca – 0;
- b) raramente – 1;
- c) às vezes – 2;
- d) frequentemente – 3;
- e) sempre – 4;
- f) não sabe – exclusão (de todo formulário).

Além disso, esse valor foi multiplicado pelo peso de cada pergunta como se segue:

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Peso	0,51	0,49	0,34	0,66	0,45	0,55	0,52	0,48	0,60	0,40	0,62	0,38	0,59	0,41

Dessa forma, ao somar a pontuação final de todas as perguntas, obtivemos valores, variando entre 0 e 28 pontos. Quanto maior a pontuação apresentada, maior foi a percepção do impacto pelo indivíduo (Slade, 1997).

3.3.3 Diagnóstico e determinação da gravidade da DTM

Os pacientes foram submetidos ao exame clínico, avaliados de acordo com os critérios do eixo I do índice RDC/TMD, proposto por Dworkin e Leresche (1992) (ANEXO C) e as anotações feitas, utilizando o formulário traduzido e validado para o português, publicado por Pereira Junior *et al.* (2004) (ANEXO D). Os exames foram realizados nas clínicas da faculdade, utilizando os equipamentos de proteção individual e seguindo as normas de biossegurança. A partir dessas informações coletadas, foi realizado o diagnóstico, de acordo com o eixo I do índice RDC/TMD (ANEXO E), e a determinação da gravidade da DTM (ANEXO F), de acordo com o Índice Temporomandibular (Pehling *et al.*, 2002).

3.4 Análise estatística

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica, para posterior análise estatística. Com o propósito de avaliar a relação da qualidade de vida entre o sexo dos pacientes e os diagnósticos de DTM da pesquisa, o teste não-paramétrico

de *Mann-Whitney* foi aplicado aos dados pois, uma das categorias possui um tamanho amostral muito pequeno ($n < 15$). Nessas situações, a presença de assimetria acentuada e/ou presença de *outliers* severos pode influenciar significativamente as médias e as medidas de dispersão. Assim, o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* é recomendado por não pressupor normalidade e ser mais adequado para amostras reduzidas ou com distribuição não simétrica. O intuito desse teste é avaliar se existe diferença significativa ou não na distribuição das medidas de uma variável quantitativa (contínua ou ordinal) entre 2 grupos de interesse. Já para avaliar a associação da gravidade da DTM e a qualidade de vida, duas variáveis quantitativas de interesse, foi aplicada a *Análise de Correlação de Pearson*, teste paramétrico amplamente utilizado em pesquisas científicas, e sua utilização baseia-se no Teorema Central do Limite. Esse teorema estabelece que, para amostras de tamanho suficientemente grande, a distribuição das médias amostrais tende a uma distribuição Normal, independentemente da distribuição original dos dados. Esse método permite avaliar a força e a direção da relação linear entre duas variáveis, fornecendo um coeficiente de correlação (r) que varia entre -1 e 1. Valores próximos a 1 indicam uma forte correlação positiva, próximos a -1 indicam uma forte correlação negativa, enquanto valores próximos a 0 sugerem ausência de correlação linear significativa.

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. Por fim, após a análise dos resultados, foi realizada análise comparativa de literatura com estudos desenvolvidos de forma semelhante, prévios à pandemia da COVID-19.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Dor orofacial e impacto na qualidade de vida de pacientes com DTM: análise pós COVID-19

Artigo preparado de acordo com as normas do periódico: **Brazilian Dental Journal (Qualis A2)**.

Normas para submissão de artigos podem ser visualizadas no endereço eletrônico:

<https://www.scielo.br/journal/bdj/about/#instructions>

Dor orofacial e impacto na qualidade de vida de pacientes com DTM: análise pós COVID-19

Impacto da dor orofacial após a COVID-19

Bruna Silva Schievelbein¹, Ana Clara Buitrago Benício², Júlia Cortes de Almeida², Paulo Isaias Seraidarian³

¹ Mestranda, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Graduanda em Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Professor Adjunto, Departamento de Odontologia, Programa de Pós Graduação em Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

¹**Autor correspondente:** Bruna Silva Schievelbein, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Av. Dom José Gaspar, 500 – Prédio 46/sala 101, Coração Eucarístico Belo Horizonte - MG, Brasil. 30.535-901, Telefone: +55 53 99167-2168, E-mail: brunaschievelbein@hotmail.com

RESUMO

Para analisar o impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (OHRQoL) de pacientes com dor orofacial devido a disfunções temporomandibulares (DTM) e a influência da pandemia da COVID-19 nessa relação, foi realizado estudo transversal com pacientes encaminhados para tratamento de DTM. Métodos: A amostra foi composta por 40 participantes, apresentando sintomas de DTM. O diagnóstico das DTM foi realizado através do Eixo I do Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), a gravidade da DTM foi analisada pelo Índice Temporomandibular (TMI) e o impacto da OHRQoL foi registrado usando o Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Análises comparativas foram realizadas através de testes estatísticos e resultados foram considerados significantes quando $p < 0.05$. Resultados: Os diagnósticos mais presentes nos grupos I, II e III do eixo I do RDC/TMD foram: Dor miofascial, deslocamento de disco com redução e artralgia, respectivamente. Não foi encontrada relação entre sexo e OHRQoL de pacientes com DTM ($P > 0,05$). Quanto aos diagnósticos de DTM, a presença de diagnósticos do grupo III do eixo I RDC/TMD apresentou piora estatisticamente significativa na OHRQoL ($p = 0,029$). Todos os pacientes tiveram impacto negativo em pelo menos uma questão do OHIP-14. A gravidade da DTM foi diretamente relacionada ao impacto na OHRQoL ($p < 0,001$). Portanto, constatou-se que presença de artralgia, artrite e artrose e a gravidade da DTM estão diretamente associadas a impacto na OHRQoL. Os resultados desse estudo, se assemelhem aos anteriores à pandemia.

Palavras-chave: dor facial; transtornos da articulação temporomandibular; qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTM) são frequentemente citadas como uma das principais causas de dor orofacial crônica não associada a dentes (1). Segundo o NIDCR (2) a prevalência das DTM no geral é de 5% a 12% da população, e distúrbios não musculares, diretamente relacionados a articulação podem atingir cerca de 30% dos adultos acima de 20 anos, e 11% de crianças/adolescentes, de 7 a 19 anos (3). Assim, as DTM são tidas como as segundas condições musculoesqueléticas mais comuns, que resultam em dor podendo levar até mesmo a incapacidade (2).

Alguns dos sintomas mais frequentemente relatados nas DTM são: dor a mastigação, limitação de abertura bucal, desvio mandibular durante movimento, sons provenientes da ATM e/ou dores de cabeça ou na face. A sensação dolorosa pode variar para cada paciente podendo ir de um leve desconforto a uma dor debilitante, incapacitante (1,4,5). Essa dor relatada pelos pacientes com DTM é seguidamente associada a impacto na qualidade de vida desses indivíduos (6-9, 10).

A pandemia da COVID-19 trouxe não apenas sequelas na saúde física da população mundial, mas também um impacto severo na saúde mental e bem-estar geral (11,12). A estimativa da OMS é de um aumento de 27,6% em casos de transtorno depressivo maior e de 25,6% em transtornos de ansiedade mundialmente após a COVID-19. Os resultados foram diretamente relacionados a dois indicadores: a redução da mobilidade da população e ao índice diário de infecções pela SARS-CoV-2 (13).

As DTM são classificadas como doenças multifatoriais com gatilhos que podem ser biológicos, ambientais, sociais, emocionais e cognitivos (5). E em razão desses efeitos adversos na saúde mental e estado emocional dos indivíduos (estresse, ansiedade, depressão) e o conhecido impacto dessas condições psicológicas nas DTM causando agravamento de seus sinais e sintomas, estudos têm mostrado a relação e as consequências da pandemia de COVID-19 nessas enfermidades (14-17).

Assim, as DTM que são muitas vezes causas de dores orofaciais e têm relação bidirecional podem ser agravadas devido ao estresse e transtornos psicológicos em uma relação bidirecional, são amplamente relacionadas a impactos na qualidade de vida nesses pacientes. Destaca-se então, a importância de avaliação recente de pacientes com diagnóstico de DTM para entendermos as consequências e reflexos desse período de pandemia da COVID-19 para melhor auxiliá-los.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo transversal foi realizado em acordo com as normas e diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais através de número CAAE: 75373723.0.0000.5137.

Os pacientes atendidos foram esclarecidos a respeito da pesquisa, de seus objetivos, dos procedimentos do estudo, dos benefícios, dos riscos e desconfortos e do caráter confidencial dos registros e convidados a participar da mesma. Aqueles que concordaram em participar leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A todos os pacientes foi assegurado tratamento gratuito e incondicional nas disciplinas às quais já estivessem em tratamento e caso necessário feito encaminhamento para a clínica adequada.

Seleção da amostra

Participaram do estudo 40 pacientes aguardando tratamento na disciplina de Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial do Departamento de Odontologia da PUC Minas, e alunos do curso de Odontologia da PUC Minas que se voluntariaram e se enquadravam nos requisitos da pesquisa. Os exames foram realizados no período de junho a dezembro de 2024. Foram incluídos pacientes com queixa de dor orofacial, sintomas e sinais de DTM e não que tivessem passado por tratamento de DTM nos últimos 4 anos. Foram excluídos indivíduos com deficiência intelectual que os incapacitassem a responder adequadamente às perguntas do exame e do questionário.

Diagnóstico e determinação da gravidade da DTM

O protocolo de avaliação das ATMs foi conduzido por um examinador previamente calibrado, de acordo com os critérios do Índice RDC/TMD: Eixo I (18) para diagnosticar o tipo de DTM e as anotações feitas, utilizando o formulário traduzido e validado para o português, publicado por Pereira Junior *et al.* (19).

A gravidade da DTM foi determinada de acordo com o Índice Temporomandibular (TMI). O TMI pode ser calculado levando em consideração os achados clínicos do protocolo RDC/TMD (20) e é constituído por três subíndices: índice funcional (IF), índice muscular (IM) e índice articular (IA). O IF verifica a presença de dor ou limitação durante os movimentos

mandibulares, através de 12 itens. O IM investiga a dor associada à palpação dos músculos mastigatórios previamente palpados (20 itens) e o IA averigua a presença de dor e/ou ruídos articulares durante a palpação da ATM e nos movimentos da mandíbula por meio de 8 itens. O escore TMI é a média dos escores dos seus subíndices, que podem variar de 0 a 1, em que valores mais altos representam uma DTM mais grave.

Avaliação do impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com DTM

Após o diagnóstico e a determinação da gravidade da DTM, foi avaliado a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) desses pacientes, por meio do instrumento OHIP-14 (21), questionário esse já testado e validado para o uso na língua e cultura brasileira. O OHIP-14 é composto por 14 questões, divididas em 7 dimensões: 1 - limitação funcional, 2 - dor física, 3 - desconforto psicológico, 4 - incapacidade física, 5 - incapacidade psicológica, 6 - incapacidade social e 7 - invalidez.

A versão utilizada foi proposta por Vieira (22), onde há pequena alteração nas perguntas, em que as palavras “seus dentes e dentaduras” foram substituídas por “sua articulação” Para padronização da aplicação desse indicador, o questionário foi aplicado através de entrevista, no mesmo dia, previamente ao exame clínico.

Para calcular o impacto da dor orofacial na OHRQoL dos pacientes com DTM, foi utilizado o método padrão de cálculo do OHIP, utilizando o peso específico para cada questão (23). Então, ao somar a pontuação final de todas as perguntas, obtém-se valores, variando entre 0 e 28 pontos. As dimensões podem apresentar variação de 0 a 4. Quanto maior a pontuação apresentada, maior é a percepção do impacto pelo indivíduo (21).

Análise estatística

A relação da qualidade de vida entre o sexo dos pacientes e os diagnósticos específicos de DTM foi realizada através do teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*. Já para avaliar a associação da gravidade da DTM e a OHRQoL, foi aplicada a Análise de Correlação de *Pearson*, teste paramétrico amplamente utilizado em pesquisas científicas. A análise foi realizada através do *software* estatístico IBM SPSS (versão 26.0 para Windows).

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. Por fim, após a análise dos resultados, foi feita análise comparativa

de literatura com estudos desenvolvidos de forma semelhante, prévios a pandemia da COVID-19.

RESULTADOS

No grupo avaliado, 32 indivíduos eram do sexo feminino (80%) e 8 do masculino (20%). Em relação a idade, houve uma variação de 13 a 72 anos, com uma idade média de 41 anos.

Quanto ao diagnóstico de DTM, os indivíduos foram classificados em: grupo I - distúrbios musculares; grupo II - deslocamento de disco; e grupo III - artralgia, artrite e artrose (Tabela 1) (18)

Em relação a gravidade da DTM, os valores do índice TMI apresentaram variação de 0,17 a 0,71 pontos, seus subíndices também não apresentaram variação máxima possível, o valor de 1 (Tabela 2).

O OHIP-14 foi respondido por todos 40 pacientes avaliados, porém 2 foram excluídos devido a respostas positivas no critério “não sei”. Na amostra final avaliada, o valor geral do questionário variou de 1,79 a 20,92 pontos, com média de 10,53 pontos (Tabela 3). Os demais critérios foram avaliados de acordo com o peso de cada questão. Todos os entrevistados responderam positivamente para pelo menos alguma questão do questionário, relatando algum impacto negativo, porém nenhum respondeu “sempre” para todas as questões.

Os dados da tabela 4 demonstram não haver diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, em nenhuma dimensão do OHIP-14.

A relação entre OHRQoL e diagnóstico clínico da DTM foi avaliada conforme os grupos do eixo I do RDC/TMD. No grupo de distúrbios musculares, devido ao baixo número de pacientes sem diagnóstico (apenas 3), não foi possível realizar comparação entre pacientes com e sem dor miofascial. Fez-se, porém, a análise comparativa entre os grupos com diagnóstico de dor miofascial e dor miofascial com redução de abertura e OHRQoL, sem correlações estatisticamente significantes (Tabela 5). A correlação da OHRQoL com presença de diagnósticos do grupo II do eixo I do RDC/TMD (deslocamento de disco) não foi estatisticamente significativa, e está descrita na tabela 6. A análise de presença de diagnósticos do Grupo III do eixo I do RDC/TMD (artralgia, artrite e artrose) com o OHRQoL apresentou diferenças estatisticamente significantes para o parâmetro geral e para incapacidade física e está demonstrada na tabela 7.

Na tabela 8 observou-se correlação positiva e moderada do valor geral do OHIP com a gravidade da DTM e seus subíndices funcional e muscular. Quanto aos domínios do questionário, todos apresentaram diversas correlações significativas e também positivas, exceto

as limitações funcionais que isoladamente não apresentaram correlação nem positiva, nem negativa no TMI e em nenhum subíndice. O índice articular teve correlação significativa e positiva somente no domínio incapacidade física. Nenhuma correlação negativa foi observada no estudo.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas deste estudo são semelhantes as encontradas na literatura. A maior presença de pacientes mulheres com sinais e sintomas de DTM é observada em diversos estudos com amostras variadas (6,8,10,24,25). Mulheres têm duas vezes mais risco de desenvolverem DTM do que homens (26), havendo estudos que afirmam que os hormônios femininos desempenham um papel nas condições de dor em casos de DTM, mas o mecanismo exato ainda não foi totalmente esclarecido (27)

A faixa etária predominante se assemelha a estudos desta natureza. Jovens adultos foram a maioria observada por (6,8,10,25,26). Ademais, a grande concentração de pacientes entre 21 e 30 anos neste trabalho pode ser justificada pelo fato dessa pesquisa ter sido realizada em uma instituição de ensino superior onde muitos discentes que se encaixavam nos critérios de inclusão, aceitaram participar do estudo.

Quanto ao diagnóstico clínico da DTM, os valores observados vão ao encontro a vários estudos prévios com amostras advindas de pacientes encaminhados para tratamento de disfunções (3,6,8,28). No grupo I, a dor miofascial foi o principal achado relatado, no grupo II o deslocamento de disco com redução e no grupo III a artralgia foi a mais presente. Da mesma forma, dados semelhantes foram encontrados estudos com amostras de estudos populacionais, sem diagnóstico prévio de DTM (24). Os casos com diagnósticos de deslocamento de disco sem redução e sem limitação de abertura devem ser considerados com ressalvas, pois não foram utilizados exames de imagem articulares para confirmação desse diagnóstico.

A análise da Gravidade da DTM mostrou que os valores médios e de desvio-padrão do índice TMI e dos seus subíndices observados em grupos de indivíduos com sintomas de DTM em vários estudos foram semelhantes aos aqui encontrados (6,8). Essa semelhança provavelmente se dá pela similaridade das amostras dos estudos, composta por indivíduos com sintomas e à procura por tratamento de DTM.

O OHRQoL foi avaliado através do OHIP-14 e teve valor final similar ao encontrado na literatura em outros estudos, que também tiveram as dimensões dor física e desconforto psicológico do questionário como as mais comumente afetadas (6,8,9, 28-30). Pesquisas que comparam dados pré-pandêmicos com dados de durante a pandemia, apresentaram valores duas

vezes maior para OHIP do que os observados neste estudo. Porém, não houve diferenças entre os valores de antes e depois da COVID-19, demonstrando que os valores maiores provavelmente decorrem da amostra da pesquisa, não do período em que foi coletada (28,30).

Todos pacientes atendidos apresentaram algum impacto na OHRQoL e o mesmo é relatado por Lima *et.al.* (8). A semelhança pode ser atribuída ao fato de que pacientes com DTM, que relatam dor orofacial e buscam tratamento especializado, de fato apresentam limitações em suas atividades diárias, o que impacta negativamente sua qualidade de vida.

Apesar de relatos de maior impacto na OHRQoL vida em mulheres (8), os indivíduos avaliados nesta pesquisa não demonstraram diferença significativa entre os sexos. Da mesma forma, Rodrigues *et al.* (29) observaram médias dos valores do OHIP semelhantes para homens e mulheres. Barros *et al.* (6) observaram diferença significativa entre sexos apenas da Dimensão 1 (limitações funcionais) do questionário, mas, o valor geral do OHIP em sua pesquisa também não contou diferenças significativas. A ausência de diferença significativa entre os gêneros, no presente estudo e nos citados, pode ser devido à grande prevalência de mulheres nas amostras.

O baixo número de pacientes sem diagnóstico no grupo I do RDC/TMD, pode ser justificado pela amostra da pesquisa ser composta por pacientes encaminhados para tratamento de DTM e desordens musculares serem as mais frequentemente encontradas (24). Além disso, a falta de resultados significativos na análise entre grupos, pode ser atrelada ao fato de as duas variáveis analisadas apresentarem dor, sintoma comumente associado à piora da OHRQoL (6,8).

A presença de diagnóstico do grupo II do RDC/TMD (deslocamento de disco) não resultou em maior impacto na qualidade de vida, resultado que vai ao encontro a achados anteriores (6-8).

A significativa piora na OHRQoL dos pacientes com artralgia, artrite ou artrose em relação aos sem esses diagnósticos também foi demonstrada por Barros *et al.* (6). Porém diferente dessa pesquisa, eles observaram diferenças em todas as dimensões do OHIP, com exceção do desconforto psicológico. Por outro lado, Lima *et al.* (8) não observaram correlação positiva, o que pode ser resultado da ausência de diagnósticos de osteoartrite e artrose na amostra desse estudo, condições geralmente responsáveis por causar dores mais intensas nos pacientes.

A gravidade da DTM, mensurada por meio do TMI, mostrou relação moderada e positiva com o impacto nas atividades diárias avaliadas por meio do OHIP-14. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Barros *et al.* (6), com exceção do índice articular que

não apresentou diferença no presente estudo. Em contrapartida, Lima *et al.* (8) relataram impacto somente no subíndice muscular em todas as dimensões do OHIP, possivelmente devido à grande concentração de pacientes com desordens musculares na pesquisa.

Assim como este estudo observou resultados semelhantes às em pesquisas prévias à pandemia, Mendonça *et al.* (28) reavaliou durante o isolamento, pacientes com dados prévios a pandemia, não sendo observada piora na sensibilidade à dor, nem na OHRQoL em mulheres com sintomatologia dolorosa proveniente de DTM. Yap *et al.* (30) também reavaliaram pacientes durante a pandemia e não observaram diferenças estatísticas no score geral do OHIP, somente nos domínios desconforto psicológico e incapacidade psicológica.

Em contrapartida o estudo de Asquini *et al.* (16) concluiu que pessoas com DTM crônica eram mais suscetíveis ao sofrimento causado pela COVID-19, com piora de seu estado psicológico e aumento da gravidade da dor facial crônica. Seus resultados, entretanto, devem ser analisados com cautela devido a pequena amostra, ausência de grupo controle e deficiência de variáveis de percepção da dor. Outras pesquisas durante o isolamento relataram impactos negativos significativos em estados psicológicos e na OHRQoL de pessoas com sintomas de DTM (14,17) porém, os estudos apresentam limitações, devido à falta de exame físico das pesquisas, tendo sido realizadas somente avaliações através da resposta de formulários virtuais.

O presente trabalho, porém, apresenta limitações pois estudos transversais possuem limites claros para identificar causalidade. Também são limitações o baixo número de indivíduos avaliados, a verificação de diferenças e semelhanças a dados pré e pós pandemia da COVID-19 somente através de análise comparativa de literatura e o prazo transcorrido desde a pandemia. Porém, embora esse tempo possa ser visto como um ponto negativo, mesmo pesquisas realizadas durante o período de isolamento não encontraram diferenças estatisticamente significativas, como anteriormente relatado.

Embora os resultados desse estudo, e outros recentes, se assemelhem aos anteriores à pandemia, pacientes com DTM podem apresentar agravamento dos sinais e sintomas das disfunções após eventos esgotamento físico e emocional, ressaltando a importância de fornecer maior suporte e cuidado após essas situações. Assim, pode-se concluir que a presença de diagnóstico do grupo III do índice RDC/TMD (artralgia, artrite e artrose) apresentou correlação positiva e significativa com o impacto na qualidade de vida. Da mesma forma, a gravidade da DTM mensurada pelo TMI foi diretamente associada ao aumento do impacto na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *J Prosthet Dent.* 1997;77(5):510-22
2. NIDCR - National Institute of Dental and Craniofacial Research (2018) Prevalence of TMJD and its signs and symptoms.
3. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, Januzzi E, de Souza BDM. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2021 Feb;25(2):441-453.
4. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. *N Engl J Med.* 2008 Dec 18;359(25):2693-705.
5. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician.* 2015 Mar 15;91(6):378-86.
6. Barros V de M, Seraidarian PI, Côrtes MI, de Paula LV. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *J Orofac Pain.* 2009 Winter;23(1):28-37.
7. Lemos GA, Paulino MR, Forte FDS, Beltrão RTS, Batista AUD. Influence of temporomandibular disorder presence and severity on oral health-related quality of life. *Rev dor.* 2015 Jan;16(1):10-4.
8. Lima, CO de L, Caetano, PL, Miranda, JS, Malta, NV, Leite, ICG, Leite, FPP. Evaluation of the life quality in patients with Temporomandibular Disorders. *Brazilian Dental Science.* 2015;18(3):77-83.
9. Trize DM, Calabria MP, Franzolin SOB, Cunha CO, Marta SN. Is quality of life affected by temporomandibular disorders? *Einstein (Sao Paulo).* 2018 Nov 29;16(4):eAO4339.
10. Carvalho LRA, Sampaio AA, Campos FI, Rhodes GAC, Chalub LFFH, Ferreira RC. Temporomandibular disorder and Oral health-related quality of life in Brazilian adults: a population-based survey. *Glob J Health Sci.* 2021;13:95-105.
11. Barros MB de A, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS de, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde [Internet].* 2020;29(4):e2020427.
12. Medeiros RAD, Vieira DL, Silva EVFD, Rezende LVMDL, Santos RWD, Tabata LF. Prevalence of symptoms of temporomandibular disorders, oral behaviors, anxiety, and depression in Dentistry students during the period of social isolation due to COVID-19. *J Appl Oral Sci [Internet].* 2020;28:e20200445
13. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 2021;398(10312):1700-1712.
14. Emodi-Perlman A, Eli I, Smardz J, Uziel N, Wieckiewicz G, Gilon E, Grychowska N, Wieckiewicz M. Temporomandibular Disorders and Bruxism Outbreak as a Possible Factor of Orofacial Pain Worsening during the COVID-19 Pandemic-Concomitant Research in Two Countries. *J Clin Med.* 2020 Oct 12;9(10):3250.
15. Emodi-Perlman A, Eli I. One year into the COVID-19 pandemic - temporomandibular disorders and bruxism: What we have learned and what we can do to improve our manner of treatment. *Dent Med Probl.* 2021 Apr-Jun;58(2):215-218.
16. Asquini G, Bianchi AE, Borromeo G, Locatelli M, Falla D. The impact of Covid-19-related distress on general health, oral behaviour, psychosocial features, disability and pain intensity in a cohort of Italian patients with temporomandibular disorders. *PLoS One.* 2021 Feb 2;16(2):e0245999.

17. Weng S, Hou S, Jiao X, Sun Y. Adverse Impacts of Temporomandibular Disorders Symptoms and Tooth Loss on Psychological States and Oral Health-Related Quality of Life During the COVID-19 Pandemic Lockdown. *Front Public Health*. 2022 Jul 8;10:899582.
18. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord*. 1992 Fall;6(4):301-55.
19. Pereira Junior, F. *et al*. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD): formal translation to Portuguese. *Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada*. 2004,8(47):384-395.
20. Pehling J, Schiffman E, Look J, Shaefer J, Lenton P, Friction J. Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2002 Fall;16(4):296-304.
21. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284-90.
22. VIEIRA, Branca Heloísa de Oliveira Martins. Prevalence and impact of the population of pregnant women in Rio de Janeiro 2003. 205 p. Thesis (Doctorate in Public Health) – State University of Rio de Janeiro, Institute of Social Medicine, Department of Epidemiology, Rio de Janeiro.
23. Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral impact profile. *Community Dent Health*. 1997; 14: 133-8.
24. Progiante PS, Pattussi MP, Lawrence HP, Goya S, Grossi PK, Grossi ML. Prevalence of Temporomandibular Disorders in an Adult Brazilian Community Population Using the Research Diagnostic Criteria (Axes I and II) for Temporomandibular Disorders (The Maringá Study). *Int J Prosthodont*. 2015 Nov-Dec;28(6):600-9.
25. Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLPD, Bonan PRF, Batista AUD. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in college preparatory students: associations with emotional factors, parafunctional habits, and impact on quality of life. *Cien Saude Colet*. 2018 Jan;23(1):173-186.
26. Bueno CH, Pereira DD, Pattussi MP, Grossi PK, Grossi ML. Gender differences in temporomandibular disorders in adult populational studies: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2018 Sep;45(9):720-729.
27. Lora VR, Canales Gde L, Gonçalves LM, Meloto CB, Barbosa CM. Prevalence of temporomandibular disorders in postmenopausal women and relationship with pain and HRT. *Braz Oral Res*. 2016 Aug 22;30(1):e100.
28. Mendonça AKR, Fontoura LPG, Rocha TDD, Fontenele RC, Nunes TNB, Regis RR, Pinto-Fiamengui LMS. Influence of the COVID-19 pandemic on pain and oral health-related quality of life in women with temporomandibular disorder. *Dental Press J Orthod*. 2022 Jul 4;27(3):e2220422.
29. Rodrigues C, Magri L, Melchior M, Mazzetto M. Evaluation of the impact on quality of life of patients with temporomandibular disorders. *Rev Dor*. 2015; 16(3):181-5.
30. Yap AU, Lei J, Liu C, Fu KY. Comparison of painful temporomandibular disorders, psychological characteristics, sleep quality, and oral health-related quality of life of patients seeking care before and during the Covid-19 pandemic. *BMC Oral Health*. 2023 Jul 1;23(1):438.

TABELA 1 - Caracterização dos pacientes segundo o eixo I do RDC/TMD

Variável	Frequência	
	n (%)	
Grupo I		
Sem diagnóstico	3 (7,5%)	
Dor miofascial	28 (70%)	
Dor miofascial com limitação de abertura	9 (22,5%)	
Grupo II		
Ausente	35 (87,5%)	
Presente	5 (12,5%)	
	Lado direito	Lado esquerdo
Sem diagnóstico	38 (95%)	35 (87,5%)
Deslocamento de disco com redução	2 (5%)	4 (10%)
Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura	0 (0%)	0 (0%)
Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura	0 (0%)	1 (2,5%)
Grupo III		
Ausente	11 (27,5%)	
Presente	29 (72,8%)	
	Lado direito	Lado esquerdo
Sem diagnóstico	14 (35%)	20 (50%)
Artralgia	18 (45%)	15 (37,5%)
Osteoartrite	8 (20%)	4 (10%)
Osteoartrose	0 (0%)	1 (2,5%)

n avaliado = 40 pacientes

TABELA 2 - Caracterização dos pacientes segundo os índices TMI e seus subíndices

Índice	Medidas descritivas			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
TMI	0,17	0,71	0,46	0,16
Funcional	0,08	0,83	0,46	0,18
Muscular	0,10	0,95	0,54	0,21
Articular	0,00	0,75	0,40	0,20

TABELA 3 – Caracterização dos pacientes segundo a qualidade de vida (OHIP)

Variável	Frequência					
	Mín	Max	Mediana	Q ₁ -Q ₃	Média	D.p
OHIP geral	1,79	20,92	10,37	4,86 – 14,94	10,53	5,43
Limitações funcionais	0,00	2,98	0,49	0,00 – 1,02	0,63	0,79
Dor física	0,68	4,00	2,50	1,34 – 3,00	2,39	1,04
Desconforto psicológico	0,45	4,00	2,72	1,80 – 3,48	2,58	1,08
Incapacidade física	0,00	3,04	1,04	0,00 – 2,00	1,20	0,98
Incapacidade psicológica	0,00	4,00	1,80	0,60 – 2,40	1,69	1,14
Incapacidade social	0,00	4,00	0,69	0,00 – 1,68	0,95	1,09
Invalidez	0,00	3,59	1,18	0,00 – 1,64	1,10	0,98

Mín – Mínimo; Max – Máximo; Q₁ - 1º quartil; Q₃ - 3º quartil; D.p – Desvio padrão

TABELA 4 - Análise descritiva e comparativa entre o grupo feminino e o masculino quanto à qualidade de vida

OHIP 14 e dimensões	Sexo	Medidas descritivas			p	r
		Mediana	Média	D.p		
Geral	Feminino	10,61	10,60	4,96	0,720	0,06
	Masculino	7,55	10,27	7,34		
1- Limitações funcionais	Feminino	0,49	0,60	0,75	0,955	0,01
	Masculino	0,26	0,75	1,00		
2- Dor física	Feminino	2,51	2,39	1,14	0,885	0,02
	Masculino	2,50	2,38	0,57		
3- Desconforto psicológico	Feminino	2,90	2,59	1,05	0,857	0,03
	Masculino	2,22	2,54	1,28		
4- Incapacidade física	Feminino	1,28	1,27	0,92	0,413	0,13
	Masculino	0,26	0,95	1,22		
5- Incapacidade psicológica	Feminino	1,80	1,76	1,0	0,314	0,16
	Masculino	1,10	1,40	1,55		
6- Incapacidade social	Feminino	0,69	0,94	1,07	0,926	0,02
	Masculino	0,38	0,97	1,26		
7- Invalidez	Feminino	1,18	1,05	0,87	0,728	0,06
	Masculino	1,09	1,29	1,38		

D.p. - Desvio-padrão; r - Tamanho de efeito para teste não-paramétrico; p - Probabilidade de significância do teste de Mann-Whitney

TABELA 5 - Análise descritiva e comparativa entre os grupos de dor miofascial com ou sem limitação de abertura quanto à qualidade de vida

OHIP 14 e dimensões	Limitação de abertura	Medidas descritivas					p	r
		Min.	Max.	Mediana	Média	D.p		
Geral	Ausente	2,62	20,92	10,50	10,84	5,42	0,409	0,14
	Presente	3,44	17,46	13,48	12,15	4,54		
Limitações funcionais	Ausente	0	2,98	0,51	0,72	0,89	0,935	0,01
	Presente	0	1,02	0,50	0,56	0,42		
Dor física	Ausente	0,68	4	2,66	2,36	0,95	0,127	0,26
	Presente	1,02	4	3,17	2,96	1,10		
Desconforto psicológico	Ausente	0,45	4	2,55	2,55	1,07	0,342	0,16
	Presente	1,1	4	2,92	2,99	1,01		
Incapacidade física	Ausente	0	3,04	1,04	1,25	0,97	0,578	0,09
	Presente	0	3	1,54	1,46	0,94		
Incapacidade psicológica	Ausente	0	4	1,80	1,79	1,17	0,541	0,10
	Presente	0	2,6	2,20	1,90	0,84		
Incapacidade social	Ausente	0	4	0,62	1,02	1,19	0,614	0,09
	Presente	0	2	1,19	1,07	0,77		
Invalidez	Ausente	0	3,59	1,18	1,14	1,03	0,674	0,07
	Presente	0	2,59	1,18	1,21	0,89		

D.p. - Desvio-padrão;

r - Tamanho de efeito para teste não-paramétrico;

p - Probabilidade de significância do teste de Mann-Whitney

TABELA 6 - Análise descritiva e comparativa entre presença e ausência de deslocamento de disco quanto à qualidade de vida

OHIP 14 e dimensões	Deslocamento de disco	Medidas descritivas					p	r
		Min.	Max.	Mediana	Média	d.p		
Geral	Ausente	2,62	20,95	10,72	10,71	5,55	0,650	0,07
	Presente	1,79	15,44	10,24	9,33	4,92		
Limitações funcionais	Ausente	0	2,98	0,49	0,65	0,83	0,964	0,01
	Presente	0	1,02	0,51	0,50	0,50		
Dor física	Ausente	0,68	4	2,66	2,41	1,03	0,777	0,05
	Presente	1,02	4	2,00	2,27	1,23		
Desconforto psicológico	Ausente	0,45	4	2,55	2,58	1,07	0,931	0,01
	Presente	0,45	4	2,90	2,57	1,30		
Incapacidade física	Ausente	0	3,04	1,52	1,26	1,02	0,293	0,17
	Presente	0	1,52	0,96	0,81	0,57		
Incapacidade psicológica	Ausente	0	4	1,64	1,68	1,18	0,729	0,06
	Presente	0	2,4	2,00	1,72	1,00		
Incapacidade social	Ausente	0	4	0,76	0,99	1,14	0,637	0,08
	Presente	0	1,52	1,00	0,84	0,85		
Invalidez	Ausente	0	3,59	1,18	1,14	1,00	0,507	0,11
	Presente	0	2	1,00	0,84	0,85		

D.p. - Desvio-padrão; r - Tamanho de efeito para teste não-paramétrico;
p - Probabilidade de significância do teste de Mann-Whitney

TABELA 7 - Análise descritiva e comparativa entre presença e ausência de alterações do grupo III quanto à qualidade de vida

OHIP 14 e dimensões	Diagnósticos do grupo III	Medidas descritivas					p	r
		Min.	Max.	Mediana	Média	d.p		
Geral	Ausente	1,79	19,84	4,84	7,49	5,63	0,029*	0,35
	Presente	2,62	20,92	11,47	11,62	5,02		
Limitações funcionais	Ausente	0	2,02	0,00	0,35	0,67	0,109	0,26
	Presente	0	2,98	0,51	0,73	0,85		
Dor física	Ausente	0,68	4	2,17	2,17	1,02	0,423	0,13
	Presente	0,68	4	2,68	2,47	1,05		
Desconforto psicológico	Ausente	0,45	4	1,90	2,24	1,15	0,243	0,19
	Presente	0,45	4	2,90	2,70	1,05		
Incapacidade física	Ausente	0	2,08	0,00	0,46	0,71	0,007*	0,43
	Presente	0	3,04	1,52	1,46	0,94		
Incapacidade psicológica	Ausente	0	3,4	0,60	1,02	1,11	0,032*	0,35
	Presente	0	4	2,000	1,92	1,08		
Incapacidade social	Ausente	0	4	0,00	0,55	1,25	0,056	0,31
	Presente	0	3,38	1,07	1,09	1,02		
Invalidez	Ausente	0	2,36	0,30	0,69	0,85	0,140	0,24
	Presente	0	3,59	1,18	1,25	1,00		

D.p. - Desvio-padrão; r - Tamanho de efeito para teste não-paramétrico;

p - Probabilidade de significância do teste de Mann-Whitney;

* - Resultado estatisticamente significativo;

OHIP1 - Limitações funcionais; OHIP2 - Dor física; OHIP3 - Desconforto psicológico; OHIP4 - Incapacidade física; OHIP5 - Incapacidade psicológica; OHIP6 - Incapacidade social; OHIP7 - Invalidez

TABELA 8 - Análise de Correlação do índice TMI e seus subíndices com o índice OHIP e seus domínios

Qualidade de vida		Variável			
		TMI	IF	IM	IA
OHIP geral	r	0,60	0,52	0,60	0,31
	p	< 0,001*	0,001*	< 0,001*	0,061
Limitações funcionais	r	0,30	0,16	0,31	0,25
	p	0,063	0,326	0,057	0,131
Dor física	r	0,53	0,34	0,61	0,29
	p	0,001*	0,036*	< 0,001*	0,080
Desconforto psicológico	r	0,44	0,46	0,42	0,17
	p	0,006*	0,003*	0,009*	0,311
Incapacidade física	r	0,45	0,38	0,44	0,24
	p	0,005*	0,019*	0,005*	0,141
Incapacidade psicológica	r	0,63	0,56	0,57	0,36
	p	< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*	0,028*
Incapacidade social	r	0,36	0,36	0,36	0,14
	p	0,026*	0,025*	0,025*	0,392
Invalidez	r	0,46	0,45	0,45	0,19
	p	0,004*	0,004*	0,005*	0,256

r - Coeficiente de Correlação de Pearson; p - Probabilidade de significância da Análise de Correlação de Pearson;
 * - Resultado estatisticamente significativo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo transversal demonstraram que a maioria dos pacientes teve diagnóstico de desordem muscular (grupo I do índice RDC/TMD), seguido pelos diagnósticos de artrite, artrose ou artralgia (grupo III do índice RDC/TMD) e o diagnóstico menos frequente foi o de deslocamento de disco (grupo II do índice RDC/TMD).

A gravidade da DTM nos indivíduos da pesquisa foi alta de acordo com o índice TMI e seus subíndices. E todos os pacientes da amostra apresentaram algum impacto na qualidade de vida. As dimensões dor física e desconforto psicológico se mostraram as mais afetadas, com maiores valores. E a maioria dos pacientes apresentou impacto médio ou alto da dor na sua qualidade de vida.

Não houve diferença estatística no impacto na qualidade de vida entre homens e mulheres na amostra do estudo.

Também não houve diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre pacientes com dor miofascial com e sem limitação de abertura e entre pacientes com presença e ausência de diagnósticos do grupo II do Eixo I do RDC/TMD. Porém, o grupo III do índice RDC/TMD (artralgia, artrite e artrose) apresentou correlação positiva e significativa entre a presença de diagnósticos e o impacto na qualidade de vida.

A gravidade da DTM foi relacionada direta e positivamente ao impacto na qualidade de vida. Essa correlação moderada indica que ao ocorrer aumento do valor do TMI, os valores do OHIP 14, em praticamente todas suas dimensões, também aumentaram.

Os resultados encontrados são muito semelhantes aos de estudos prévios a pandemia da COVID-19, não podendo ser observado agravamento do impacto na qualidade de vida após esse período. Porém, essa comparação foi feita com base na literatura pré-existente, não em dados estatísticos. Mais investigações podem ser conduzidas, em estudos onde dados prévios à pandemia tenham sido coletados para fidelidade da amostra. Estudos como esse são importantes para aumentar a compreensão dos impactos pelos quais os pacientes com DTM tenham vivido e permitir a proposição de abordagens que minimizem os efeitos.

REFERÊNCIAS

ALLEN, P. F.; LOCKER, D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community Dental Health**, v. 14, n. 3, p. 133-138, Sept. 1997.

BARROS, V. M. *et al.* The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. **Journal of Orofacial Pain**, v. 23, n. 1, p. 28-37, 2009.

CONTI, P. C. R. *et al.* Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. 1, p. 120-123, 2012.

COVID-19 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 398, n. 10312, p. 1700-1712, Nov. 2021.

DAHLSTRÖM, L.; CARLSSON, G. E. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 68, n. 2, p. 80-85, Mar. 2010.

DWORKIN, S. F., LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **Journal of Craniomandibular Disorders: Facial & Oral Pain**, v. 6, n. 4, p. 301-355, 1992.

EMODI-PERLMAN, A.; ELI, I. One year into the COVID-19 pandemic - temporomandibular disorders and bruxism: What we have learned and what we can do to improve our manner of treatment. **Dental and Medical Problems**, v. 58, n. 2, p. 215-218, 2021.

GAUER, R. L.; SEMIDEY, M. J. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. **American Family Physician**, v. 91, n. 6, p. 378-386, Mar. 2015.

LOCKER, D., GRUSHKA, M. The impact of dental and facial pain. **Journal of Dental Research**, v. 66, n. 9, p. 1414-1417, Sept. 1987.

MACFARLANE, T. V. *et al.* Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 30, n. 1, p. 52-60, Feb. 2002.

McNEILL, C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 77, n. 5, p. 510-522, May 1997.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH. **Prevalence of TMJD and its signs and symptoms**. 2018. Available in: <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/facial-pain/prevalence>. Access in: 21 jan. 2025.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 307-314, Aug. 2005.

PEHLING, J. *et al.* Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain**, v. 16, n. 4, p. 296-304, 2002.

PEREIRA JUNIOR, F. *et al.* Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, v. 8, n. 47, p. 384-395, out./dez. 2004.

ROSSI, S. S. *et al.* Temporomandibular disorders: evaluation and management. **The Medical Clinics of North America**, v. 98, n. 6, p. 1353-1384, Nov. 2014.

SCRIVANI, S. J.; KEITH, D. A.; KABAN, L. B. Temporomandibular disorders. **New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 25, p. 2693-2705, 2008.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 25, n. 4, p. 284-290, Aug. 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dental Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, Mar. 1994.

VALESAN, L. F. *et al.* Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, v. 25, n. 2, p. 441-453, Feb. 2021.

VIEIRA, B. H. O. M. **Prevalence and impact of the pregnancy women population in Rio de Janeiro** 2003. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Departamento de Epidemiologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact**. Mental Health and COVID-19: Scientific brief, 2022. Available in: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>. Access in: 21 jan. 2025.

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP - PUC Minas



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR OROFACIAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES: UMA ANÁLISE PÓS COVID-19

Pesquisador: Bruna Schievelbein

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75373723.0.0000.5137

Instituição Proponente: SOCIEDADE MINEIRA DE CULTURA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.641.371

Apresentação do Projeto:

Desordens temporomandibulares são um termo coletivo que engloba diversas condições clínicas que envolvem a musculatura mastigatória, articulações temporomandibulares (ATM) e estruturas associadas da cabeça e pescoço. Alguns dos sintomas mais frequentemente relatados são: dor a mastigação, limitação de abertura bucal, desvio mandibular durante movimento, sons provenientes da ATM e/ou dores de cabeça ou na face. A sensação dolorosa pode variar para cada paciente podendo ir de um leve desconforto a uma dor debilitante, incapacitante. As disfunções temporomandibulares, que são muitas vezes causas de dores orofaciais, podem ser agravadas devido ao estresse e transtornos psicológicos. A pandemia da COVID-19 foi um período com grande efeito na saúde física e mental global, sendo assim, julga-se relevante uma análise do impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com disfunções temporomandibulares após esse período. A seleção de pacientes será feita por amostra de conveniência (85 participantes), nas clínicas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais campus Coração Eucarístico. Participarão do estudo os indivíduos que preencherem os seguintes critérios de inclusão: a) Indivíduos que apresentem queixa de dor orofacial, sintomas e sinais de DTM; b) Indivíduos que não tenham feito tratamento prévio das DTM; c) Indivíduos que entenderem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação clínica consistirá em 1º) Treinamento e calibração do examinador; 2º) Diagnóstico e determinação da gravidade da DTM; 3º) Avaliação da concordância intra-examinador.

Endereço: Av. Dom José Gaspar, nº 500 - Prédio 03, sala 228

Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br



Continuação do Parecer: 6.641.371

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar o impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com disfunções temporomandibulares, após a pandemia da COVID-19.

Objetivos Secundários:

- Realizar diagnóstico clínico e de gravidade da DTM;
- Avaliar a relação de sexo dos indivíduos com o grau de impacto na qualidade de vida observado;
- Associar o diagnóstico clínico de DTM com o impacto na qualidade de vida;
- Associar a gravidade da DTM com o impacto na qualidade de vida;
- Comparar resultados de estudos similares pré-pandemia com os resultados encontrados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: OS RISCOS E DESCONFORTOS ENVOLVIDOS SÃO OS QUE PODEM OCORRER NO EXAME, O INDIVÍDUO EXAMINADO PODERÁ SENTIR ALGUM DESCONFORTO LEVE E PASSAGEIRO, ESPECIALMENTE DURANTE A PALPAÇÃO DE ALGUMA ÁREA QUE JÁ ESTEJA DOLORIDA. PARA MINIMIZA-LOS O EXAME SERÁ FEITO POR EXAMINADOR TREINADO, QUE IRÁ CONDUZIR O EXAME DA FORMA MAIS BREVE.

Benefícios: O PARTICIPANTE DA PESQUISA TERÁ COMO BENEFÍCIO O CORRETO DIAGNÓSTICO, EXPLICAÇÃO E ORIENTAÇÕES DA SUA DISFUNÇÃO E EM CASOS DE TRATAMENTO E INTERVENÇÕES NECESSÁRIAS, O INDIVÍDUO SERÁ ENCAMINHADO PARA AS CLÍNICAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL DA PUC MINAS, ONDE RECEBERÁ TODO RESPALDO, TERAPIAS E PROCEDIMENTOS ADEQUADOS DE FORMA GRATUITA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo atende aos requisitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão de acordo com as normas vigentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e tendo em vista as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo Seres Humanos consideramos o protocolo de pesquisa SEM PENDÊNCIAS, devendo o pesquisador realizar as orientações conforme o disposto no Parecer Consubstanciado.

Endereço: Av. Dom José Gaspar, nº 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 6.641.371

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2223044.pdf	18/01/2024 20:48:31		Aceito
Parecer Anterior	Carta_Resposta_Plataforma_Brasil_assinado.pdf	18/01/2024 20:48:18	Bruna Schievelbein	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2223044.pdf	17/01/2024 18:39:29		Aceito
Parecer Anterior	Carta_Resposta_Plataforma_Brasil.pdf	17/01/2024 18:38:57	Bruna Schievelbein	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.pdf	17/01/2024 18:32:18	Bruna Schievelbein	Aceito
Outros	TCUD.jpeg	28/10/2023 15:57:54	Bruna Schievelbein	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajustado.pdf	24/10/2023 20:07:10	Bruna Schievelbein	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Bruna.pdf	19/10/2023 21:36:48	Bruna Schievelbein	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Bruna.pdf	19/10/2023 21:34:21	Bruna Schievelbein	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dom José Gaspar, nº 500 - Prédio 03, sala 228

Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 6.641.371

BELO HORIZONTE, 07 de Fevereiro de 2024

Assinado por:
CRISTIANA LEITE CARVALHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dom José Gaspar, nº 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

N.º Registro CEP:

Título do Projeto: Dor orofacial e impacto na qualidade de vida de pacientes com desordens temporomandibulares: uma análise pós covid-19.

Prezado Sr(a),

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre a qualidade de vida dos pacientes com disfunção temporomandibular. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Você foi selecionado por relatar dor na articulação temporomandibular e nunca ter tratado, mas sua participação não é obrigatória.

Se concordar em participar deste estudo você será solicitado a responder um questionário sobre os sintomas que você tem apresentado e sobre as atividades que você vem tendo dificuldades para desempenhar devido às dores que tem sentido, relatar a intensidade destas dores e ser examinado fisicamente para avaliar os sinais clínicos (barulho nas articulações temporomandibulares, dificuldade na abertura e nos movimentos da sua boca e dor dos músculos da mastigação). Você será avaliado e todos os exames serão feitos com auxílio de uma régua, para medir o quanto você consegue abrir a boca, e através da palpação (toque) nas articulações e músculos da mastigação. Este exame é fundamental para o diagnóstico, planejamento e tratamento do seu problema e teria que ser realizado de qualquer forma, mesmo que você não fosse participar desta pesquisa. Estas informações serão utilizadas na elaboração desta pesquisa que pretende avaliar o quanto estas dores e os seus sinais podem influenciar nas suas atividades diárias.

Os riscos e desconfortos envolvidos são os que podem ocorrer no exame, você poderá sentir algum desconforto leve e passageiro, especialmente durante a palpação de alguma área que já esteja dolorida. Para minimiza-los o exame será feito por examinador treinado, que irá conduzir o exame da forma mais breve possível.

A sua participação é totalmente gratuita, você não terá nenhum gasto. Também é uma participação voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. As conclusões desta pesquisa contribuirão para

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 - Fax: 3319-4517
CEP 30.535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
e-mail: cep.proppg@pucminas.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

um melhor esclarecimento das limitações que estas dores trazem para sua vida e para a vida de outras pessoas, podendo ajudá-lo, e também a outras pessoas, a diminuir as suas dificuldades em realizar suas atividades normais e auxiliar no seu tratamento.

O benefício ao participar da pesquisa será o de ter o correto diagnóstico, explicação e orientações da sua disfunção e em casos de tratamento e intervenções necessárias, é assegurado tratamento gratuito e incondicional nas disciplinas às quais já estiverem em tratamento e caso necessário será feito encaminhamento para a disciplina de Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial.

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos profissionais de saúde que estarão cuidando de você, agências governamentais locais, o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo está sendo realizado podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Caso seja necessária a consulta dos seus registros, a identificação deste será feita por um número e não pelo seu nome. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos questionários, ser submetido aos exames e comparecer as consultas agendadas. É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão seus cuidados nesta instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Caso você venha a sofrer uma reação adversa ou danos relacionados ao estudo, ou tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, ligue para Dra. Bruna Silva Schievelbein no telefone 53 991672168 ou envie suas perguntas para o email: brunaschievelbein@hotmail.com.

Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31)3319-4517 ou pelo email cep.proppg@pucminas.br

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

O comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

O presente termo será assinado em 02(duas) vias de igual teor.

Declaro que fui informado sobre os questionários e exames clínicos do estudo a ser utilizado, as inconveniências e os benefícios que podem vir a ocorrer em consequências dos procedimentos. Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como paciente deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal:

Data: __/__/____.

Eu, Bruna Silva Schievelbein, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador

Data: __/__/____

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

ANEXO C - Especificações para os exames de DTM de acordo com o índice RDC/TMD

A. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O EXAME

- 1) Todos os itens do questionário e do exame devem ser preenchidos, a menos que o sujeito se recuse ou não possa cooperar. Para alguns itens (por exemplo, palpções musculares), existe um campo específico para indicação de recusa do sujeito. Caso contrário, use “Não é possível avaliar” [se houver essa categoria de resposta] ou escreva “SR” (sujeito recusou) em letras maiúsculas grandes adjacentes ao item do exame e anote por que o sujeito recusa ou não pode fazer o item
- 2) Todas as medições serão realizadas com os músculos da mandíbula em estado passivo, a menos que o exame especifique o contrário. As articulações e músculos não devem receber peso ou pressão adicional em nenhum momento.
- 3) Todos os registros milimétricos serão feitos com dígitos simples ou duplos. Se uma leitura de dois dígitos for de apenas um dígito, preceda com um zero inicial. Se uma medição estiver entre marcações de dois milímetros, registre o valor menor.
- 4) Os participantes sentar-se-ão em cadeiras com o encosto na posição vertical (ou seja, 90 graus em relação ao chão).
- 5) Os examinadores usarão luvas o tempo todo.
- 6) Indivíduos com próteses removíveis serão examinados com as próteses na boca, exceto se for necessário retirá-las para observação da mucosa e gengiva e realização de palpções intraorais. Placas de mordida e outros aparelhos que não substituem os dentes devem ser removidos para exame.
- 7) Se o sujeito tiver barba, colar cervical ou qualquer outra barreira física potencial que possa interferir na palpção muscular ou da ATM, e especifique.
- 8) Realizar os procedimentos de exame na ordem do formulário e registrar todas as medições nos locais apropriados do formulário especificado.
- 9) Os itens 4.d, trespasse vertical dos incisivos, e 6.d, desvio da linha média, estão incluídos para que as correções nas medições nos itens 4 e 6, respectivamente, possam ser feitas para determinar os valores reais de aberturas e lateralidade. Para os itens 4.a a 4.c, a quantidade de trespasse vertical dos incisivos (4.d) deve ser adicionada a cada uma dessas medidas para determinar a quantidade real de abertura. Para os itens 6.a e 6.b, se o desvio da linha média (6.d) for maior que 0, esta medida deverá ser somada a um lado da excursão lateral e subtraída do outro lado.
Por exemplo: Se um sujeito tem um desvio da linha média de 2 mm para a direita, subtraia 2 mm do valor dado à excursão lateral direita e adicione 2 mm ao valor dado à excursão lateral esquerda.
- 10) Se o sujeito tiver outras respostas à “dor”, como “aperto, dor, pressão ou desconforto”, o examinador usará a pergunta neutra, “Isso é dor, sim ou não?”
- 11) Pontuação de “Músculos” para indivíduos que relatam dor nos itens 0, 2, 4 e 6: Os locais musculares que podem ser pontuados como positivos quando um indivíduo indica dor incluem apenas os músculos que são palpados neste exame (itens 8 e 10) e não incluem músculos não mastigatórios (por exemplo, esternocleidomastóideo, occipital, etc.)

12) Se não estiver claro para o examinador se o sujeito está indicando uma articulação, um músculo ou ambos, pressione a área o mais levemente possível para identificar corretamente a estrutura anatômica. Se o examinador ainda não tiver certeza sobre a localização da dor, deixe o dedo examinador levemente sobre a estrutura, peça ao sujeito para projetar a mandíbula e/ou abrir e fechar (até sentir movimento na articulação) e, em seguida, retornar a uma posição “posição confortável” com os dentes de trás completamente tocando e, em seguida, cerre os dentes. O examinador pergunta ao sujeito: “Deslize sua mandíbula para frente até que eu peça para você parar e então deslize sua mandíbula de volta para uma posição confortável com os dentes de trás completamente tocando”; e/ou “Abra até que eu peça para você pare e feche em uma posição confortável com os dentes de trás completamente tocados.” Depois que o sujeito faz esses movimentos, o examinador pergunta; “Agora, cerre suavemente os dentes e relaxe.” Registre da seguinte forma:

- a. “Músculo”: Se a contração muscular durante o apertamento puder ser sentida pelo dedo; ou se após o sujeito se projetar, ou abrir/fechar, e retornar à sua “posição confortável” e o pólo lateral não for sentido.
- b. “Articulação”: Se não houver contração muscular perceptível diretamente abaixo do dedo durante o apertamento; ou se após o sujeito se projetar, ou abrir/fechar, e retornar à sua “posição confortável” e o pólo lateral for sentido.
- c. “Ambos”: Se o local sobre o pólo lateral for doloroso e a contração muscular for sentida sobre a articulação [ou imediatamente anterior à articulação e no músculo masseter] durante o apertamento.
- d. d. A decisão do examinador é tomada independentemente do feedback do sujeito. Por exemplo, se o sujeito indicar dor na articulação, mas o examinador identificar a localização como muscular, as descobertas do examinador serão as registradas.

13. Caso o sujeito apresente relato positivo de dor não associada à palpação, (itens 2, 4 e 6), então o esclarecimento é permitido. Para o item 2, pergunte ao sujeito: “Você poderia apontar com a ponta do dedo cada uma das áreas onde sentiu dor no último mês”. Se o sujeito apontar para pelo menos uma área, pergunte ao sujeito: “Há alguma outra área onde você sentiu dor no último mês?” Para os itens 4 e 6, pergunte ao sujeito: “Você poderia apontar com a ponta do dedo cada uma das áreas onde sentiu dor com aquele movimento?” Se o sujeito apontar para pelo menos uma área, pergunte ao sujeito: “Há alguma outra área onde você sentiu dor com esse movimento?”

Observação: Como os Critérios de Diagnóstico da Pesquisa exigem autorrelato da localização da dor (itens 1 e 2 do exame), verificada pelo examinador, esses itens foram transferidos do questionário para o exame. Isto permitirá ao examinador a oportunidade de confirmar com segurança o tipo e a localização da dor.

Antes de iniciar o exame, o examinador primeiro diz: “Vou perguntar sobre as áreas de dor, e estas são as áreas nas quais estou principalmente interessado... aqui... aqui... aqui... e também possivelmente áreas dentro da boca.” Ao dizer isso, o examinador toca, bilateralmente, o temporal, a ATM, a área do masseter, a área póstero-mandibular e as áreas submandibulares. O examinador não identifica as áreas pelo nome.

B. EXAME:

- a) Pergunte ao sujeito: "No último mês, você sentiu dor no lado direito do rosto, no lado esquerdo ou em ambos os lados?" Circule a resposta apropriada
- b) "Você poderia apontar com a ponta do dedo para cada uma das áreas onde sentiu dor no último mês?" Se o sujeito apontar para pelo menos uma área, pergunte ao sujeito: "Há alguma outra área onde você sentiu dor no último mês?" Circule a resposta apropriada. Se não estiver claro para o examinador se o sujeito está indicando uma articulação ou um músculo, pressione a área o mais levemente possível para identificar corretamente o local anatômico. Por exemplo, se o sujeito indicar dor na articulação, mas o examinador identificar a localização como muscular, as descobertas do examinador serão as que serão registradas.
- c) Padrão de abertura - Instrução Geral: Peça ao sujeito para posicionar a mandíbula em uma posição confortável. ("Feche a boca em uma posição confortável com os dentes posteriores completamente juntos.") Coloque o polegar sob o lábio inferior do sujeito, de modo que o lábio revele os dentes inferiores. Isto facilitará a observação do desvio da linha média. Peça ao sujeito para abrir a boca o máximo possível, mesmo que sinta dor. ("Gostaria que você abrisse a boca o máximo que puder, mesmo que seja doloroso.") Se o grau de desvio não estiver claro, use uma régua milimetrada mantida verticalmente entre as ameias dos incisivos superiores e inferiores (ou marque o incisivo mandibular se as linhas médias não coincidirem) como guia. Peça ao sujeito para abrir três vezes. Se o sujeito apresentar mais de um padrão de abertura, peça ao sujeito para repetir as três aberturas e pontuar o padrão mais reprodutível de acordo com os seguintes critérios (nota: apenas o padrão de abertura é avaliado).
 - a. Reto. Se não houver desvio perceptível na abertura.
 - b. Desvio lateral para direita ou esquerda. Para desvios visualmente perceptível para um lado na abertura máxima, determine para qual lado do rosto do sujeito o desvio vai e registre de acordo.
 - c. Desvio Corrigido (Desvio "S"). O sujeito exibe um desvio perceptível para a direita ou para a esquerda, mas corrige para a linha média antes ou ao atingir a abertura mandibular máxima sem assistência.
 - d. Outro. O sujeito apresenta abertura irregular (não suave ou contínua) ou possui uma abertura diferente das fornecidas; indique isso e o tipo de desvio. Se o sujeito não tiver um padrão de abertura dominante, use esta categoria e escreva "mais de um".
4. Amplitude da abertura da mandíbula. Se o sujeito estiver usando prótese total ou parcial e ela estiver solta, comprima-a contra a crista para todas as medidas de abertura.
 - a. Abertura não assistida sem dor
 - i. Obtenção de medição. Peça ao sujeito para colocar a mandíbula em uma posição confortável. ("Feche sua boca em uma posição confortável.") Escolha o incisivo superior que esteja mais orientado verticalmente, [se não houver diferença, escolha o elemento 11]. Peça ao sujeito para abrir a boca o máximo possível (sem ajuda), sem sentir dor. ("Gostaria que você abrisse a boca o máximo que puder, sem sentir nenhuma dor ou sem aumentar a dor atual.") Coloque a borda da régua milimetrada no centro mesial-distal da borda incisal do incisivo

central mandibular e meça verticalmente até a borda incisal do incisivo antagonista; registre esta medida. Indique no formulário qual incisivo superior foi escolhido. Se o sujeito não abriu pelo menos 30 mm, repita a abertura para garantir a compreensão. Se a segunda abertura ainda não produzir mais de 30 mm de abertura, registre a medição.

- b. Abertura máxima não assistida
 - i. Obtenção de medição. Peça ao sujeito para colocar a mandíbula em uma posição confortável. ("Feche a boca em uma posição confortável.") Em seguida, peça ao sujeito que abra a boca o máximo possível, mesmo que sinta dor. ("Gostaria que você abrisse a boca o máximo que puder, mesmo que doa.") Coloque a borda da régua milimetrada no centro mesial-distal da borda incisal do mesmo incisivo central inferior e meça verticalmente à borda incisal do incisivo superior antagonista; registre esta medida.
 - ii. Dor. Pergunte ao sujeito se ele sentiu dor na abertura máxima sem ajuda. ("Quando você abriu a boca, você sentiu alguma dor?" Se "Sim", pergunte ao sujeito: "Você poderia apontar com o dedo cada uma das áreas onde sentiu dor com aquele movimento?". Se o sujeito apontar para pelo menos uma área, depois pergunte ao sujeito: "Há alguma outra área onde você sentiu dor com esse movimento?") Registre se o sujeito sentiu dor ou não e a localização. A localização é pontuada de duas maneiras: à esquerda e/ou à direita e especificamente se a dor é ou não na articulação. Dois registros de dor são requeridos para os itens 4.b e 4.c para avaliar a dor: para cada lado, registre como "Nenhum" (0), "Articulação" (1), "Músculo" (2) ou "Ambos" (3). Se o sujeito indicar pressão ou rigidez, o examinador usará a pergunta neutra, "Isso é dor, sim ou não?" Se "Não", marque como "Nenhum".
- c. Abertura Máxima Assistida
 - i. Obtenção de medição. Peça ao sujeito para posicionar a mandíbula em uma posição confortável. ("Feche sua boca em uma posição confortável.") Peça ao sujeito para abrir a boca o máximo possível, mesmo que sinta dor. ("Gostaria que você abrisse a boca o máximo que puder, mesmo se seja doloroso.") Depois que o sujeito tiver aberto to máximo que pode, coloque o polegar nos incisivos centrais superiores do sujeito e o dedo indicador sobre os incisivos centrais inferiores do sujeito. A partir desta posição, você ganhará a alavancagem necessária para forçar ainda mais e abertura bucal do paciente. Use pressão moderada, mas não abra mais a boca com força. ("Estou verificando se consigo abrir sua boca um pouco mais e vou parar se você levantar a mão.") Meça a partir do centro mesial-distal do borda incisal do mesmo incisivo central inferior de antes até a borda incisal do incisivo superior com a régua milimetrada; registre a medição. [Registre no formulário do exame se o sujeito levantou ou não a mão para encerrar a abertura.]
 - ii. Dor. Registre se o sujeito sentiu ou não dor e a localização. ("Você sentiu alguma dor quando tentei abrir mais sua boca com os dedos?" Se "Sim", pergunte ao sujeito: "Você poderia apontar com o dedo para cada uma das áreas onde sentiu dor com aquele movimento". Se o sujeito apontar para pelo menos uma área, pergunte ao sujeito:

“Existem outras áreas onde você sente dor com esse movimento?” Pontue os locais da dor como na abertura máxima sem ajuda. Se o sujeito indicar sentir pressão ou aperto, o examinador usará a pergunta neutra, “isso é dor, sim ou não?” Se “Não”, marque como “Nenhum”.

d. Transpasse vertical dos incisivos. Peça ao paciente para que feche a boca completamente. “Encoste os dentes de trás completamente.” Com caneta ou lápis, marque a linha onde a borda incisal do mesmo incisivo central superior usado anteriormente para medições se sobrepõe ao incisivo inferior. Meça a distância da borda do incisivo inferior até a linha marcada e registre a medida.

5. Sons da articulação temporomandibular à palpação para amplitude vertical de movimento. Instruções Gerais: Os sujeitos indicarão a presença ou ausência de sons; se presente, os examinadores anotarão o tipo de som observado. Como orientação prévia, pergunte “Você tem sons na articulação direita, na articulação esquerda ou em ambas?” Se o sujeito disser “Sim”, o examinador pergunta ao sujeito “Que sons suas articulações emitem e de que lado você ouve esses sons?” Ao avaliar os sons, o examinador pode perguntar ao sujeito se ele ouviu algum som, o(s) tipo(s) de som(es) e de que lado o(s) som(es) ocorreu(m). O examinador diz: “Você ouviu ou sentiu algum som em qualquer uma de suas articulações quando abriu e fechou a boca?” Se o sujeito disser “sim”, o examinador perguntará “Que sons você ouviu e de que lado você os ouviu?”

Coloque o dedo indicador esquerdo sobre a ATM direita do sujeito e o dedo indicador direito sobre a ATM esquerda do sujeito. Use pressão mínima, menos de 0,5kg. A ponta do dedo é colocada anterior ao tragus da orelha. Peça ao sujeito para abrir lentamente o máximo possível, mesmo que isso cause dor. Cada fechamento deve aproximar completamente os dentes em máxima intercuspidação. Pergunte ao sujeito: “Enquanto eu coloco meus dedos sobre sua articulação, gostaria que você abrisse lentamente o máximo que puder, mesmo que seja doloroso, e depois feche lentamente até que os dentes de trás estejam completamente juntos.” Peça ao sujeito para abrir e fechar 3 vezes. Use esses três movimentos de abertura/fechamento para “se familiarizar” e para determinar se o sujeito tem sons. Em seguida, avalie cada articulação unilateralmente. Peça ao sujeito para repetir os três movimentos de abertura/fechamento e avalie os sons na articulação direita. Registre a ação/som que a articulação produz, ao abrir ou fechar, conforme detectado pela palpação e conforme definido abaixo. Repita para a articulação esquerda.

a. Definição de sons

0 = Nenhum.

1 = Clique. Um som distinto, de duração breve e muito limitada, com início e fim claros, que normalmente soa como um “clique”.

2 = Crepitação grosseira. Um som contínuo, durante um longo período de movimento da mandíbula. Não é breve como um “clique” ou “pop”; o som pode produzir ruídos contínuos sobrepostos. Este som não é abafado; é o barulho de osso moendo contra osso, ou como uma pedra moendo contra outra pedra.

3 = Crepitação fina. A crepitação fina é um som áspero fino que é contínuo durante um longo período de movimento da mandíbula ao abrir ou fechar. Não é breve como um “clique”; o som pode produzir sons contínuos sobrepostos. Pode ser descrito como um som de fricção ou estalo em uma superfície áspera.

Eminência Clique. Este som não é pontuado; é fornecida uma definição para que, se o som/movimento for encontrado, o examinador saiba o que é. O clique de eminência deve incluir pelo menos um clique de abertura; é detectado quando a unidade cômulo-disco se desloca em torno da eminência, o que é acompanhado por um deslocamento corporal da mandíbula.

- b. Pontuação de sons de clique. Embora muitos dos seguintes tipos de sons não sejam pertinentes a critérios diagnósticos específicos, esta lista exaustiva de definições é fornecida para delinear melhor como os tipos de sons necessários para atender ao RDC podem diferir de outros sons.
 - i. Clique de abertura reproduzível. Se ao abrir e fechar a partir da intercuspidação máxima, for observado um clique em dois dos três movimentos de abertura, registre como "Clique" para clique de abertura.
 - ii. Clique de fechamento reproduzível. Um clique presente em dois dos três movimentos mandibulares de fechamento, registre como "Clique" para clique de fechamento.
- c. Clique recíproco reproduzível. Este som é determinado pela medida em milímetros da abertura e fechamento durante o clique e pela eliminação de ambos os cliques quando o paciente abre e fecha a mandíbula a partir de uma posição protusiva. Com a régua milimetrada, meça a distância interincisal na qual são ouvidos o primeiro clique de abertura e o último clique de fechamento. Meça a incisal do incisivo central superior anteriormente escolhido no item 4 até a incisal do seu antagonista. As medições do clique podem ser direcionadas ao sujeito ou ao examinador. Se o paciente estiver ciente do clique e puder parar quando o clique ocorrer, o método direcionado ao sujeito poderá ser usado. Se o sujeito não perceber o clique ou não conseguir parar o movimento no momento do clique, o examinador deve orientá-lo a parar o movimento. Pergunte ao sujeito: "Gostaria que você abra lentamente sua boca o máximo possível, mesmo que doa, até sentir um clique (OU: "...até eu pedir para parar") e eu farei uma medição." Então, para obter a medição do clique de fechamento, "Abra a boca o máximo que puder, mesmo que doa, e depois feche até sentir um clique (OU: "...até eu pedir para parar") e eu farei uma medição." Se o clique cessar e, portanto, o clique não for mensurável, deixe os campos de medição em branco e marque "9" (Não é possível avaliar) no formulário do exame. (As análises do computador indicarão então que este não é um clique recíproco; mesmo que um clique estivesse presente, ele não continuou a estar presente.) Avalie a eliminação de cliques na abertura protrusiva, pedindo primeiro ao sujeito que projete ao máximo a mandíbula. Em seguida, peça ao sujeito para abrir e fechar a partir desta posição de mandíbula projetada. Abra ligeiramente e deslize a mandíbula para frente o máximo que puder, mesmo que seja doloroso. Mantenha a mandíbula para a frente e abra e feche a partir desta posição. Circule "Sim" (1) se o clique puder ser eliminado quando a mandíbula é aberta e fechada em uma posição protrusa ou mais anterior da mandíbula. Se o clique não for eliminado, circule "Não" (0). Se o indivíduo não eliminar um dos cliques, de abertura ou fechamento, circule "NA - Não aplicável" (8).
- d. Clique não reproduzível (não marcar no formulário do exame). Um clique não reproduzível está presente se o som for demonstrado apenas periodicamente durante a abertura ou fechamento; não pode ser reproduzido em pelo menos dois dos três movimentos mandibulares completos.

Mais de um som pode ser circulado em geral para Abertura (a) e Fechamento (b). Se Nenhum (0) estiver circulado, nenhuma outra resposta poderá ser circulada.

6. Movimentos Excursivos Mandibulares

As medições são feitas nas ameias incisais entre os incisivos centrais superiores e inferiores. Se um incisivo central estiver faltando, meça a partir da borda incisal mesial do outro incisivo central. Se nenhum incisivo central estiver presente, meça a partir da papila incisal. Se houver diastema, meça a partir do meio do espaço. Se o sujeito não conseguir realizar um movimento anote "9" (Não é possível avaliar).

a. Excursão lateral direita

- i. Obtenção de medição. Peça ao sujeito para abrir ligeiramente e mover a mandíbula o máximo possível para a direita, mesmo que seja doloroso. Se o sujeito estiver confuso sobre a direção em que deve mover a mandíbula, diga "Mova sua mandíbula em direção a esta mão" e toque a mandíbula do sujeito no lado do movimento desejado. Se necessário, para algum movimento excursivo, repita o processo. (Exemplo: "Abra ligeiramente e mova a mandíbula o máximo possível para a direita, mesmo que doa. Em seguida, mantenha-a nessa posição com os dentes ligeiramente afastados até que eu faça uma medição." Com os dentes ligeiramente separados, use uma régua milimetrada para medir desde a ameia incisal entre os centros maxilares até a ameia incisal dos incisivos inferiores; registre esta medida. Em seguida, diga ao sujeito para "Mova sua mandíbula de volta para uma posição confortável".)
- ii. Dor. Pergunte ao sujeito se ele sentiu dor. "Você sentiu alguma dor quando moveu a mandíbula para o lado?" Se "Sim", pergunte ao sujeito: "Você poderia apontar com a o dedo para cada uma das áreas onde sentiu dor com aquele movimento?" Se o sujeito apontar para pelo menos uma área, pergunte ao sujeito: "Há alguma outra área onde você sentiu dor com esse movimento?" Registre se o sujeito sentiu ou não dor e a localização. A localização é pontuada de duas maneiras: pelo lado esquerdo e/ou direito e especificamente se a dor é ou não na articulação. Duas entradas são necessárias para os itens 6.a a 6.c para avaliar a dor: para cada lado registre como "Nenhum" (0), "Articulação" (1), "Músculo" (2) ou "Ambos" (3). Se o sujeito indicar sentir pressão ou aperto, o examinador usará a pergunta neutra: "Isso é dor, sim ou não?" Se "Não", marque como "Nenhum".

b. Excursão lateral esquerda

- i. Obtendo a medida: peça ao paciente para mover a mandíbula o máximo que puder para o outro lado (esquerda). ("Eu gostaria que agora você movesse sua mandíbula o máximo que pudesse em direção ao outro lado e voltasse à posição normal"). Anote esta medida da mesma maneira que foi feita para a excursão direita.
- ii. Dor: pergunte ao paciente se teve dor. Anote se o indivíduo teve ou não dor e a sua localização. ("Você sentiu alguma dor enquanto movia sua mandíbula para este lado?"). Anote a localização da dor da mesma maneira que foi feita para o lado direito. Se o indivíduo relatar pressão ou rigidez, registre como "nenhuma".

c. Protrusão

- i. Obtenção de medida. Peça ao sujeito para abrir ligeiramente e projetar a mandíbula. ("Abra um pouco e deslize a mandíbula para frente o máximo que puder, mesmo que doa. Em seguida, mantenha a mandíbula nessa posição até que eu faça uma medição". Use uma régua milimetrada para medir do centro do incisivo superior até a borda incisal do incisivo inferior antagonista; anote esse valor. Após a medição ser feita, diga ao sujeito "Mova sua mandíbula de volta para uma posição confortável". Se o sujeito tiver uma sobremordida profunda, peça-o para abrir um pouco mais a boca, então ele poderá protuir sem qualquer interferência dos incisivos.
 - ii. Dor. Pergunte ao sujeito se ele sentiu dor. Registre se o sujeito sentiu dor e a localização. ("Você sentiu alguma dor quando moveu a mandíbula para frente?" Se "Sim", pergunte ao sujeito: "Você poderia apontar com a ponta do dedo para cada uma das áreas onde sentiu dor com esse movimento?" Se o sujeito apontar para pelo menos uma área, depois pergunte ao sujeito: "Há alguma outra área onde você sentiu dor com esse movimento?") Pontue os locais da dor como na excursão lateral direita. Se o sujeito indicou sentir pressão ou aperto, o examinador usará a pergunta neutra: "Isso é dor, sim ou não?" Se "Não", pontuar como "Nenhum".
 - d. Desvio da linha média. Peça ao sujeito: "Junte os dentes de trás completamente". Se as ameias incisais dos incisivos superiores e inferiores não se alinharem verticalmente, determine a diferença horizontal entre os dois enquanto o sujeito está mordendo. Meça em milímetros a que distância a ameia mandibular está da ameia maxilar e em que lado do sujeito a ameia mandibular está localizada. Se o desvio da linha média for inferior a 1 mm ou não houver desvio, insira "00".
7. Sons da articulação à palpação para excursões laterais e protrusão
- As diretrizes para avaliar os sons são as mesmas dos sons da articulação à palpação para amplitude de movimento vertical.
- Peça ao sujeito que se mova para a direita, para a esquerda e se projete (ver item 6).
- a) Definição do som: recorde item 5
 - b) Qualificando o som Clique reproduzível na lateralidade ou protusiva: ocorre quando a ATM cliqua em 2 de 3 movimentos de lateralidade e protusão respectivamente. Clique não reproduzível na lateralidade ou protusiva: um clique não reproduzível está presente se este só é demonstrado periodicamente durante movimentos de lateralidade ou protusão, mas não é reproduzível em pelo menos 2 de 3 tentativas. Não anote.

C. INSTRUÇÕES GERAIS PARA PALPAÇÃO MUSCULAR E ARTICULAR PARA DOR

1. O exame da sensibilidade dos músculos e das cápsulas articulares requer que você pressione um local específico usando as pontas dos dedos do indicador e do terceiro dedo ou a almofada em forma de pá da falange distal do dedo indicador apenas com pressão padronizada. A palpação deve ser feita com 1 quilo de pressão para os músculos extra-orais e 0,5 quilo de pressão para os músculos intra-orais e ATM. Dois dedos são usados para palpação quando a anatomia do sujeito e do examinador permitir (temporal, masseter, região posterior mandibular e submandibular); caso contrário, um único dedo será usado. Dentro de cada grupo de itens, 8 a 10, palpe o lado direito e depois o lado

esquerdo; por exemplo. #8 Lado direito: Temporal, Masseter, Região Posterior Mandibular e Região Submandibular; depois #8 Lado Esquerdo Temporal, Masseter, Região Posterior Mandibular e Região Submandibular. Palpe os músculos enquanto usa a mão oposta para apoiar a cabeça e proporcionar estabilidade. As medidas devem ser feitas com a mandíbula em posição de repouso, sem que os dentes se toquem. Palpe os músculos enquanto estiverem em estado passivo. Conforme necessário, peça ao sujeito que contraia e relaxe levemente para identificar e garantir a palpação do local correto do músculo. ("Vou pressionar alguns músculos. Gostaria que você cerrasse os dentes suavemente e depois relaxasse a mandíbula com os dentes ligeiramente afastados.") Além disso, conforme necessário, faça com que o sujeito projete a mandíbula e/ou abra e próximo para garantir a localização e palpação do local correto da articulação. ("Abra ligeiramente para que seus dentes não se toquem e deslize a mandíbula para frente e depois para trás" OU "Abra até que eu peça para você parar e depois feche.") Primeiro localize o local da palpação usando os pontos de referência descritos e depois pressione. Como o local de sensibilidade máxima pode variar de sujeito para indivíduo e é localizado, é importante pressionar em diversas áreas da região especificada para determinar se existe sensibilidade. Antes de iniciar as palpações, diga: "Na próxima parte do exame, gostaríamos que você informasse se sente dor ou pressão quando eu apalpo ou pressiono certas partes de sua cabeça e rosto". Peça ao sujeito para determinar se a palpação é dolorosa ou se ele/ela apenas sente pressão. Se for doloroso, peça ao sujeito que indique se a dor é leve, moderada ou intensa. Pergunte ao sujeito: "Você sentiu dor?" Se "Sim", pergunte "foi leve, moderado ou intenso?" Para qualquer resposta equívoca, como "aperto" ou relato apenas de pressão, o examinador usará a pergunta neutra: "Isso é dor, sim ou não?" Se "Não", registre como "Sem dor". Se, por qualquer motivo, o sujeito solicitar ao examinador que não apalpe uma área, registre "Sujeito Recusado" no formulário do exame.

2. Descrição de locais musculares extraorais específicos (pressão digital de 1kg)
 - a) Temporal (Posterior). Palpe as fibras posteriores atrás das orelhas diretamente acima das orelhas. Peça ao sujeito para apertar e depois relaxar para ajudar a identificar os músculos. Passe os dedos em direção ao rosto do sujeito (medialmente) até a borda anterior da orelha.
 - b) Temporal (meio). Palpar fibras na depressão cerca de 4-5 cm lateralmente à borda lateral da sobrancelha.
 - c) Temporal (anterior). Palpar fibras sobre a fossa infratemporal, imediatamente acima do processo zigomático. Peça ao sujeito para contrair e relaxar para ajudar a identificar os músculos.
 - d) Origem do Masseter. Peça ao sujeito para primeiro apertar e depois relaxar e observar a localização do masseter. Palpar a origem do músculo começando na área 1 cm imediatamente à frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, e palpar anteriormente à borda do músculo.
 - e) Corpo do Masseter. Comece logo abaixo do processo zigomático, na borda anterior do músculo. Palpe daqui para baixo e de volta ao ângulo da mandíbula através de uma área de superfície com cerca de dois dedos de largura.
 - f) Inserção do Masseter. Palpe a área 1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula.

- g) Região Posterior Mandibular (Estilo-hióideo/Digastrico Posterior). Use apenas 0,5 kg de pressão. Peça ao sujeito para inclinar a cabeça um pouco para trás. "Eu gostaria que você inclinasse um pouco a cabeça para trás." Localize a área entre a inserção do ECM e a borda posterior da mandíbula. Coloque o dedo de forma que ele fique medial e para cima (e não na mandíbula). Palpe a área imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula.
 - h) Região Submandibular (Pterigóideo Medial, Supra-hióideo, Digastrico Anterior) Apenas 1 lb de pressão. Localize o local sob a mandíbula em um ponto 2 cm anterior ao ângulo da mandíbula. Palpar superiormente, puxando em direção à mandíbula. Se um sujeito sentir muita dor nesta área, tente determinar se o sujeito está relatando dor muscular ou nodular.
3. Descrição de locais específicos de palpação articular (pressão digital de 0,5kg)
- a) Pólo Lateral. Coloque o dedo indicador logo anterior ao tragus da orelha e sobre a ATM do sujeito. Peça ao sujeito para abrir ligeiramente até que o examinador sinta o pólo lateral do côndilo transladado para frente ou peça ao sujeito para se projetar ligeiramente. "Abra ligeiramente até que eu peça para você parar [palpar] e depois fechar" OU "Abra ligeiramente e deslize sua mandíbula para fora na sua frente e depois mova-a de volta à sua posição normal com os dentes ligeiramente afastados" [palpar] e então fechar". Use pressão de 0,5kg no lado que está sendo palpado, apoiando a cabeça com a mão oposta.
 - b) Fixação Posterior. Este local pode ser palpado por dentro do meato acústico. Coloque a ponta do dedo mínimo direito no meato externo esquerdo do sujeito e a ponta do dedo mínimo esquerdo no meato externo direito do sujeito. Aponte as pontas dos dedos em direção ao examinador e peça ao sujeito que abra levemente a boca (ou abra bem, se necessário) para ter certeza de que o movimento articular é sentido com as pontas dos dedos. Peça ao sujeito: "Abra a boca. Quando sua boca estiver aberta, colocarei meu dedinho em cada uma de suas orelhas e depois fecharei sua boca e juntarei seus dentes de trás completamente." Coloque pressão firme no lado direito e depois no lado esquerdo enquanto os dentes do sujeito estão completamente juntos. (Troque as luvas de exame.)
4. Descrição de locais específicos de palpação intraoral (pressão digital de 1 lb)
- Explique ao sujeito que agora você estará apalpando o interior da boca: ("Agora vou apalpar o interior da sua boca. Enquanto faço essas palpações. Gostaria que você mantivesse sua mandíbula em uma posição relaxada e com os dentes afastados.")
- a) Área Pterigóidea Lateral. Antes de palpar, certifique-se de que a unha do dedo indicador esteja aparada para evitar falsos positivos. Peça ao sujeito para abrir a boca e mover a mandíbula para o lado que está sendo examinado. ("Mova sua mandíbula em direção a esta mão.") Coloque o dedo indicador na lateral da crista alveolar, acima dos molares superiores direitos. Mova seu dedo para distal e para cima, e palpe para medial. Se o dedo indicador for muito grande, use o dedo mínimo.
 - b) Tendão do Temporal. Depois de completar o pterigóideo lateral, gire seu dedo [indicador] lateralmente perto do processo coronóide, peça ao sujeito para abrir ligeiramente e mova seu dedo [indicador] para cima pela crista anterior do processo coronóide. Palpar o aspecto mais superior do processo.

Nota: Se for difícil determinar se o sujeito está sentindo dor no pterigóideo lateral ou no tendão do temporal, gire e palpe com o dedo indicador medialmente e depois lateralmente. Se ainda houver dificuldade, o pterigóideo lateral é geralmente o mais sensível dos dois.

FONTE: Dworkin E Leresche (1992) revisado em 2005

ANEXO D - Formulário de Exame do Eixo I do Índice RDC/TMD

Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora, na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?

Não 0
Sim 1

Você alguma vez já teve travamento articular que limitasse a abertura mandibular a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

Não 0
Sim 1

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

nenhum 0
direito 1
esquerdo 2
ambos 3

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

Direito		Esquerdo	
Nenhuma	0	Nenhuma	0
Articulação	1	Articulação	1
Músculos	2	Músculos	2
Ambos	3	Ambos	3

Examinador apalpa a área apontada pelo paciente, caso não esteja claro se é dor muscular ou articular.

3. Padrão de Abertura:

Reto 0
Desvio lateral direito (não corrigido) 1
Desvio lateral direito corrigido ("S") 2
Desvio lateral esquerdo (não corrigido) 3
Desvio lateral esquerdo corrigido ("S") 4
Outro 5
Tipo _____
(especifique)

4. Extensão de movimento vertical:

Incisivos maxilares utilizados 11
21

a. Abertura sem auxílio sem dor ___ mm

- b. Abertura máxima sem auxílio ___ mm
 c. Abertura máxima com auxílio ___ mm
 d. Transpasse incisal vertical ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens "b" e "c" somente

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
nenhuma	direito	esquerdo	ambos	nenhuma	direito	esquerdo	ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

5. Ruídos articulares (palpação):

a. Abertura

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação leve	3	3

Medida do estalido na abertura: ___ mm ___ mm

b. Fechamento

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação leve	3	3

Medida do estalido na abertura: ___ mm ___ mm

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

	Direito	Esquerdo
Sim	1	1
Não	0	0
NA	8	8

6. Excursões:

- a. Excursão lateral direita ___ mm
 b. Excursão lateral esquerda ___ mm
 c. Protrusão ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens “a”, “b” e “c”:

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
nenhuma	direito	esquerdo	ambos	nenhuma	direito	esquerdo	ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

- d. Desvio de linha média ___ mm

Direito	Esquerdo	NA
1	2	8

7. Ruídos articulares nas excursões:

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES: ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Circule o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

0 = Sem dor / somente pressão

1 = dor leve

2 = dor moderada

3 = dor severa

8. Dor muscular extra-oral com palpação

	Direito					Esquerdo			
Temporal posterior “parte de trás da têmpora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Temporal médio “meio da têmpora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Temporal anterior “parte anterior da têmpora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Origem do masseter “bochecha/abaixo do zigoma”	0	1	2	3		0	1	2	3
Corpo do masseter “bochecha/lado da face”	0	1	2	3		0	1	2	3
Inserção do masseter “bochecha/linha da mandíbula”	0	1	2	3		0	1	2	3
Região mandibular posterior (estilo-hióide/região posterior do digástrico) “mandíbula/região da garganta”	0	1	2	3		0	1	2	3
Região submandibular (pterigoide medial/supra-hióide/região anterior do digástrico) “abaixo do queixo”	0	1	2	3		0	1	2	3

9. Dor articular com palpação

	Direito					Esquerdo			
Polo lateral “por fora”	0	1	2	3		0	1	2	3
Ligamento posterior “dentro do ouvido”	0	1	2	3		0	1	2	3

10. Dor muscular intra-oral com palpação

	Direito					Esquerdo			
Área do pterigoide lateral “atrás dos molares superiores”	0	1	2	3		0	1	2	3
Tendão do temporal “tendão”	0	1	2	3		0	1	2	3

FONTE: Pereira Junior *et al.* (2004)

ANEXO E - Diagnóstico do Eixo I

Grupo I: Desordens musculares (circule somente uma resposta)

- A – Dor miofascial (Ia)
- B – Dor miofascial com limitação de abertura (Ib)
- C – Nenhum diagnóstico do grupo I

Grupo II: Deslocamento de disco (circule somente uma resposta para cada ATM)

ATM direita	ATM esquerda
A – Deslocamento de disco com redução (IIa)	A – Deslocamento de disco com redução (IIa)
B – Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura (IIb)	B – Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura (IIb)
C – Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura (II c)	C – Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura (II c)
D – Nenhum diagnóstico do grupo II	D – Nenhum diagnóstico do grupo II

Grupo III: Outras condições articulares (circule somente uma resposta para cada ATM)

ATM direita	ATM esquerda
A – Artralgia (IIIa)	A – Artralgia (IIIa)
B – Osteoartrite da ATM (IIIb)	B – Osteoartrite da ATM (IIIb)
C – Osteoartrose da ATM (III c)	C – Osteoartrose da ATM (III c)
D – Nenhum diagnóstico do grupo III	D – Nenhum diagnóstico do grupo III

ANEXO F - Índice Temporomandibular – TMI

Marque 0 se o item examinado é negativo e 1 se o item for positivo:

I. Índice Funcional - Parâmetros de amplitude de movimento mandibular:

Para os itens de amplitude de movimento, as medidas entre parênteses indicam os valores normais ou de referência. Todo movimento vertical inclui a medida entre as incisais superiores e inferiores mais o overbite dos incisivos. Se uma mordida aberta anterior está presente, a distância entre as incisais superiores e inferiores é subtraída da medida de abertura.

Amplitude de movimento

Abertura ativa máxima sem dor (≥ 40 mm)	mm	0	1	Dor ao movimento		
Abertura ativa máxima (≥ 40 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Abertura passiva máxima (≥ 40 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Lateralidade direita (≥ 7 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Lateralidade esquerda (≥ 7 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Protusão (≥ 7 mm)	mm	0	1	Dor	0	1
Overbite	+ - mm					

Padrão de abertura (marque somente uma opção neste item):

Reto	0
Desvio corrigido	1
Desvio não corrigido	1
Outro (movimento irregular, em arrancos, etc.)	1

Índice funcional: Número total de respostas positivas _____ /12 = _____.

II. Índice muscular - Palpação dos músculos mastigatórios:

Direita		Esquerda	
Temporal anterior	0 1	Temporal anterior	0 1
Temporal médio	0 1	Temporal médio	0 1
Temporal posterior	0 1	Temporal posterior	0 1
Origem do masseter	0 1	Origem do masseter	0 1
Corpo do masseter	0 1	Corpo do masseter	0 1
Inserção do masseter	0 1	Inserção do masseter	0 1
Região mandibular posterior	0 1	Região mandibular posterior	0 1
Região submandibular	0 1	Região submandibular	0 1
Área do pterigóideo lateral	0 1	Área do pterigóideo lateral	0 1
Tendão do temporal	0 1	Tendão do temporal	0 1

Índice muscular: Número total de respostas positivas _____ /20 = _____.

III. Índice articular – Palpação das ATM e ruído articular:

Palpação das ATM:

Direita		Esquerda	
Pólo lateral	0 1	Pólo lateral	0 1
Ligamento posterior	0 1	Ligamento posterior	0 1

Ruído articular:

Para graduar o ruído articular, marque somente um item por lado para as seções A e B.

Direita		Esquerda	
A Clique de abertura reprodutível	0 1	A Clique de abertura reprodutível	0 1
Clique de fechamento reprodutível	0 1	Clique de fechamento reprodutível	0 1
Clique recíproco reprodutível	0 1	Clique recíproco reprodutível	0 1
Clique em lateralidade reprodutível	0 1	Clique em lateralidade reprodutível	0 1
Clique em protusiva reprodutível	0 1	Clique em protusiva reprodutível	0 1
Clique não reprodutível *	0 1	Clique não reprodutível *	0 1
<hr/>			
B Crepitação grosseira	0 1	B Crepitação grosseira	0 1
Crepitação fina	0 1	Crepitação fina	0 1

* Clique não reprodutível ocorrendo em qualquer movimento mandibular além dos mencionados nos itens anteriores.

Índice articular: Número total de respostas positivas _____ / 8 = _____.

TMI: Índice funcional + Índice muscular + Índice articular / 3.

_____ + _____ + _____ / 3 = _____.

Fonte: Pehling et al. (2002)

ANEXO G - Versão do OHIP 14 em português adaptada para o presente estudo

<p align="center">Marque com um X a resposta</p>	<p align="center">Sempre</p>	<p align="center">Frequentemente</p>	<p align="center">Às vezes</p>	<p align="center">Raramente</p>	<p align="center">Nunca</p>	<p align="center">Não sabe</p>
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
3. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?						
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
5. Você ficou preocupado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
6. Você se sentiu estressado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
10. Você se sentiu envergonhado(a) por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com sua boca ou articulação?						
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou articulação?						

Fonte: Vieira (2003)