

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM DIAGNÓSTICO BUCAL**

GERMANA LOUANNE NEVES CARVALHO LEITÃO

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, DOR
E FATORES PSICOSSOCIAIS E PSICOLÓGICOS EM PORTADORES
DE SÍNDROME FIBROMIÁLGICA**

JOÃO PESSOA – PB

2009

GERMANA LOUANNE NEVES CARVALHO LEITÃO

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, DOR
E FATORES PSICOSSOCIAIS E PSICOLÓGICOS EM PORTADORES
DE SÍNDROME FIBROMIÁLGICA**

Dissertação apresentada à Coordenação do curso de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, vinculado à linha de pesquisa Doenças Sistêmicas e Infecciosas com Manifestações Bucais como requisito para obtenção do título de Mestre em Diagnóstico Bucal.

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Luciana Barbosa Sousa de Lucena

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Maurício Kosminsky

JOÃO PESSOA – PB

2009

GERMANA LOUANNE NEVES CARVALHO LEITÃO

**AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, DOR
E FATORES PSICOSSOCIAIS E PSICOLÓGICOS EM PORTADORES
DE SÍNDROME FIBROMIÁLGICA**

Dissertação apresentada à Coordenação do curso de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, vinculado à linha de pesquisa Doenças Sistêmicas e Infecciosas com Manifestações Bucais como requisito para obtenção do título de Mestre em Diagnóstico Bucal.

Aprovado em: ____/____/2009

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Luciana Barbosa Sousa de Lucena - Orientadora
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. Dr. Hárrison de Almeida Dantas
Universidade Potiguar – UNP

Prof. Dr. André Ulisses Dantas Batista
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Dedico, aos meus pais, pela paciência e a dedicação de sempre mostrarem o caminho certo a seguir.

E ao meu esposo, Kleper pelo real apoio e incentivo a lutar pelos meus sonhos e ideais.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela graça de viver e possibilidade de sonhar e conquistar diariamente.

Aos meus familiares, pelo desejo sincero de minha felicidade e realização pessoal, em especial, ao meu irmão André pela paciência e dedicação de todos os dias.

A minha orientadora Prof^a. Dra. Luciana Barbosa Sousa de Lucena pela compreensão, apoio e confiança depositada em mim, além da valiosa orientação científica na realização deste projeto.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Maurício Kosminsky pelos valiosos conhecimentos transmitidos para a execução desta pesquisa.

Aos médicos e residentes do Ambulatório de Acupuntura e dor do HC-UFPE pelo incentivo e paciência com que me acolheram em seu local de trabalho para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos professores da Pós-graduação em Odontologia pela confiança e seriedade na conduta diária como pesquisadores, professores e orientadores.

Aos professores Dr. André Ulisses Dantas Batista e Dr. Gustavo Seabra Barbosa pelas correções e valiosas sugestões para esta pesquisa.

Aos colegas do Curso, pelas alegrias e angústias compartilhadas.

Aos funcionários da Secretaria da pós-graduação em odontologia pela ajuda e apoio quanto aos serviços prestados durante este período do mestrado.

Quando se quer alguma coisa, todo o universo conspira para que você realize seu desejo. É preciso correr riscos, seguir certos caminhos, abandonar outros, e é, justamente, a possibilidade de realizar um sonho, que torna a vida interessante.

(Paulo Coelho).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de Disfunção Temporomandibular (DTM) e envolvimento de dor, fatores psicossociais e psicológicos em uma população com Síndrome Fibromiálgica (SFM). Foi realizado um estudo observacional transversal com abordagem indutiva direta. O universo foi composto por pacientes do Ambulatório de Acupuntura e Dor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) com diagnóstico de SFM segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia para SFM. Avaliaram-se: as variáveis de caracterização amostral (gênero e idade); classificação e grau da DTM pelo índice Anamnésico Simplificado; fatores psicológicos e psicossociais envolvidos utilizando-se os Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM (RDC/TMD): Eixo II e a SFM através da ficha clínica utilizada no referido ambulatório do HC-UFPE. Os dados foram analisados através de técnicas de estatística descritiva e inferencial utilizando o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. O nível de significância utilizado foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95% de confiança. A amostra foi composta por 50 pacientes do gênero feminino com idade média de 47,02 anos e desvio padrão de 10,27 anos, destas 49 relataram a presença de sinais e sintomas relacionados à DTM que foi classificada quanto a sua severidade como moderada (40,0%), severa (36,0%) e leve (22,0%). Desta amostra 76% mostraram-se com necessidade de tratamento para DTM. Quanto aos sinais e sintomas investigados os itens mais freqüentes com resposta positiva foram aqueles relacionados a dor na nuca ou pescoço (86,0%), auto-avaliação de tensão (76,0%) e dor de cabeça (60,0%). A maioria (80,0%) relatou dor na face durante as 4 semanas; com exceção de uma paciente todas tinham dor crônica. Das atividades relacionadas à qualidade de vida das pacientes os itens mais prejudicados pela dor na face, relatada por 80,0% delas, foram: Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste (68,0%); comer alimentos duros (64,0%) e mastigar (60,0%). Todas as participantes apresentavam dor no corpo sendo a região occipital a mais citada (92,0%). As maiores queixas devido a dor no corpo foram: fadiga (98%), dificuldade de concentração (90%), ansiedade (88%), dormência nas mãos ou pés (84%) e sono com vários despertares (80%). Foi observada correlação positiva elevada entre os tempos da dor na face e dor no corpo sendo a média da escala visual analógica 5,22 e 8,7 para dor na face e no corpo, respectivamente. Em 90,0% das pacientes foi encontrado depressão e a maioria tinha somatização com dor (98,0%) e somatização sem dor (96,0%). O grau da DTM mostrou associação significativa ($p < 0,05$) com o grau da depressão e com as limitações da função mandibular: bocejar, conversar e ficar com o rosto normal sem aparência de dor ou triste. Quanto a associação da dor na face, mostraram-se significativas ($p < 0,05$) as variáveis: grau da DTM, depressão, bruxismo, cansaço ou dor muscular ao mastigar, zumbidos no ouvido e dor de cabeça. Houve associação significativa entre ocorrência de depressão com as limitações: fazer exercícios físicos ou fazer ginástica; comer alimentos duros; sorrir ou gargalhar; atividade sexual; conversar e ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste. Conclui-se que há uma alta prevalência de DTM na população fibromiálgica estudada. A depressão foi estatisticamente associada à DTM que mostrou-se mais intensa nos indivíduos com maior severidade de depressão. Associação significativa também foi encontrada quando os fatores psicossociais envolvidos nas limitações da função mandibular, grau de depressão e severidade da DTM foram relacionados.

Palavras-chave: Disfunção Temporomandibular; Síndrome Fibromiálgica; Aspectos psicológicos.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the presence of Temporomandibular Disorders (TMD) and the involvement of pain, as well as psychological and psychosocial factors, on a population with Fibromyalgia Syndrome (FMS). This is an observational, cross-sectional study with a direct inductive approach. The universe was composed of patients from the Acupuncture and Pain Ambulatory Facility of Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco (HC-UFPE) diagnosed with FMS, according to American College of Rheumatology criteria. The following were assessed: the sample variables (sex and age); classification and degree of TMD by the simplified anamnestic index; psychological and psychosocial factors involved using Research Diagnostic Criteria for TMD (RDC/TMD): Axis II and FMS according to the medical chart used in the ambulatory facility of HC-UFPE. The data were analyzed using descriptive and inferential statistical techniques and Pearson's chi-square or Fisher's Exact test. The significance level used was 5% and the intervals were obtained with 95% of confidence. The sample was composed of 50 female patients with mean age of 47.02 years and standard deviation of 10.27 years. Of these, 49 reported the presence of signs and symptoms related to TMD, which was classified as moderate (40.0%), severe (36.0%) and slight (22.0%). Seventy-six percent of the sample needed treatment for TMD. With respect to the signs and symptoms investigated the most frequent items with a positive response were those related to nape of the neck and neck pain (86.0%), self-assessment of tension (76.0%) and headache (60.0%). Most (80.0%) reported facial pain during the 4 weeks; all but 1 patient had chronic pain. Of the activities related to the quality of life of the patients, the items most compromised by facial pain, reported by 80.0% of the individuals, were: Maintaining normal facial expression, without signs of pain or sadness (68.0%); Eating hard food items (64.0%) and Masticating (60.0%). All the participants experienced body pain, mainly in the occipital region (92.0%). The most frequent complaints from body pain were: fatigue (98%), difficulty in concentrating (90%), anxiety (88%), numbness in the hands or feet (84%) and restless sleep (80%). A significant positive correlation was observed between the duration of facial pain and body pain. Mean visual analogue scale values were 5.22 and 8.7 for facial and body pain, respectively. Depression was found in 90.0% of the patients and most had somatization with pain (98.0%) and somatization without pain (96.0%). The degree of TMD showed a significant association ($p < 0.05$) with the level of depression and with limitations in mandibular function: yawning, speaking and maintaining normal facial expression without signs of pain or sadness. Facial pain showed a significant association ($p < 0.05$) with the variables: level of TMD, depression, teeth grinding, fatigue muscle pain from masticating, buzzing in the ear and headache. There was a significant correlation between the occurrence of depression and the following limitations: performing physical exercises; eating hard foods; smiling or laughing; sexual activity; speaking and maintaining normal facial expression, with no signs of pain or sadness. It was concluded that the fibromyalgia population studied exhibited a high prevalence of TMD. Depression was statistically associated to TMD, which was more intense in individuals with severe depression. A significant association was also found when the psychosocial factors involved in mandibular function limitations, degree of depression and severity of TMD were reported.

Key-words: Temporomandibular Disorders; Fibromyalgia Syndrome; Psychosocial and Psychological Aspects.

LISTA DE QUADRO E GRÁFICOS

Quadro 1 – Autores, estudo, instrumento, de avaliação e resultados de pesquisas relacionando a SFM à DTM.....	66
Gráfico 1 – Distribuição das pesquisadas segundo faixa etária.....	42
Gráfico 2 – Distribuição das pacientes analisadas segundo a classificação da DTM pelo Índice Anamnésico Simplificado.....	43
Gráfico 3 – Distribuição das pacientes analisadas segundo a dor no corpo, facial e cefaléia.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das pacientes analisadas segundo os sinais e sintomas pelo índice de Fonseca.....	44
Tabela 2 – Distribuição das pacientes analisadas segundo os sinais e sintomas de DTM pelo RDC/TMD Eixo II.....	45
Tabela 3 – Avaliação da classificação da DTM segundo os sinais e sintomas da DTM.....	46
Tabela 4 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo os sinais e sintomas da DTM.....	47
Tabela 5 – Distribuição das pacientes analisadas segundo as atividades que a dor na face ou problema na mandíbula o impedem, limitam ou prejudicam a sua qualidade de vida.....	48
Tabela 6 – Avaliação da classificação da DTM segundo as limitações da função mandibular.....	49
Tabela 7 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo as limitações da função mandibular.....	50
Tabela 8 – Distribuição das pacientes analisadas segundo a ocorrência de dor na face, tempo e frequência da dor, procura pelo profissional de saúde, pancada ou trauma na face ou na mandíbula recentemente.....	52
Tabela 9 – Avaliação da dor na face segundo os sinais e sintomas da DTM.....	52
Tabela 10 – Distribuição das pacientes analisadas segundo o tempo da dor no corpo e a relação temporal entre a dor no corpo e na face.....	54
Tabela 11 – Estatísticas do tempo (anos) e da escala visual analógica da dor no corpo e na face.....	54
Tabela 12 – Estatísticas do tempo (anos) e da escala visual analógica da dor na face e no corpo.....	55
Tabela 13 – Correlação de Pearson do tempo da dor no corpo (Fibromialgia) entre o tempo da dor na face.....	56
Tabela 14 – Distribuição das pacientes analisadas segundo as regiões mais frequentes de dor no corpo.....	56
Tabela 15 – Avaliação da classificação da DTM segundo as regiões mais frequentes de dor no corpo.....	57

Tabela 16 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo as regiões mais freqüentes de dor no corpo.....	58
Tabela 17 – Avaliação das queixas devido à dor no corpo.....	58
Tabela 18 – Avaliação das queixas segundo a ocorrência de dor na face.....	59
Tabela 19 – Distribuição das pacientes analisadas segundo a incidência de depressão, somatização com dor e sem dor.....	60
Tabela 20 – Avaliação da dor na face segundo ocorrência de DTM, grau da DTM, depressão, somatização e DTM com necessidade de tratamento.....	61
Tabela 21 – Avaliação da classificação da DTM segundo a depressão e somatização com e sem dor.....	62
Tabela 22 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo a depressão e somatização com e sem dor.....	62
Tabela 23 – Avaliação da classificação da depressão segundo as limitações da função mandibular.....	63

LISTA DE SIGLAS

AAOP	<i>American Academy of Orofacial Pain</i> (Academia Americana de Dor Orofacial)
ACTH	Hormônio adrenocorticotrófico
ATM	Articulação temporomandibular
CAR	Colégio Americano de Reumatologia
DTM	Disfunção temporomandibular
ESD	Espectro da Síndrome Disfuncional
EVA	Escala Visual Analógica
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
RDC	<i>Research Criteria Diagnostic</i> (Critérios de Diagnóstico em Pesquisa)
SFM	Síndrome Fibromiálgica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 SÍNDROME FIBROMIÁLGICA (SFM).....	16
2.1.1 Conceito da SFM.....	16
2.1.2 Etiologia e fisiopatologia da SFM.....	16
2.1.3 Prevalência da SFM.....	18
2.1.4 Diagnóstico da SFM.....	19
2.2 DOR OROFACIAL.....	20
2.3 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM).....	21
2.3.1 Nomenclatura e conceito da DTM.....	21
2.3.2 Etiologia da DTM.....	22
2.3.3 Prevalência da DTM.....	23
2.3.4 Sinais e sintomas da DTM.....	26
2.3.5 Índices e Critérios Diagnósticos em DTM.....	27
2.4 FATORES PSICOSSOCIAIS E ESTADO PSICOLÓGICO ASSOCIADOS À DTM E À DOR CRÔNICA.....	30
2.5 SÍNDROME FIBROMIÁLGICA E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR..	32
3 PROPOSIÇÃO.....	34
3.1 OBJETIVO GERAL.....	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	35
4.3 LOCAL.....	36
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
4.5 AMOSTRA.....	36
4.5.1 Critérios de Inclusão para Participar da Pesquisa.....	37
4.5.2 Critérios de Exclusão.....	37

4.6 COLETA DE DADOS (PROCEDIMENTOS)	38
4.6.1 Dados de Identificação.....	38
4.6.2 Anamnese.....	39
4.6.2.1 Investigação da dor no corpo e severidade da DTM.....	39
4.6.2.2 Avaliação dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM (RDC/TMD: Eixo II).....	40
4.6.2.3 Ficha clínica utilizada pela equipe médica do Ambulatório de Acupuntura e Dor do HC-UFPE para diagnóstico de SFM ou outros problemas associados a dor.....	41
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
5 RESULTADOS	42
5.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, GRAU DE SEVERIDADE, SINAIS E SINTOMAS DA DTM	42
5.2 CLASSIFICAÇÃO DA DTM SEGUNDO AS LIMITAÇÕES DA FUNÇÃO MANDIBULAR E RELAÇÃO DESTAS LIMITAÇÕES AO GRAU DE SEVERIDADE DA DTM	48
5.3 CLASSIFICAÇÃO DA DOR NA FACE QUANTO A OCORRÊNCIA E CRONICIDADE E RELAÇÃO DESTA DOR COM SINAIS E SINTOMAS DA DTM	51
5.4 PRESENÇA DE DOR NA FACE E DOR NO CORPO E RELAÇÃO ENTRE ESTAS	53
5.5 FATORES PSICOLÓGICOS PRESENTES RELACIONADOS À DOR NA FACE E GRAU DE SEVERIDADE DA DTM	60
6 DISCUSSÃO	65
7 CONCLUSÕES	73
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	86
ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Fibromiálgica (SFM) é uma doença crônica, complexa, caracterizada pelo desconforto músculoesquelético generalizado e alterações no sistema nervoso central (SNC) e endócrino, além de alterações psicológicas do paciente (NEEK, 2002). A SFM afeta, aproximadamente, cerca de 2 a 7% da população mundial, sendo mais prevalente em mulheres do que em homens em uma proporção de 9:1 (STAUD; DOMINGO, 2001). Essa desordem atinge mais freqüentemente pessoas entre 45 a 60 anos, porém sua prevalência aumenta com a idade (SPROTT, 2003).

O termo Disfunção Temporomandibular (DTM) representa uma série de problemas clínicos envolvendo a musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas (McNEILL, 1997). A DTM é caracterizada na presença de sinais e sintomas que podem surgir concomitantes como: ruídos articulares, limitações na função mandibular, dores na região da musculatura mastigatória ou região pré-auricular (OKESON, 2000). A prevalência de sinais e sintomas de DTM mostra-se alta em populações não pacientes (DWORKIN *et al.*, 1990b). Estudos epidemiológicos têm demonstrado que cerca de três quartos da população pode possuir algum sinal ou sintoma desta disfunção (SCHIFFMAN *et al.*, 1990).

As DTMs são fortemente associadas a fatores locais, como oclusão dentária, postura mandibular ou hábitos parafuncionais. No entanto, tais disfunções ocorrem com frequência em doentes com quadros dolorosos sistêmicos, como artrite reumatóide, síndrome dolorosa miofascial e Síndrome Fibromiálgica (CHING; SIQUEIRA, 2001; RAPHAEL; MARBACH; KLAUSNER, 2000).

Alguns sinais e sintomas são comuns à SFM e à DTM e incluem história de trauma, assimetria facial, bruxismo e limitação dos movimentos mandibulares (PENNACCHIO; BORG-STEIN; KEITH, 1998).

Estudos na literatura abordando a associação clínica entre a SFM e a DTM sugerem a existência de um certo grau de comorbidade entre estas duas doenças, as quais apresentam muitas características clínicas em comum (FUJARRA, 2008; LEBLEBICI *et al.*, 2007; MAGNUSSON; ERNBERG; KOPP, 1997; MANFREDINI *et al.*, 2004; SALVETTI *et al.*, 2007). Muitos portadores de SFM apresentam diversos

sintomas e sinais de envolvimento do sistema estomatognático, com uma prevalência de DTM que varia de 42% à 97%. Em contrapartida, os indivíduos com DTM apresentam prevalência de SFM de 23,5% (MAFREDINI *et al.*, 2004).

Em estudo realizado por Korszun *et al.* (1998) procurou-se determinar a morbidade associada à DTM e outras condições associadas ao estresse em doentes com síndrome da fadiga crônica e SFM. A maioria afirmou que o início dos sintomas corpóreos ocorreu antes das dores faciais, e 75% deles eram tratados apenas para os sintomas da DTM, especialmente através do uso de placas oclusais. Esses e outros achados na literatura confirmam uma forte associação clínica entre a DTM, SFM e síndrome de fadiga crônica, e sugerem que a DTM faça parte de uma síndrome de dor generalizada, caracterizada por queixas somáticas e psicológicas freqüentes, incluindo fadiga, distúrbios do sono, ansiedade e depressão.

A intensidade da dor facial juntamente ao padrão diário de dor e ao efeito que ela produz na qualidade de vida, são similares em indivíduos acometidos por dor miofascial nos músculos da mastigação ou SFM. Este fato colabora para que a SFM seja incluída no diagnóstico diferencial das dores músculo esqueléticas da face (DAO; REYNOLDS; TENEMBAUM, 1997), incluindo-se a DTM.

Considerando-se a significativa prevalência de DTM em indivíduos com SFM e a influência quanto aos fatores psicossociais e psicológicos possivelmente presentes em ambas as morbidades, julgou-se relevante a realização de um estudo transversal para avaliar a disfunção temporomandibular, dor e fatores psicossociais e psicológicos em portadores da SFM.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SÍNDROME FIBROMIÁLGICA (SFM)

2.1.1 Conceito da SFM

Pode-se descrever a SFM como uma condição reumática não deformante comum e denominada como um complexo de doenças ou síndrome sem uma causa única ou cura para seus sintomas abrangentes e persistentes. Suas causas requerem a atuação de mais de um fator etiológico essencial havendo numerosas teorias sobre quais seriam eles (CHAITOW, 2002).

Essa morbidade é definida, portanto, como síndrome por apresentar um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam a doença (CHAITOW, 2002), sendo caracterizada pelo desconforto músculoesquelético generalizado e alterações do SNC, endócrino e alterações psicológicas do paciente (NEEK, 2002).

2.1.2 Etiologia e fisiopatologia da SFM

Esta síndrome apresenta uma fisiopatologia complexa e composta por várias alterações fisiológicas, que geram muitas teorias a respeito de sua patogênese. Há uma tendência atual em considerá-la multifatorial, com fatores iniciantes e resultantes, os quais podem ser também perpetuantes, levando-se à cronicidade da doença (ALENCAR Jr, 2002; RUSSEL, 1999).

Para aqueles que já têm casos de SFM na família, há uma maior probabilidade de apresentá-la, havendo assim, uma predisposição genética. Trauma físico, estresse emocional, infecções, desordens endócrinas e alterações imunológicas são alguns dos fenômenos que podem desencadear um quadro de sintomas da SFM em indivíduos geneticamente predispostos (CLAUW, 2001).

Existem algumas condições associadas à SFM, como síndrome do cólon irritável, disfunção da tireóide, endometriose e problemas psicológicos como depressão e ansiedade (CHAITOW, 2002).

Há uma hipótese de que a SFM forme, junto a outros distúrbios, um espectro de síndromes relacionadas que apresentem sintomas e patofisiologia semelhantes. Pelo fato destas síndromes, as quais pertencem ao espectro, resultarem de uma disfunção da homeostase neuro-hormonal normal, este espectro é conhecido por Espectro da Síndrome Disfuncional (ESD) e é composto por tais síndromes: SFM; Síndrome da Fadiga Crônica; Cefaléia Tensional; Enxaqueca; Síndrome do Cólon Irritável; Dismenorréia Primária; Síndrome da Dor Miofascial / Disfunção Temporomandibular; Síndrome das Pernas Inquietas e Desordem do Movimento Periódico dos Membros (YUNUS, 1994).

Estas condições dividem muitas características clínicas, como preponderância do gênero feminino, fadiga e sono não restaurador, ausência de lesões teciduais micro ou macroscópicas e respondem a medicamentos que agem no SNC, como drogas serotoninérgicas e noradrenérgicas (YUNUS, 1994).

Outra teoria bastante aceita é a de que sua etiologia estaria relacionada com alterações no sistema neuroendócrino imune-hormonal, distúrbios do sono e anormalidades do metabolismo muscular (MCCARBERG *et al.*, 2003). As alterações na concentração de serotonina e substância P nos indivíduos com SFM poderiam justificar a existência de uma desordem neuroendócrina, caracterizada pela função anormal do eixo hipotalâmico-pituitário adrenal, incluindo uma liberação maior de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) seguida de uma baixa da resposta adrenal (KOOPTMAN, 1997).

Deficiências de serotonina e noradrenalina, são comuns à SFM e a doenças psiquiátricas, como a depressão, portanto, problemas na transmissão sináptica de serotonina nos pacientes com SFM poderiam explicar a presença de quadros de depressão nestes indivíduos (YUNUS, 1994).

Neeck (2002) associou a sintomatologia aos distúrbios psicológicos apresentados por pacientes com o diagnóstico de SFM e relata que nestes casos a regulação endócrina encontra-se prejudicada, o sistema de feedback hormonal está alterado e ansiedade e depressão são os sintomas psicológicos mais evidentes.

A fisiopatologia da SFM é descrita por fatores periféricos, centrais e inter-relações entre múltiplos fatores, incluindo os psicológicos. Entre estes fatores

periféricos pode-se citar traumas, como acidentes ou lesões por esforços repetitivos (YUNUS, 1994).

Os pacientes com SFM relatam sensibilidade à pressão em qualquer ponto do corpo, não só nos tender *points* (pontos dolorosos), os pontos de diagnóstico característicos da SFM. Este evento mostra o envolvimento, também, de fatores centrais adicionais à morbidade muscular a qual sozinha não poderia justificar os sintomas dolorosos existentes (KOOPMAN, 1997).

2.1.3 Prevalência da SFM

Cerca de 2 a 7% da população mundial é acometida pela SFM (STAUD; DOMINGO, 2001). Sendo uma morbidade mais comum entre mulheres de 30 a 60 anos de idade. De acordo com um estudo realizado por White et al. (1999) 2 a 4% da população americana apresentam esta síndrome, e desses, 3,4% são mulheres e 0,5% são homens.

Em um estudo de prevalência de SFM, Wolfe *et al.* (1995) utilizando os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (CAR), estimaram a prevalência da SFM na população Wichita, Kansas, EUA. Em um grupo de pessoas com dor crônica e difusa foi feita a avaliação dos tender *points* (pontos dolorosos), e este grupo respondeu perguntas referentes aos principais sintomas da SFM. Posteriormente, comparou-se suas respostas às respostas de um grupo de pacientes fibromiálgicos institucionalizados. Os principais sintomas nos fibromiálgicos da população geral foram semelhantes aos indivíduos com SFM em tratamento sendo nestes mais severas a incapacidade funcional e a dor.

A prevalência varia entre 1 a 4% da população geral em países industrializados, sendo a segunda afecção reumatológica mais comum, atrás apenas da osteoartrite degenerativa (CLAUW, 2001). De acordo com estudos 1,3 a 4,8% da população dos países ocidentais industrializados sofrem de SFM, sendo que destes, 80 a 90% são do gênero feminino (SCHOCHAT, 2003).

Um estudo caso-controle realizado para verificar a ocorrência de distúrbios psicológicos em mulheres com SFM foi desenvolvido por Martinez et al. (1995). De acordo com o estudo 63,8% das pacientes com SFM apresentavam desordem da

personalidade, sendo que 80% apresentavam depressão e 63,8% ansiedade. Enquanto que no grupo controle somente 8% das mulheres apresentavam desordem da personalidade.

Através dos estudos revistos, pode-se ao dizer que a SFM é uma condição clínica significativa na população em geral, com alta prevalência em indivíduos com dor crônica e em mulheres entre 30 e 60 anos. Observa-se também que os sintomas mais prevalentes são dor, distúrbios do sono, rigidez matinal e fadiga (WOLFE *et al.*, 1990), além de depressão e ansiedade tanto nos indivíduos fibromiálgicos em tratamento quanto nos diagnosticados através dos estudos de prevalência na população em geral (WOLFE *et al.*, 1995).

2.1.4 Diagnóstico da SFM

O diagnóstico da SFM é clínico e realizado segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia-CAR de 1990 que, de acordo com o consenso obtido naquele ano, adotaram como critério de classificação história de dor crônica músculo- esquelética por todo o corpo com persistência por mais de três meses. A dor deve estar presente em ambos os lados do corpo, acima e abaixo da cintura e também, no esqueleto axial (coluna cervical, torácica e lombo-sacra) atingindo a parte anterior do tórax, estando presente em pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos previamente descritos, durante a palpação digital, aplicando-se uma força de 4 kg/cm² (WOLFE *et al.*, 1990).

De acordo com a validação brasileira do critério do CAR, os critérios de maior sensibilidade, especificidade e acurácia para a SFM foram dor difusa e nove ou mais pontos dolorosos em 18 dos examinados.

Silva *et al.* (1997) colocam que 40% dos indivíduos com dor generalizada crônica e 19% com dor regional apresentaram 11 dos 18 tender points. Observaram ainda que a presença de pontos dolorosos associam-se, não somente com a dor, mas também com depressão, fadiga e distúrbios do sono, sugerindo que esses pontos são, na verdade, uma medida de estresse geral.

Diante do que foi analisado na literatura, observa-se que o diagnóstico pode ser feito pela presença dos seguintes sinais e sintomas: dor generalizada, rigidez

muscular, fadiga, distúrbio do sono e depressão, somados à presença de dor na palpação em *tender points*. A SFM pode ser descrita como tendo um núcleo central de sintomas essenciais ao diagnóstico, e manifestações de outras condições clínicas associadas. O médico clínico experiente pode fazer tal diagnóstico baseando-se nesses critérios e limitando o número de exames laboratoriais, para excluir outras doenças reumáticas ou endócrinas (McCAIN, 1996).

O prognóstico da SFM é bastante variável e depende do grau de severidade da doença quando diagnosticada, embora a sua completa remissão é bastante rara (FORSETH; GRAN, 2002).

2.2 DOR OROFACIAL

De acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain – AAOP*), o campo de atuação na área de dor orofacial inclui condições álgicas decorrentes da cabeça e do pescoço, incluindo todas as estruturas que formam a cavidade oral. O diagnóstico diferencial abrange um grande número de doenças ou afecções que afetam, primária ou secundariamente, esse segmento corpóreo (OKESON, 2000).

Dor orofacial pode ser o principal sintoma das inúmeras doenças que acometem diretamente as estruturas orofaciais; podendo, também, ser o sintoma de doenças alojadas nas regiões adjacentes da cabeça, do pescoço, ou em regiões mais distantes, como tórax e abdômen, quando provocam dores referidas (OKESON, 2000).

As dores orofaciais podem ser agudas ou crônicas. As agudas têm ocorrência comum e são normalmente relacionadas às doenças que afetam primária ou secundariamente a face. As dores crônicas têm diferentes níveis de complexidade, exigindo métodos de diagnóstico e tratamento, normalmente, mais complexos (REN; DUBNER, 2002).

Os estudos que investigam dores orofaciais crônicas demonstram que os doentes apresentam, freqüentemente, alterações neurais e emocionais; parecendo ter também maior susceptibilidade à dor músculo-esquelética, apresentando com

maior freqüência, queixa de dores em várias partes do corpo (CAMPARIS; SIQUEIRA, 2006).

A dor crônica é, geralmente, associada a condições crônicas, têm diversas origens e nem sempre cessam com a eliminação da causa. Classicamente, utiliza-se o critério temporal (acima de seis meses) para caracterizá-la. Em alguns casos a dor aguda pode durar mais de seis meses e a dor crônica pode começar em menos de seis meses (OKESON, 2000). A DTM pode ser causa de dor facial crônica (CHING; SIQUEIRA, 2001).

2.3 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

2.3.1 Nomenclatura e conceito da DTM

Muitas expressões foram utilizadas para definir esta disfunção, tais como: “Síndrome de Costen” (COSTEN, 1934), “Síndrome da Dor-Disfunção da Articulação” (SCHWARTZ, 1995), “Síndrome da Dor-Desordem Miofascial” (LASKIN, 1969), Distúrbios Funcionais da ATM (RAMFJORD; ASH, 1971), Síndrome de Dor e Disfunção Miofascial (GREENE, 1982), Desordem ou Disfunção da ATM (RENDELL, 1992), Desordens Craniomandibulares (PAESANI, 1992), e Disfunção Temporomandibular (MCNEILL, 1993).

Quando se trata de nomenclatura da DTM, observa-se que há uma tendência focalizando-a mais nas dores orofaciais do que na parte disfuncional da própria DTM. Como evidência deste fato tem-se a substituição do nome Academia Americana de Desordem Temporomandibular (*American Academy of Temporomandibular Disorders*) para Academia Americana de Dor Orofacial (*American Academy of Orofacial Pain*). Conseqüentemente, o Jornal de Desordem Temporomandibular e Dor Facial e Oral (*Journal of Temporomandibular Disorders Facial and Oral Pain*) foi renomeado, em 1993, como Jornal de Dor Orofacial (*Journal of Orofacial Pain*) (BARROS; RODE, 1995).

As dores orofaciais que se originam das estruturas músculo-esqueléticas do sistema mastigatório, foram incluídas como queixas de dor coletivamente

conhecidas como disfunção temporomandibular (DTM). Portanto, a DTM é um termo abrangente que inclui problemas clínicos envolvendo a musculatura da mastigação, articulação temporomandibular ou estruturas que possam estar associadas (McNEILL, 1993).

2.3.2 Etiologia da DTM

Durante muitos anos as DTMs foram colocadas como conseqüências de ações deletérias de contatos prematuros que desviavam os movimentos mandibulares ocasionando um efeito direto na fisiologia do sistema estomatognático, o que proporcionaria a dor e disfunção. Com a evolução dos estudos, observou-se que a influência destes contatos sobre o funcionamento das ATMs teria uma menor importância e que muitos dos sinais apresentados deveriam ser considerados como adaptações funcionais. Também foi observado que, muitos desses contatos poderiam ser desenvolvidos a partir da instalação do quadro da DTM, principalmente, em função dos distúrbios musculares e intracapsulares agudos ou de destruição tecidual que alteravam o padrão de movimentação mandibular e conseqüentemente a intercuspidação dentária (PEREIRA; CONTI, 2001).

Para McNeill (1997) há muitas controvérsias a cerca da etiologia da DTM devido ao conhecimento limitado de sua etiologia e história natural da doença. Ele considera que alguns fatores etiológicos relacionados sejam apenas fatores de risco, alguns, coincidentes e outros de natureza causal. A dificuldade se dá pela identificação segura dos fatores causais que o autor classifica como predisponentes, desencadeantes e perpetuadores. O grupo dos predisponentes inclui as condições estruturais, metabólicas e psicológicas que afetam o sistema estomatognático aumentando o risco de desenvolver a doença; no grupo dos desencadeantes estão fatores que levam ao aparecimento de situações como: traumas ou cargas excessivas repetitivas e inadequadas no sistema estomatognático; e no grupo dos perpetuadores estão os fatores envolvidos no curso da doença, atuando associados a outros fatores ou de modo independente, como os hábitos parafuncionais.

Acredita-se que as desordens biopsicossociais podem desempenhar um papel fundamental no aparecimento e desenvolvimento dos sintomas da DTM (ASH *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Segundo Paiva *et al.* (1997) a teoria multifatorial é consolidada e amplamente aceita apontando como fatores causais da DTM a parafunção, trauma, fatores psicológicos e maloclusão.

Baseados na hipótese de que a DTM tem diferentes etiologias, Huang *et al.* (2002), pesquisaram fatores de risco para três diferentes grupos de voluntários com diagnóstico da doença. Avaliaram 97 indivíduos com diagnóstico de dor muscular, 20 com dor articular, 157 com dores articular e muscular e 195 indivíduos no grupo controle. Entre fatores analisados estavam as condições físicas e psicológicas. A ocorrência de dor muscular mostrou associações significantes com trauma, apertamento, remoção de terceiro molar, somatização e gênero feminino, o mesmo ocorrendo para o grupo com dor muscular e articular, porém com médias maiores de incidência para este segundo grupo. Não encontraram associações significantes dentro do grupo com diagnóstico de dor articular somente.

2.3.3 Prevalência da DTM

Cerca de 33% da população mundial têm, no mínimo, um sintoma da disfunção (DWORKIN *et al.*, 1990a). Em estudos epidemiológicos transversais realizados numa população de adultos não pacientes houve uma variação de prevalência, entre 40% e 75%, de no mínimo um sinal de disfunção articular (LeRESCHE, 1997b).

Vários estudos epidemiológicos evidenciaram a alta prevalência de sinais e sintomas de DTM em populações pesquisadas. À partir destes estudos observou-se que uma média de 45% da amostra pesquisada apresentava pelo menos um sintoma e 58% pelo menos um sinal clínico (OKESON, 2000).

Desde 1934 quando Costen associou a odontologia à DTM e descreveu uma série de sintomas relacionados à esta disfunção, que pesquisas vêm sendo realizadas com o objetivo de se obter mais informações à respeito das teorias, etiologia e prevalência desta morbidade.

Para avaliação das desordens funcionais do sistema estomatognático, dados sobre a etiologia e prevalência de sinais e sintomas de DTM foram obtidos em uma amostra de 1.106 pacientes por Agerberg e Carlsson, em 1973. Eles utilizaram índices para avaliar a mobilidade da mandíbula, dor funcional, sintomas de DTM e parafunção. Concluíram que 57% dos pesquisados apresentaram apenas um sintoma de DTM enquanto que 30% da amostra apresentaram um ou mais sintomas associados.

Solberg *et al.* (1979) através de anamnese e exame físico, realizaram um estudo de prevalência de DTM em 739 jovens estudantes com idade entre 19 e 25 anos, sendo que 50% eram do gênero feminino e 50% do masculino. Concluíram que sinais de DTM estavam presentes em 76% dos pesquisados e que apenas 26% deles apresentavam sintomas de dor. A sintomatologia mais comum de disfunção foi dor no músculo pterigóideo lateral e ruídos articulares e foi mais prevalente nas mulheres.

Um estudo com 1.016 voluntários com idades entre 18 e 75 anos foi realizado por Dworkin *et al.* (1990a). Os pesquisados precisavam responder a um questionário que investigava sinais e sintomas de DTM. Nesta pesquisa havia dois grupos, um do tipo controle formado por 264 participantes sem DTM e um outro grupo teste formado por 123 indivíduos com o diagnóstico de DTM. Em seguida também foram examinados 289 casos clínicos com indicação de tratamento para DTM. Foi observado que a dor durante a função ocorreu em 50% dos casos com indicação para tratamento, em 21% dos voluntários classificados no grupo teste e 7% a 10% dos indivíduos do grupo controle.

Dao e LeResche (2000), em revisão de literatura sobre a relação entre gênero e dor clínica, sugeriram que mulheres relatam maior severidade, frequência e duração de dor em relação aos homens. Estima-se que as mulheres predominam entre os grupos de pacientes em uma proporção duas a três vezes maior que os homens (CARLSSON; MAGNUSSON, 2000; SOLBERG, 1999).

Com relação à faixa etária, muitos dos estudos mostram que a maior prevalência de DTM está presente em adultos com menos de 45 anos de idade (DWORKIN *et al.*, 1990b; LeRESCHÉ, 1997a). Ambos os gêneros são afetados durante a terceira década de vida (20 a 30 anos), onde o menor número de casos de DTM ocorre durante a infância e a velhice (OLIVEIRA, 1992). Em crianças, os sinais e sintomas são mais suaves, não existindo evidências de que regularmente

progridam na idade adulta. Com relação aos idosos, percebe-se uma baixa prevalência de DTM. Isso pode ser explicado talvez por uma auto-resolução do caso no decorrer dos anos, ou até mesmo pelo fato de que sintomas de outras doenças decorrentes da idade sejam mais graves, acarretando o desestímulo na procura por tratamento da DTM (OKESON, 2000).

Casanova-Rosado *et al.*, (2006) avaliaram a prevalência da DTM e fatores associados a esta em um grupo de adolescentes e adultos jovens mexicanos. Foram investigados 506 indivíduos entre 14 e 25 anos de idade, sendo 54,2% e 45,8% do gênero feminino e masculino, respectivamente. Os pesquisados responderam a um questionário avaliando variáveis sócio-demográficas, histórias de estresse, estilo de vida e ansiedade. Para o diagnóstico da DTM foi utilizado o RDC/TMD. De acordo com este instrumento, a prevalência da DTM foi de 46,1% no grupo total, havendo uma maior prevalência no grupo feminino de 52,9%, enquanto que no masculino foi de 37,9%.

Tosato e Caria (2006) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em crianças e universitários. Para isso foram entrevistadas mães de 90 crianças entre três e sete anos de idade, e 107 universitários, com idade entre 17 e 38 anos. Após a análise dos questionários, foi constatado que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois gêneros avaliados, em ambos os grupos, no entanto, houve diferença na prevalência dos sintomas. Concluíram que é possível sugerir que a presença dos sintomas de DTM tornam-se mais freqüentes entre os adolescentes que entre as crianças. Desse modo, o diagnóstico precoce, facilitaria o tratamento e evitaria malefícios na fase adulta.

Através do Índice Anamnésico Simplificado (FONSECA *et al.*, 1994) e de um questionário para avaliação da qualidade do sono, publicado em seu artigo original por Buysse *et al.* (1989), Verri *et al.* (2008) investigaram a prevalência de DTM e qualidade do sono em universitários. Usando o Índice Anamnésico Simplificado, o autor identificou a presença de DTM e seu grau de severidade em leve (51%), moderada (23%) e severa (7%). Com relação ao sono, aproximadamente 50% dos indivíduos mostraram-se com baixa qualidade.

Utilizando o Índice Anamnésico Simplificado (FONSECA *et al.*, 1994) para avaliação da DTM e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para investigação da ansiedade, Coronatto *et al.* (2009) observaram uma correlação

positiva entre a DTM e maior nível de ansiedade em 48 pacientes com ausência total de elementos dentários de uma clínica de prótese total na Universidade de Ribeirão Preto.

Avaliando a prevalência de DTM e sua relação com o gênero, oclusão e fatores psicológicos em uma amostra de 196 universitários, Bonjardim *et al.* (2009) concluíram que em 50% da população pesquisada era portadora de DTM e a ansiedade mostrou relação estatística significativa em detrimento das outras variáveis avaliadas.

2.3.4 Sinais e sintomas da DTM

O sintoma inicial mais comum da DTM é a dor, a qual está geralmente localizada nos músculos da mastigação, na área pré-auricular, na ATM ou em ambos. Na sintomatologia incluem dores próximas ao ouvido, na cabeça e na face, limitação de movimentos mandibulares, ruídos articulares descritos como estalos ou crepitação (MCNEILL, 1993).

Foi estudando um conjunto de sinais e sintomas que afetavam a dinâmica e a morfologia do sistema estomatognático que Bell, em 1991, os definiu como desordens temporomandibulares caracterizando-as como dor na região pré-auricular, na ATM ou nos músculos da mastigação, limitações ou desvios no padrão de movimento da mandíbula e ruídos na ATM durante os movimentos funcionais.

Okeson (2000) afirma que sinais e sintomas de DTM não obrigatoriamente devem estar relacionados com a severidade da maloclusão, devendo ser avaliado o estado emocional do paciente. A associação de maloclusão ao estresse poderia causar um aumento da hiperatividade muscular se excedessem a tolerância fisiológica do indivíduo, e esta hiperatividade muscular promoveria um colapso apenas se ultrapassasse a tolerância estrutural do músculo.

Em um estudo sobre os sinais e sintomas de DTM em voluntários com oclusão normal e maloclusão (classe II de Angle), realizado por Matsumoto *et al.*, (2002), foram avaliados itens relacionados à DTM tais como: sensibilidade à palpação muscular, presença de ruídos articulares, movimentos mandibulares e sintomas subjetivos. Todas estas variáveis foram obtidas através de um questionário

anamnésico. Foram divididos em dois grupos com 30 voluntários cada e com idade média de 22.6 anos. Segundo os autores, nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os grupos na maioria das variáveis estudadas, contudo, os voluntários com maloclusão tiveram as maiores médias de sensibilidade dolorosa.

Menezes *et al.* (2008) em estudo com 160 indivíduos, utilizando-se o índice Anamnésico Simplificado (FONSECA, 1994) para pesquisar e classificar a DTM e um questionário específico sobre cefaléia para investigá-la. Nos seus resultados encontraram uma maior prevalência de DTM no gênero feminino e maior presença de cefaléia nas mulheres portadoras de DTM.

Paiva *et al.* (2008) concordam com Fonseca (1994) ao afirma que na presença de sinais e sintomas que levam o indivíduo a um diagnóstico de DTM moderada ou severa através do Índice Anamnésico Simplificado (FONSECA, 1994), há a necessidade de encaminhamento ao tratamento específico para DTM.

2.3.5 Índices e Critérios Diagnósticos em DTM

Para que haja um melhor entendimento entre os clínicos e pesquisadores, é ideal que se tenha uma forma padronizada para obtenção e comparação dos resultados de estudos epidemiológicos sobre determinado assunto (DWORKIN; LeRESCHE, 1992; FONSECA *et al.*, 1994).

São contraditórios os resultados dos diferentes estudos epidemiológicos encontrados sobre DTM, estes mostram diferentes estimativas de prevalência e incidência. Tal fato pode ser consequência da falta de padronização de um mesmo critério para avaliação dos aspectos biopsicossociais relacionados a esse problema (YAP *et al.*, 2002). Portanto, percebe-se a necessidade de se aplicar um critério de classificação que seja universalmente aceito e validado (KOSMINSKY *et al.*, 2004).

Um Índice Anamnésico de Disfunção para registro dos sintomas da DTM foi elaborado por Helkimo (1974), o qual baseou-se em um questionário e em um Índice Clínico de Disfunção para obtenção dos sinais objetivos. Neste estudo foram avaliados três índices pesquisando a ocorrência de sinais e sintomas nas alterações do sistema estomatognático. Os índices examinados e seus respectivos resultados foram os seguintes:

1 - índice de disfunção clínica: avalia o estado funcional do sistema mastigatório, baseando-se em cinco grupos com as seguintes características: amplitude de movimento da mandíbula, função da articulação temporomandibular, dor ao movimentar a mandíbula, dor na articulação temporomandibular e dor nos músculos mastigatórios. De acordo com este índice, 70% das pessoas examinadas não tiveram prejuízo quanto à mobilidade mandibular e em 3% a mobilidade foi prejudicada. A ATM de 40% dos indivíduos examinados não apresentou sintomas; dor a palpação esteve presente em 45%, enquanto que as dores durante o movimento mandibular foi descrita por 30% dos examinados.

2- Índice anamnésico de disfunção baseado em dados obtidos através de entrevista com o indivíduo pesquisado. Neste índice 43% dos indivíduos disseram não apresentar sintomatologia, 31% disseram ter sintomas suaves e 26% relataram sintomas severos de disfunção.

3- Índice oclusal baseado na avaliação da oclusão em quatro aspectos: número total de dentes, número de dentes ocluindo, interferências na oclusão e articulação. No índice oclusal, 14% apresentaram alguma desordem, 86% tinham desordem severa incluindo perda de dentes, interferências oclusais ou na articulação dos dentes.

Em seguida, outros índices foram desenvolvidos complementando, simplificando ou adaptando o índice de Helkimo, tais como o Índice Anamnésico Simplificado DMF (FONSECA *et al.*, 1994).

O Índice Anamnésico Simplificado foi validado em estudo realizado no Brasil por Fonseca *et al.* (1994) através de uma amostra de 110 pacientes com queixas de DTM. Nestes indivíduos da pesquisa foram aplicados tal índice e o índice clínico de Helkimo (1974). Com os resultados da análise estatística, observaram a correlação ($p=0,05$) e grau de confiabilidade entre os dados obtidos dos dois métodos analisados. Portanto, concluíram que a correlação entre a anamnese e o exame clínico para o diagnóstico da DTM permite que a hipótese diagnóstica e triagem dos pacientes sejam feitas apenas pela anamnese.

O Índice Anamnésico Simplificado de acordo com Fonseca *et al.* (1994), informa sobre a presença dos sintomas mais comuns da DTM e possibilita um provável diagnóstico imediato, com base na pontuação previamente estabelecida pelo questionário, no total de pontos obtidos pelo paciente e nas alternativas deles decorrentes.

Na tentativa de fornecer uma base mais confiável para a investigação clínica diagnóstica em pesquisas sobre DTM, em 1992, Dworkin e LeResche desenvolveram um conjunto de Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM, o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*, internacionalmente conhecido pela sigla RDC/TMD. Este possibilita tanto a pesquisadores quanto a profissionais clínicos, critérios padronizados com mesma precisão no diagnóstico de DTM, facilitando a replicação confiável dos achados clínicos e da pesquisa. A reprodutibilidade é corretamente obtida devido as especificações do RDC/TMD encontradas no manual padronizado publicado por Dworkin e LeResche (1992), componente este ausente nos outros sistemas de diagnóstico (GAROFALO *et al.*, 1998).

O RDC/TMD foi inicialmente desenvolvido em Inglês e sua tradução e validação tem sido realizada e aplicada em outros estudos clínicos em diferentes populações (DWORKIN *et al.*, 2002 b). Pereira Jr. *et al.* (2003), através do Projeto Internacional RDC/TMD Inglês-Português, traduziu o RDC/TMD para a língua portuguesa. Posteriormente, Kosminsky *et al.*, (2004) realizaram a adaptação cultural, tendo como resultado a versão em português do RDC/TMD: Eixo II, e Lucena *et al.* (2006), através do processo de validação do RDC/TMD: Eixo II, viabilizaram, finalmente, seu emprego em pesquisas sobre DTM na população brasileira.

O RDC/TMD, possui uma abordagem multiaxial: Eixo I e Eixo II. No Eixo I desenvolveram um conjunto de critérios clínicos para as formas mais comuns de DTM, estes representariam os fatores físicos (nociceptivos), mensurável e passível de serem reproduzidos; no Eixo II formaram um conjunto separado de critérios para classificação do funcionamento psicológico e psicossocial do paciente os quais influenciam a experiência de dor, independente do diagnóstico físico (Eixo I). Essa classificação possibilita um melhor entendimento por parte do paciente portador de dor aguda e crônica, já que a dor crônica apresenta maior associação com os fatores psicológicos ou psicossociais, em relação à dor aguda (OKESON, 2000).

O Eixo II do RDC/TMD é um questionário composto por 31 questões abordando fatores sócio-demográficos, socioeconômicos, psicossociais e estado psicológico, bem como, sinais e sintomas referentes à DTM e escala de limitações no funcionamento mandibular.

O RDC/TMD foi devidamente testado quanto à confiabilidade e devidamente validado. Os componentes do Eixo II são confiáveis e válidos indicadores de depressão, somatização e disfunção psicossocial em resposta à dor, no entanto, para um diagnóstico psiquiátrico preciso, outros critérios devem ser melhor investigados (DWORKIN; LeRESCHE, 1992; DWORKIN *et al.*, 2002 a).

2.4 FATORES PSICOSSOCIAIS E ESTADO PSICOLÓGICO ASSOCIADOS À DTM E À DOR CRÔNICA

Há fortes evidências de que distúrbios como depressão e ansiedade, adicionadas à estratégias de enfrentamento de dor mal-adaptadas e pobre qualidade de sono têm forte influência no desenvolvimento e manutenção da dor de origem temporomandibular, bem como de outras desordens de dor crônica não maligna (SUVINEN; READE, 1995).

Nos últimos anos, muitas pesquisas têm sido realizadas com objetivo de investigar a variedade e influência dos fatores psicológicos relacionados à DTM. Embora sejam ainda pouco conclusivas, depressão, conversão histérica, psicose, neurose obsessiva, distúrbio da ansiedade e estresse são algumas das diversas condições implicadas na DTM (DWORKIN *et al.*, 2002c).

O perfil psicológico tem sido amplamente avaliado em pacientes com DTM, e diversos autores têm proposto um modelo biopsicossocial para caracterizar a natureza multifatorial da doença (RUDY *et al.*, 1995).

Aproximadamente 75% dos pacientes com DTM apresentam alguma alteração emocional (PARKER; HOLMES; TEREZHALMY, 1993) e o estresse, a depressão, a incapacidade e a doença comportamental disfuncional são aspectos críticos no perfil dos pacientes com DTM, podendo determinar o curso da doença e afetar o prognóstico e tratamento (DWORKIN; LeRESCHE, 1992).

Os fatores psicológicos associados à DTM podem ser divididos em cognitivos, comportamentais e emocionais (MOREIRA; ALENCAR Jr; BUSSADORI, 1998). Os fatores cognitivos são aqueles representados pela crença, origem e significado do sintoma. Sendo o que o paciente pensa sobre o seu problema o maior fator na

determinação das respostas emocionais e comportamentais (RUGH; DAHLSTROM, 1994).

Os fatores comportamentais podem ser considerados como fatores que aumentem a probabilidade de adquirir ou agravar um sinal na ATM ou músculos, como no caso dos hábitos bucais. Já os fatores emocionais podem influenciar a DTM e outras condições dolorosas de diversas maneiras. Os fatores emocionais podem ser considerados como ansiedade, depressão e o estresse (MOREIRA; ALENCAR Jr; BUSSADORI, 1998).

Parker, Holmes e Terezhalmly (1993) relatam a pontuação elevada utilizando o Inventário de Personalidade Multifásico de Minesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory* - MMPI) na tríade neurótica, que compreende características como a hipocondria, histeria e depressão, em pacientes com DTM.

Em estudo com 117 pacientes americanos com DTM através do RDC/TMD, Dworkin *et al.* (2002a) encontraram a prevalência de depressão severa em 44% da amostra, seguindo de moderada (29%) e 27% apresentaram-se sem depressão.

Em 2002, 117 pacientes asiáticos foram avaliados através do RDC/TMD por Yap *et al.* Os resultados mostraram que 39% foram classificados como deprimidos; 55% e 48% tinham sintomas físicos não específicos com e sem itens de dor, respectivamente. E todos apresentaram a graduação de moderada e severa. Observaram ainda que o grupo de pacientes com dor miofascial associada a outras condições articulares teve níveis significativamente altos de depressão ($p=0,03$) e de somatização ($p=0,03$), quando comparado ao grupo com deslocamento articular.

Em um estudo retrospectivo numa amostra da população brasileira Selaimen *et al.* (2005) buscaram avaliar se as diferenças neurofisiológicas e a depressão são fatores de risco para o desenvolvimento e perpetuação da DTM. À partir deste estudo, eles afirmam que a depressão desempenha um papel importante não apenas na etiologia, como também na perpetuação da DTM.

Lima (2009) avaliou fatores associados à DTM em uma população com depressão e ansiedade. Em seus resultados concluiu que há associação significativa entre a presença de dor, o grau de severidade da depressão, ansiedade e má qualidade do sono.

Para Seger (2002) a dor crônica é aquela que persiste por um período maior que seis meses podendo se tornar incontrolável comprometendo, assim, a qualidade de vida do indivíduo.

Paiva *et al.* (2008) explicando a dor crônica considera que esta seja aquela que persista por um tempo maior que o esperado para a cura de alguma lesão. Ou ainda aquela que se associa a processos patológicos crônicos causando dor contínua ou recorrente por um período de meses ou anos. Os autores citam ainda que ela não possui a função biológica de alerta ao paciente podendo ocasionar estresse físico, emocional, econômico e social significativo para o doente e sua família, gerando, portanto, incapacidade para o trabalho, alterações do sono, do apetite, da vida afetiva e do humor, caracterizando-se principalmente pela instalação de quadros de depressão.

Autores como Dworkin e LeResche (1992) relatam que há muitas características psicossociais e distúrbios emocionais relacionados a pacientes portadores de dor crônica, principalmente, em populações com distúrbios de humor e ansiedade, onde a prevalência de queixas de diferentes tipos de dores persistentes é maior que na população em geral.

Lépine e Briley (2004) afirmam que para se atingir a remissão de estados depressivos, os aspectos psicológicos, somáticos e sintomas físicos de dor devem ser devidamente tratados. Mais de 75% de pacientes deprimidos que procuram os consultórios dos clínicos gerais relatam sintomas físicos de dor, como dores de cabeça, dores estomacais, no pescoço e nas costas, bem como dor generalizada não-específica. Através disso observa-se a existência de vários fatores de comorbidade relacionados à depressão.

2.5 SÍNDROME FIBROMIÁLGICA E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Indivíduos com SFM frequentemente apresentam DTM, e diferem dos indivíduos com mialgia local ou indivíduos saudáveis, por apresentarem dores articulares e musculares generalizadas, maior sensibilidade dolorosa à palpação nos músculos da mastigação e menor limiar de dor à pressão. Também diferem dos demais grupos quando se trata do nível de tolerância dolorosa à pressão e ruídos articulares (MAGNUSSON; ERNBERG; KOPP, 1997).

Em estudo realizado por Korszun *et al.* (1998) procurou-se determinar a morbidade associada a DTM e outras condições associadas ao estresse em doentes

com síndrome da fadiga crônica e SFM. A maioria afirmou que o início dos sintomas corpóreos ocorreu antes das dores faciais, e 75% deles eram tratados apenas para os sintomas da DTM, especialmente através do uso de placas oclusais. Esses achados sugerem uma forte associação clínica entre a DTM, SFM e síndrome de fadiga crônica, indicando que a DTM faça parte de uma síndrome de dor generalizada, caracterizadas por queixas somáticas e psicológicas freqüentes, incluindo fadiga, distúrbios do sono, ansiedade e depressão.

A presença de dor na face está, portanto, relacionada ao agravamento da dor generalizada e a alterações de natureza sensitiva (WOLFE; KATZ; MICHAUD, 2005).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a presença da Disfunção Temporomandibular (DTM), dor e fatores psicossociais e psicológicos envolvidos, numa população de pacientes com diagnóstico médico de Síndrome Fibromiálgica (SFM) do Ambulatório da Dor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a prevalência de DTM e grau de severidade;
- b) Detectar os sinais e sintomas da DTM mais expressivos e relacioná-los ao grau de severidade;
- c) Determinar os principais fatores psicossociais de limitação na função mandibular e relacioná-los ao grau de severidade de DTM;
- d) Investigar a presença de dor corporal e de dor na face relacionadas à DTM e associar a relação temporal entre estas;
- e) Investigar as médias das escalas visuais analógicas para dor no corpo e na face;
- f) Identificar os principais locais de dor no corpo segundo os pontos dolorosos (*tender points*) relacionando-os ao grau de severidade para DTM;
- g) Identificar as queixas gerais mais prevalentes relacionadas à dor no corpo;
- h) Determinar os fatores psicológicos: depressão e somatização com e sem dor e relacioná-los à dor na face e grau de severidade da DTM;
- i) Relacionar os graus de depressão às limitações da função mandibular.

4 METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Em obediência à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde referentes à ética em pesquisa envolvendo seres humanos, para a viabilização da presente pesquisa, este estudo foi submetido à apreciação Chefe do Departamento de Medicina Clínica do Hospital das Clínicas da UFPE, obtendo-se parecer favorável para a realização da pesquisa (ANEXO A). Posteriormente, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) – UFPB, segundo o protocolo de número 0268 (ANEXO B).

Participaram da pesquisa exclusivamente os pacientes que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido espontaneamente (APÊNDICE A) o qual foi entregue uma cópia devidamente assinada ao paciente

Os pacientes que tiveram um possível diagnóstico de DTM foram encaminhados ao Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO) da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional transversal, com abordagem pelo método indutivo direto (LAKATOS; MARCONI, 1991), avaliando-se a presença da Disfunção Temporomandibular (DTM), dor e fatores psicossociais e psicológicos envolvidos, numa população de pacientes com diagnóstico médico de SFM.

4.3 LOCAL

O estudo foi realizado no Ambulatório de Acupuntura e Dor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população desta pesquisa consiste de indivíduos com diferentes antecedentes sociais, de ambos os gêneros, relacionados na lista de espera do Ambulatório de Acupuntura e Dor do HC-UFPE com diagnóstico prévio de SFM por Reumatologistas do HC-UFPE, seguindo os critérios clínicos do Colégio Americano de Reumatologia- CAR (WOLFE *et al.*, 1990), que não tenham realizado tratamento tanto para SFM quanto para DTM nos últimos seis meses e que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os indivíduos atendidos no referido ambulatório são previamente diagnosticados quanto à sua morbidade atual e devidamente encaminhados ao setor para que possam deixar seu nome e telefone de contato, bem como seu diagnóstico prévio e serviço que o encaminhou.

Em seguida, são submetidos, a uma avaliação para obtenção de dados e confirmação de diagnóstico pela equipe médica pertencente ao referido serviço. Nesta avaliação os dados dos pacientes são anotados em uma ficha clínica específica (ANEXO D). Posteriormente, os mesmos são chamados para respectivos tratamentos pela equipe médica Ambulatório de Acupuntura e Dor do HC-UFPE.

4.5 AMOSTRA

A amostra deste estudo é caracterizada como de conveniência ou não aleatória. O estudo foi realizado de acordo com o número de indivíduos com diagnóstico confirmado de SFM citados na lista de espera do Ambulatório de

Acupuntura e Dor do HC-UFPE. A lista de espera constava de 64 indivíduos já com diagnóstico de SFM confirmado. Desses 64, oito já estavam em tratamento em outro serviço, cinco mudaram de telefone ou de cidade, um era do gênero masculino e foi retirado para tornar a amostra mais homogênea, Portanto, a amostra foi composta por 50 pacientes do gênero feminino.

4.5.1 Critérios de Inclusão para Participar da Pesquisa

- Ter idade entre 18 e 75 anos. Faixa etária estabelecida pela razão de favorecer a habilidade para compreensão e capacidade para responder os questionários utilizados na pesquisa.
- Ser portador de SFM conforme diagnóstico médico do Ambulatório de Acupuntura e Dor do HC-UFPE e não estar sob tratamento de SFM ou DTM nos últimos seis meses.
- Não apresentar quaisquer déficits neurológicos ou cognitivos que dificulte a resposta aos questionários.
- Concordar espontaneamente em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5.2 Critérios de Exclusão

Indivíduos que:

- Expressem, em qualquer momento, o desejo de não participar da pesquisa.
- Por algum motivo deixarem de responder alguma questão da ficha específica para pesquisa.

4.6 COLETA DE DADOS (PROCEDIMENTOS)

Os dados sobre DTM, dor, fatores psicossociais e psicológicos e SFM foram obtidos através de tais instrumentos:

- Ficha clínica específica (APÊNDICE B), contendo variáveis de caracterização amostral (identificação, gênero e idade) e dados para avaliação da dor e da DTM através do índice Anamnésico Simplificado (FONSECA *et al.*, 1994);
- Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM (RDC/TMD: Eixo II) que aborda fatores psicossociais e psicológicos (ANEXO C).
- Ficha clínica utilizada pela equipe médica do Ambulatório de Acupuntura e Dor do HC-UFPE para diagnóstico de SFM ou outros problemas associados a dor (ANEXO D).

As variáveis foram coletadas pela pesquisadora Cirurgiã-Dentista. A coleta seguiu a seguinte seqüência sistemática:

4.6.1 Dados de Identificação

A amostra foi caracterizada por variáveis independentes, classificadas em sócio-demográficas.

• Variáveis sócio-demográficas

► Gênero – Foi categorizado em:

- Masculino
- Feminino

► Idade – A idade foi calculada com base no intervalo entre a data de nascimento e a data de inclusão na pesquisa e será categorizada em faixas etárias:

- 18 a 30 anos;
- 31 a 40 anos;
- 41 a 50 anos;
- 51 a 75 anos;

4.6.2 Anamnese

4.6.2.1 Investigação da dor no corpo e severidade da DTM

Foram pesquisadas as queixas relacionadas à dor no corpo, tempo de instalação desta dor e Escala Visual Analógica para dor no corpo e na face, bem como, questionário de triagem para a DTM (Índice Anamnésico Simplificado).

Índice Anamnésico Simplificado

Os pacientes foram entrevistados através de um questionário anamnésico simplificado validado por Fonseca *et al.* (1994), composto por 10 perguntas, às quais o paciente somente pode responder sim (S), não (N) ou às vezes (AV). Com base neste índice anamnésico, para cada resposta positiva (S), contam-se 10 (dez) pontos; para cada resposta negativa (N), não se conta nenhum ponto (zero) e, para cada resposta alternativa (AV), contam-se 5 (cinco) pontos (FONSECA *et al.*, 1994). Ao final, os pontos são somados e dá-se o provável diagnóstico:

- (0-15) Não tem DTM;
- (20-40) DTM leve;
- (45-65) DTM moderada;
- (70-100) DTM severa.

4.6.2.2 Avaliação dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em DTM (RDC/TMD: Eixo II)

Os indivíduos foram entrevistados através do questionário Eixo II do RDC/TMD que é composto por 31 questões as quais abordam os fatores sócio-demográficos, socioeconômicos, psicossociais e estado psicológico, bem como, sinais e sintomas referentes à DTM e escala de limitações no funcionamento mandibular (DWORKIN; LeRESCHE, 1992).

Neste estudo foram pesquisados os fatores sócio-demográficos gênero e idade. O fator psicossocial foi avaliado através de uma escala com 12 itens (Q 19), os quais avaliam o impacto da DTM nas atividades diárias relacionadas à função e movimentação mandibular. Nesta escala investigam-se tais atividades diárias: comer, ingerir líquidos, realizar exercícios físicos, mastigar alimentos duros, mastigar alimentos moles, sorrir/gargalhar, realizar atividade sexual, limpar a face, bocejar, engolir, falar e manter a aparência facial normal (sem expressar a aparência facial de dor).

O estado psicológico foi avaliado através da questão 20 (Q-20), a qual se baseia nas escalas da Lista para Checagem dos Sintomas (*Symptom Checklist 90 – SCL- 90*) (DEGORATS *et al.*, 1983) que inclui avaliação do estado de depressão e a presença de sintomas físicos múltiplos não específicos (definidos na psiquiatria como somatização), com e sem itens de dor. As alterações psicológicas mediante a escala SCL-90 são classificadas através dos escores obtidos em três grupos de diferente graduação: Normal (sem alteração psicológica); moderada (com alteração moderada) ou severa (maior comprometimento).

Os principais sinais e sintomas da DTM investigados foram: estalido, crepitação, bruxismo/ apertamento no sono ou diurno, oclusão desfavorável não usual, travamento mandibular e zumbido nos ouvidos. Estes são avaliados através das questões (Q): 14. B; 15.a; 15.b; 15.c; 15.d; 15.f e 15.g, respectivamente.

4.6.2.3 Ficha clínica utilizada pela equipe médica do Ambulatório de Acupuntura e Dor do HC-UFPE para diagnóstico de SFM ou outros problemas associados a dor

Nesta ficha encontram-se os dados referentes à anamnese e exame físico dos pacientes do serviço referido.

Os dados contidos nesta ficha que foram utilizados neste estudo foram os referentes à presença e localização dos pontos dolorosos (*tender points*) bem como as regiões corporais nas quais estes pontos estavam presentes.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. As técnicas de estatística descritiva envolveram a obtenção de distribuições absolutas, percentuais e as medidas de estatística descritiva: média, desvio padrão e mediana e as técnicas de estatística inferencial corresponderam a utilização do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

A digitação dos dados foi realizada na planilha EXCEL e os cálculos estatísticos foram realizados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 15 *Windows*. O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5,0% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança.

5 RESULTADOS

5.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS, GRAU DE SEVERIDADE, SINAIS E SINTOMAS DA DTM

A pesquisa foi realizada com 50 pacientes do gênero feminino, portadoras de Síndrome Fibromiálgica, com idade entre 23 a 74 anos com média de 47,02 anos e desvio padrão de 10,27 anos. Sendo um pouco mais da metade (52,0%) casadas e os 48,0% restante solteiras.

No gráfico 1 apresenta-se a distribuição das pacientes segundo faixa etária. Neste gráfico destaca-se que: os dois maiores percentuais corresponderam às faixas etárias: 41 a 50 anos (34,0%) e 51 a 60 anos (32,0%) e os menores percentuais corresponderam às faixas etárias até 30 anos e 51 anos ou mais, cada uma com 8,0%.

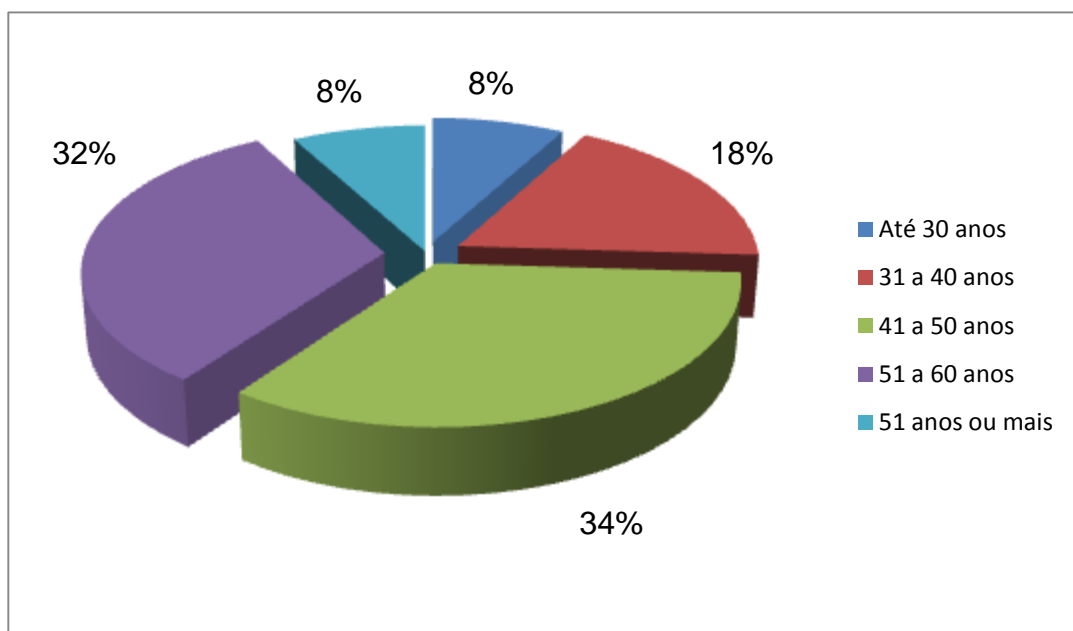


Gráfico 1 – Distribuição das pesquisadas segundo faixa etária
Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Com exceção de uma paciente todas as demais tinham DTM e foram distribuídas quanto à sua severidade. No grupo total das pacientes pesquisadas encontraram-se os seguintes percentuais: 2,0% para sem DTM, 22,0% para DTM

leve, 40,0% para moderada e 36,0% para severa, conforme resultados apresentados no Gráfico 2.

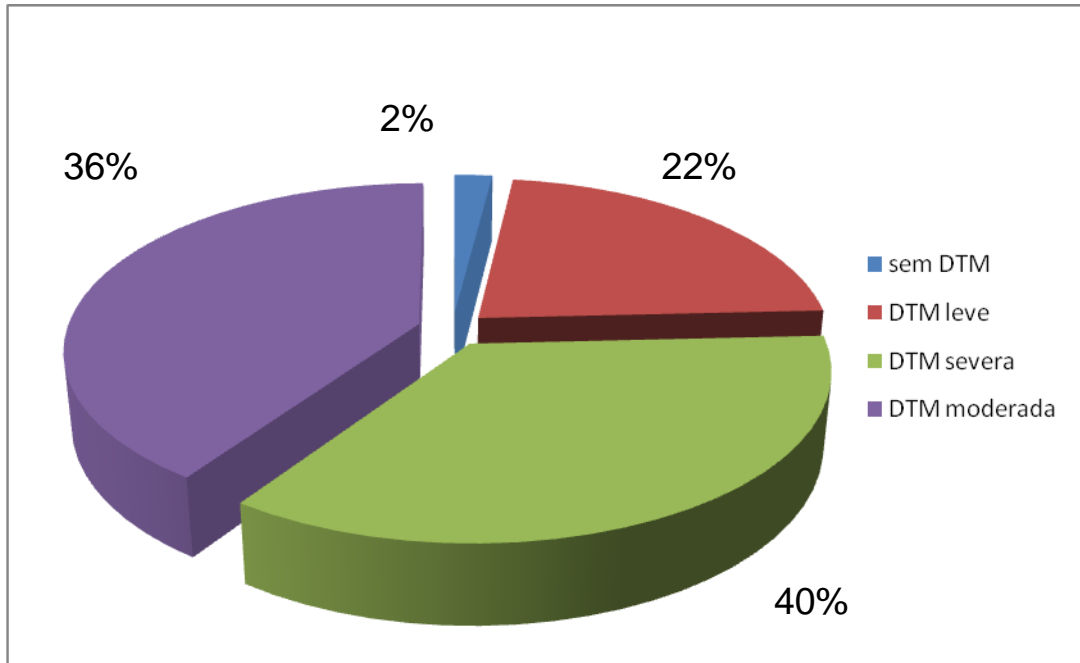


Gráfico 2 - Distribuição das pacientes analisadas segundo a classificação da DTM pelo Índice Anamnésico Simplificado
Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Fonseca *et al.* (1994) afirmaram que os indivíduos os quais apresentassem, segundo o DMF, o grau de DTM moderado ou severo, deveriam ser encaminhados para tratamento em centros especializados. Portanto, se permite relatar que conforme resultados apresentados neste estudo, 38 (76%) das pacientes com DTM apresentavam-se com necessidade de tratamento para referida disfunção.

Os percentuais dos sintomas do índice de Fonseca (Tabela 1) que responderam positivamente variaram de 24,0% a 86,0%, sendo os mais freqüentes: “Tem dor na nuca ou no pescoço” (86,0%), “Você se considera uma pessoa tensa” (70,0%) e “Tem freqüentemente dor de cabeça” (60,0%) e o menor percentual correspondeu à questão: “Sente dificuldades para abrir a boca?”.

Tabela 1 – Distribuição das pacientes analisadas segundo os sinais e sintomas pelo índice de Fonseca

Variável	Sim		Às vezes		Não	
	n	% ⁽¹⁾	n	%	n	%
• Sente dificuldades para abrir a boca?	12	24,0	19	38,0	19	38,0
• Tem dificuldade para realizar outros movimentos com a mandíbula?	21	42,0	5	10,0	24	48,0
• Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?	22	44,0	9	18,0	19	38,0
• Tem freqüentemente dor de cabeça?	30	60,0	15	30,0	5	10,0
• Sente dor de ouvido ou próximo dele?	21	42,0	11	22,0	18	36,0
• Tem dor na nuca ou no pescoço?	43	86,0	6	12,0	1	2,0
• Percebe se tem ruídos nas ATMs quando movimenta a mandíbula?	20	40,0	8	16,0	22	44,0
• Tem o hábito de ranger ou apertar os dentes?	15	30,0	1	2,0	34	68,0
• Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?	23	46,0	12	24,0	15	30,0
• Você se considera uma pessoa tensa?	38	76,0	7	14,0	5	10,0

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 50 pacientes analisadas.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Os sinais e sintomas de DTM relacionados pelo RDC/TMD Eixo II tiveram percentuais que variaram de 26,0% a 68,0% (Tabela 2), sendo que o item mais freqüente foi: “Sente desconfortável ou diferente a forma como seus dentes se Acomodam?” (68%), seguido do item: “Ouve apitos ou zumbidos nos ouvidos?” (60,0%).

Tabela 2 – Distribuição das pacientes analisadas segundo os sinais e sintomas de DTM pelo RDC/TMD Eixo II

Variável	Sim		Não	
	n	% ⁽¹⁾	N	%
• Alguma vez sua mandíbula já ficou travada de uma forma que não conseguiu abrir totalmente a boca? – Travamento	13	26,0	37	74,0
• Ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca? – Estalidos	21	42,0	29	58,0
• Quando mastiga, abre ou fecha a boca, ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso? – Creptação	24	48,0	26	52,0
• Já percebeu ou alguém falou que você range ou aperta os dentes quando está dormindo? Bruxismo	14	28,0	36	72,0
• Já percebeu que range ou aperta os dentes durante o dia? Bruxismo	16	32,0	34	68,0
• Sente a mandíbula cansada ou dolorida quando acorda pela manhã? - Fadiga ou cansaço muscular	28	56,0	22	44,0
• Ouve apitos ou zumbidos nos ouvidos? – Zumbido	30	60,0	20	40,0
• Sente desconfortável ou diferente a forma como seus dentes se acomodam? – Oclusão	34	68,0	16	32,0

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 50 pacientes analisadas.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

A Tabela 3 mostra que: para qualquer um dos sintomas de DTM, os percentuais dos que tinham DTM leve foram correspondentemente mais elevados entre os que não tinham os sintomas do que os que tinham. O contrário ocorreu com a DTM severa que apresentou percentuais mais elevados entre os que apresentavam os sintomas e com exceção de: “Travamento mandibular”, “Dor no pescoço e ombro” e “Tensão”, todos os demais apresentaram associação significativa com o grau de DTM.

Tabela 3 – Avaliação da classificação da DTM segundo os sinais e sintomas da DTM

Variável	Leve		DTM Moderado		Severa		TOTAL		Valor de p
	n	%	n	%	N	%	n	%	
• Travamento mandibular									
Sim	1	7,7	4	30,8	8	61,5	13	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,103
Não	10	27,8	16	44,4	10	27,8	36	100,0	
• Zumbidos no ouvido									
Sim	3	10,0	11	36,7	16	53,3	30	100,0	p ⁽²⁾ = 0,003*
Não	8	42,1	9	47,4	2	10,5	19	100,0	
Dificuldade de abrir a boca									
Sim			4	33,3	8	66,7	12	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,021*
Não	11	29,7	16	43,2	10	27,0	37	100,0	
• Dificuldade de movimentar a mandíbula para os lados									
Sim	-	-	7	33,3	14	66,7	21	100,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	11	39,3	13	46,4	4	14,3	28	100,0	
• Cansaço ou dor muscular ao mastigar									
Sim	-	-	6	27,3	16	72,7	22	100,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	11	40,7	14	51,9	2	7,4	27	100,0	
• Dor de cabeça freqüente									
Sim	2	6,7	13	43,3	15	50,0	30	100,0	p ⁽²⁾ = 0,002*
Não	9	47,4	7	36,8	3	15,8	19	100,0	
• Dor no pescoço e ombro									
Sim	8	18,6	19	44,2	16	37,2	43	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,163
Não	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100,0	
• Dor de ouvido ou próximo a ele									
Sim	-	-	7	33,3	14	66,7	21	100,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	11	39,3	13	46,4	4	14,3	28	100,0	
• Ruídos na ATM									
Sim	-	-	8	40,0	12	60,0	20	100,0	p ⁽²⁾ = 0,002*
Não	11	37,9	12	41,4	6	20,7	29	100,0	
• Estalido									
Sim	1	4,8	6	28,6	14	66,7	21	100,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	10	35,7	14	50,0	4	14,3	28	100,0	
• Creptação									
Sim	-	-	11	45,8	13	54,2	24	100,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	11	44,0	9	36,0	5	20,0	25	100,0	
Bruxismo ou apertamento									
Sim	1	4,5	6	27,3	15	68,2	22	100,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	10	37,0	14	51,9	3	11,1	27	100,0	
Oclusão desconfortável									
Sim	1	4,5	8	36,4	13	59,1	22	100,0	p ⁽²⁾ = 0,003*
Não	10	37,0	12	44,4	5	18,5	27	100,0	
• Tensão									
Sim	6	15,8	17	44,7	15	39,5	38	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,163
Não	5	45,5	3	27,3	3	27,3	11	100,0	
Grupo Total	11	22,4	20	40,8	18	36,7	49	100,0	

(*) : Associação significativa a 5,0%.

(1) : Através do teste Exato de Fisher

(2) : Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

A Tabela 4 mostra que os percentuais para necessidade de tratamento de DTM foram correspondentemente mais elevados quando os sinais e sintomas estavam presentes e com exceção de: travamento mandibular, dor no pescoço ou nos ombros e tensão, para as demais variáveis se comprova associação significativa para necessidade de tratamento da DTM.

Tabela 4 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo os sinais e sintomas da DTM

Variável	DTM com necessidade de tratamento				TOTAL		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	N	%			
• Travamento mandibular							
Sim	12	92,3	1	7,7	13	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,246
Não	26	72,2	10	27,8	36	100,0	
• Zumbidos no ouvido							
Sim	27	90,0	3	10,0	30	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,014*
Não	11	57,9	8	42,1	19	100,0	
• Dificuldade de abrir a boca							
Sim	12	100,0	-	-	12	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,045*
Não	26	70,3	11	29,7	37	100,0	
• Dificuldade de movimentar a mandíbula para os lados							
Sim	21	100,0	-	-	21	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Não	17	60,7	11	39,3	28	100,0	
• Cansaço ou dor muscular ao mastigar							
Sim	22	100,0	-	-	22	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não	16	59,3	11	40,7	27	100,0	
• Dor de cabeça freqüente							
Sim	28	93,3	2	6,7	30	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Não	10	52,6	9	47,4	19	100,0	
• Dor no pescoço e ombro							
Sim	35	81,4	8	18,6	43	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,117
Não	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
• Dor de ouvido ou próximo a ele							
Sim	21	100,0	-	-	21	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Não	17	60,7	11	39,3	28	100,0	
• Ruídos na ATM							
Sim	20	100,0	-	-	20	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Não	18	62,1	11	37,9	29	100,0	
• Estalido							
Sim	20	95,2	1	4,8	21	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,014*
Não	18	64,3	10	35,7	28	100,0	
• Creptação							
Sim	24	100,0	-	-	24	100,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	14	56,0	11	44,0	25	100,0	
• Bruxismo ou apertamento							
Sim	21	95,5	1	4,5	22	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,013*
Não	17	63,0	10	37,0	27	100,0	

Oclusão desconfortável							
Sim	21	95,5	1	4,5	22	100,0	$p^{(1)} = 0,013^*$
Não	17	63,0	10	37,0	27	100,0	
• Tensão							
Sim	32	84,2	6	15,8	38	100,0	$p^{(1)} = 0,094$
Não	6	54,5	5	45,5	11	100,0	
Grupo Total	38	77,6	11	22,4	49	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

5.2 CLASSIFICAÇÃO DA DTM SEGUNDO AS LIMITAÇÕES DA FUNÇÃO MANDIBULAR E RELAÇÃO DESTAS LIMITAÇÕES AO GRAU DE SEVERIDADE DA DTM

Das atividades que a dor na face ou problema na mandíbula que impedem, limitam ou prejudicam a qualidade de vida listada na Tabela 8, as mais freqüentes foram: “Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste” (68,0%), “Comer alimentos duros (64,0%) e “Mastigar” (60,0%) e as menos citadas foram: “Comer alimentos moles” (4,0%), “Tomar líquidos” (8,0%) e “Engolir” (12,0%), conforme resultados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das pacientes analisadas segundo as atividades que a dor na face ou problema na mandíbula o impedem, limitam ou prejudicam a qualidade de vida

Variável	Sim		Não	
	n	% ⁽¹⁾	n	%
• Mastigar	30	60,0	20	40,0
• Beber (tomar líquidos)	4	8,0	46	92,0
• Fazer exercícios físicos ou ginástica	24	48,0	26	52,0
• Comer alimentos duros	32	64,0	18	36,0
• Comer alimentos moles	2	4,0	48	96,0
• Sorrir ou gargalhar	20	40,0	30	60,0
• Atividade sexual	19	38,0	31	62,0
• Limpar os dentes ou a face	10	20,0	40	80,0
• Bocejar (abrir a boca quando está com sono)	21	42,0	29	58,0

• Engolir	6	12,0	44	88,0
• Conversar	18	36,0	32	64,0
• Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste	34	68,0	16	32,0

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 50 pacientes analisadas.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Bocejar, conversar e ficar com o rosto normal sem aparência de dor ou tristeza foram as únicas limitações da função mandibular que apresentam associação significativa com o grau da DTM. Para as referidas variáveis se destaca que o percentual com DTM leve foram correspondentemente mais elevados entre quem não apresentavam as limitações e o contrário ocorreu com os que tinham DTM severa que apresentaram percentuais mais elevados entre os que tinham as limitações (Tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação da classificação da DTM segundo as limitações da função mandibular

Variável	Leve		DTM Moderado		Severa		TOTAL		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
• Mastigar									
Sim	5	16,7	10	33,3	15	50,0	30	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,052
Não	6	31,6	10	52,6	3	15,8	19	100,0	
• Beber (tomar líquidos)									
Sim	-	-	1	25,0	3	75,0	4	100,0	p ⁽²⁾ = 0,336
Não	11	24,4	19	42,2	15	33,3	45	100,0	
• Fazer exercícios físicos ou Ginástica									
Sim	3	12,5	9	37,5	12	50,0	24	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,108
Não	8	32,0	11	44,0	6	24,0	25	100,0	
• Comer alimentos duros									
Sim	5	15,6	12	37,5	15	46,9	32	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,093
Não	6	35,3	8	47,1	3	17,6	17	100,0	
• Comer alimentos moles									
Sim	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0	p ⁽²⁾ = 0,338
Não	11	23,4	18	38,3	18	38,3	47	100,0	
• Sorrir ou gargalhar									
Sim	1	5,0	10	50,0	9	45,0	20	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,052
Não	10	34,5	10	34,5	9	31,0	29	100,0	
• Atividade sexual									
Sim	2	10,5	7	36,8	10	52,6	19	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,121
Não	9	30,0	13	43,3	8	26,7	30	100,0	
• Limpar os dentes ou a face									
Sim	-	-	4	40,0	6	60,0	10	100,0	p ⁽²⁾ = 0,106
Não	11	28,2	16	41,0	12	30,8	39	100,0	

• Bocejar (abrir a boca quando está com sono)									
Sim	-	-	7	33,3	14	66,7	21	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$
Não	11	39,3	13	46,4	4	14,3	28	100,0	
• Engolir									
Sim	-	-	2	33,3	4	66,7	6	100,0	$p^{(2)} = 0,245$
Não	11	25,6	18	41,9	14	32,6	43	100,0	
• Conversar									
Sim	1	5,6	5	27,8	12	66,7	18	100,0	$p^{(1)} = 0,003^*$
Não	10	32,3	15	48,4	6	19,4	31	100,0	
• Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste									
Sim	3	8,8	15	44,1	16	47,1	34	100,0	$p^{(1)} = 0,002^*$
Não	8	53,3	5	33,3	2	13,3	15	100,0	
Grupo Total	11	22,4	20	40,8	18	36,7	49	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Das limitações da função mandibular foram registradas associações significativas com: sorrir ou gargalhar, bocejar, conversar e ficar com rosto normal, sem aparência de dor ou de tristeza, sendo que para todas as variáveis apresentadas na Tabela 7 os percentuais com DTM foram correspondentemente mais elevadas quando o paciente tinha os sintomas presentes do que ausentes.

Tabela 7 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo as limitações da função mandibular

Variável (P19 – RDC)	DTM com necessidade de tratamento				TOTAL		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
• Mastigar							
Sim	25	83,3	5	16,7	30	100,0	$p^{(1)} = 0,298$
Não	13	68,4	6	31,6	19	100,0	
• Beber (tomar líquidos)							
Sim	4	100,0	-	-	4	100,0	$p^{(1)} = 0,562$
Não	34	75,6	11	24,4	45	100,0	
• Fazer exercícios físicos ou ginástica							
Sim	21	87,5	3	12,5	24	100,0	$p^{(2)} = 0,102$
Não	17	68,0	8	32,0	25	100,0	
• Comer alimentos duros							
Sim	27	84,4	5	15,6	32	100,0	$p^{(1)} = 0,156$
Não	11	64,7	6	35,3	17	100,0	
• Comer alimentos moles							
Sim	2	100,0	-	-	2	100,0	$p^{(1)} = 1,000$
Não	36	76,6	11	23,4	47	100,0	

• Sorrir ou gargalhar							
Sim	19	95,0	1	5,0	20	100,0	$p^{(1)} = 0,017^*$
Não	19	65,5	10	34,5	29	100,0	
• Atividade sexual							
Sim	17	89,5	2	10,5	19	100,0	$p^{(1)} = 0,165$
Não	21	70,0	9	30,0	30	100,0	
• Limpar os dentes ou a face							
Sim	10	100,0	-	-	10	100,0	$p^{(1)} = 0,090$
Não	28	71,8	11	28,2	39	100,0	
• Bocejar (abrir a boca quando está com sono)							
Sim	21	100,0	-	-	21	100,0	$p^{(1)} = 0,001^*$
Não	17	60,7	11	39,3	28	100,0	
• Engolir							
Sim	6	100,0	-	-	6	100,0	$p^{(1)} = 0,315$
Não	32	74,4	11	25,6	43	100,0	
• Conversar							
Sim	17	94,4	1	5,6	18	100,0	$p^{(1)} = 0,038^*$
Não	21	67,7	10	32,3	31	100,0	
• Ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste							
Sim	31	91,2	3	8,8	34	100,0	$p^{(1)} = 0,001^*$
Não	7	46,7	8	53,3	15	100,0	
Grupo Total	38	77,6	11	22,4	49	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

5.3 CLASSIFICAÇÃO DA DOR NA FACE QUANTO A OCORRÊNCIA E CRONICIDADE E RELAÇÃO DESTA DOR COM SINAIS E SINTOMAS DA DTM

Da Tabela 8, destaca-se que: a maioria (80,0%) relatou dor na face durante as 4 semanas antes da pesquisa e entre estes: com exceção de uma paciente todos tinham dor crônica (há mais de 6 meses); para 80,0% das pacientes a dor aparecia e desaparecia; mais da metade (55,0%) informou não ter procurado por um profissional para tratar a dor e 27,5% que tinham procurado um profissional num tempo superior a 6 meses.

Tabela 8 – Distribuição das pacientes analisadas segundo a ocorrência de dor na face, tempo e frequência da dor, procura pelo profissional de saúde.

Variável	n	%
• Ocorrência de dor na face – (mandíbula, lados da cabeça, frente ou lado do ouvido -ATM) nas últimas 4 semanas.		
Sim	40	80,0
Não	10	20,0
TOTAL	50	100,0
• Tempo da dor na face		
Até 6 meses (AGUDA)	1	2,5
Maior do que 6 meses (CRÔNICA)	39	97,5
• Frequência da dor na face		
O tempo todo	5	12,5
Aparece e desaparece	32	80,0
Ocorreu somente uma vez	1	2,5
Ignorado	2	5,0
• Procura por um profissional para tratar a dor		
Não	22	55,0
Sim, nos últimos 6 meses	7	17,5
Sim, há mais de seis meses	11	27,5
TOTAL	40	100,0

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Da tabela 9 destaca-se associação significativa de dor na face com os sintomas da DTM pelo RDC/TMD: bruxismo, cansaço ou dor muscular ao mastigar e zumbido no ouvido. Nas três variáveis citadas observa-se que os percentuais com dor na face foram correspondentemente mais elevados quando os sintomas estavam presentes que quando não estavam.

Tabela 9 – Avaliação da dor na face segundo os sinais e sintomas da DTM

Sinais e sintomas da DTM pelo RDC	Dor na face				TOTAL		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
• Travamento							
Sim	12	92,3	1	7,7	13	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,258
Não	28	75,7	9	24,3	37	100,0	
• Estalido							
Sim	18	85,7	3	14,3	21	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,488
Não	22	75,9	7	24,1	29	100,0	
• Creptação							
Sim	22	91,7	2	8,3	24	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,077
Não	18	69,2	8	30,8	26	100,0	
• Bruxismo ou apertamento							
Sim	21	95,5	1	4,5	22	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,029*

Não	19	67,9	9	32,1	28	100,0	
• Cansaço ou dor muscular ao mastigar							
Sim	27	96,4	1	3,6	28	100,0	$p^{(1)} = 0,003^*$
Não	13	59,1	9	40,9	22	100,0	
• Zumbidos no ouvido							
Sim	28	93,3	2	6,7	30	100,0	$p^{(1)} = 0,009^*$
Não	12	60,0	8	40,0	20	100,0	
• Oclusão desconfortável							
Sim	27	79,4	7	20,6	34	100,0	$p^{(1)} = 1,000$
Não	13	81,3	3	18,8	16	100,0	
Grupo Total	40	100,0	10	100,0	50	100,0	

(*): Associação significativa 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

5.4 PRESENÇA DE DOR NA FACE E DOR NO CORPO E RELAÇÃO ENTRE ESTAS

Todas as pesquisadas tinham dor no corpo; 80,0% tinham dor na face e 96,% tinham cefaléia (Gráfico 3).

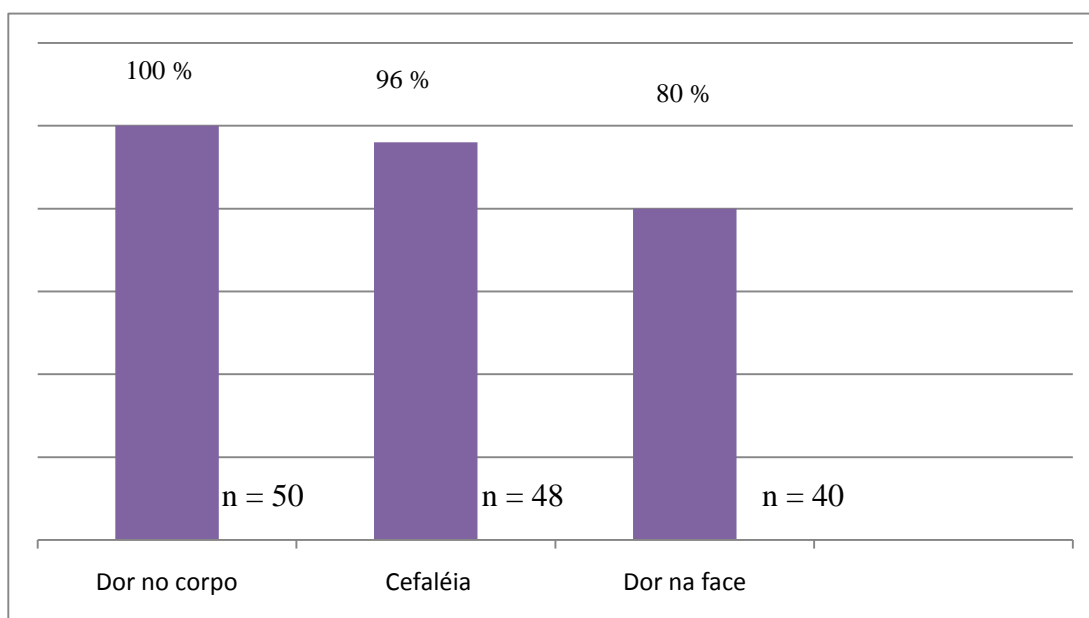


Gráfico 3 - Distribuição das pacientes analisadas segundo a dor no corpo, facial e cefaléia
Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

A Tabela 10 mostra que as faixas de tempo de dor no corpo mais citadas, foram: de 6 a 10 anos (40,0%) e superior a 10 anos (34,0%); a maioria (72,0%) afirmou que a dor na face começou depois da dor no corpo.

Tabela 10 – Distribuição das pacientes analisadas segundo o tempo da dor no corpo e a relação temporal entre a dor no corpo e na face

Variável	n	%
• Tempo da dor no corpo		
2 a 5 anos	12	24,0
6 a 10 anos	20	40,0
> 10 anos	17	34,0
Não informou	1	2,0
• Relação temporal entre a dor no corpo e na face		
Só no corpo	7	14,0
Dor na face iniciou antes da dor no corpo	5	10,0
Dor no corpo e na face iniciaram ao mesmo tempo	2	4,0
Dor na face iniciou depois da dor no corpo	36	72,0
TOTAL	50	100,0

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

A dor na face teve média de tempo aproximadamente igual a 2,00 anos enquanto que a dor no corpo teve média aproximada de 11,00 anos. A média da dor na face avaliada através da escala visual analógica foi igual a 5,22 e a da dor no corpo 8,70 (Tabela 11).

Tabela 11 – Estatísticas do tempo (anos) e da escala visual analógica da dor no corpo e na face

Variável	Média	Mediana	Estatísticas DP ⁽¹⁾	Mínimo	Máximo
• Tempo da dor na face	1,98	2,00	0,16	1	2
• Escala visual analógica da dor na face.	5,22	7,00	3,07	0	10
• Tempo da dor no corpo	11,08	10,00	6,93	2	30
• Escala visual analógica da dor no corpo (P5 – SFM)	8,70	9,00	1,33	4	10

(1): DP = Desvio padrão.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

A Tabela 12 mostra que as médias de cada uma das variáveis: tempo da dor na face, escala visual analógica da dor na face, tempo de dor no corpo e escala visual analógica para dor no corpo foram correspondentemente mais elevadas quando a DTM era severa, entretanto a Escala visual analógica da dor na face foi a única diferença significativa.

Tabela 12 – Estatísticas do tempo (anos) e da escala visual analógica da dor na face e no corpo

Variável	Estatísticas	DTM			Valor de p
		Leve (n = 11)	Moderado (n = 20)	Severa (n = 18)	
• Tempo da dor na face	Média	3,75	4,39	8,56	p ⁽¹⁾ = 0,082
	Mediana	3,00	3,75	6,00	
	DP	3,10	3,04	7,97	
	Mínimo	1,00	0,50	1,00	
	Máximo	8,00	10,00	30,00	
• Escala visual analógica da dor na face	Média	4,00 ^(AB)	4,55 ^(A)	6,67 ^(B)	p ⁽¹⁾ = 0,040*
	Mediana	4,00	4,50	7,00	
	DP	3,22	3,24	2,17	
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	
	Máximo	8,00	10,00	10,00	
• Tempo da dor no corpo	Média	10,64	10,47	12,33	p ⁽¹⁾ = 0,693
	Mediana	8,00	10,00	10,00	
	DP	7,55	7,11	6,66	
	Mínimo	2,00	3,00	4,00	
	Máximo	25,00	30,00	30,00	
• Escala visual analógica da dor no corpo	Média	8,55	8,70	9,06	p ⁽¹⁾ = 0,466
	Mediana	8,00	9,00	9,00	
	DP	1,13	1,34	0,94	
	Mínimo	7,00	5,00	7,00	
	Máximo	10,00	10,00	10,00	

(*): Diferença significativa a 5,0%

(1): Através do teste F(ANOVA).

Obs.: Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre os graus correspondentes com comparações pareadas de Tamhane's T2.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

A correlação de Pearson entre o tempo de dor na face e tempo de dor no corpo foi positivo e razoavelmente elevada e hipótese de correlação nula na população é rejeitada (Tabela 13).

Tabela 13 – Correlação de Pearson do tempo da dor no corpo (Fibromialgia) entre o tempo da dor na face

Variável	Tempo da dor no corpo r (p)
• Tempo da dor na face	0,613 (< 0,001*)

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Os locais no corpo com maiores percentuais de dor foram: região occipital (92,0%), região do trapézio/ombro (88%) e região lombar (84%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das pacientes analisadas segundo as regiões mais freqüentes de dor no corpo

Região	Sim		Não	
	N	%	n	%
• TORAX	25	50,0	25	50,0
• MEMBROS INFERIORES	36	72,0	14	28,0
• MEMBROS SUPERIORES	24	48,0	26	52,0
• LOMBAR	42	84,0	8	16,0
• OCCIPITAL/ NUCA	46	92,0	4	8,0
• TRAPÉZIO/ OMBRO	44	88,0	6	12,0

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Da Tabela 15 verifica-se associação significativa entre DTM com os seguintes locais de dor no corpo: tórax, membros inferiores e região occipital / Nuca; e para as referidas variáveis destaca-se que: o percentual dos que tinham DTM leve foi mais elevado entre os que não tinham dor no tórax (36,0% x 8,3%) e o contrário ocorreu com os que tinham DTM severa, que apresentou percentual mais elevado entre os que tinham dor neste local (54,2% x 20,0%); o percentual dos que tinham DTM leve foi mais elevado entre os que não tinham dor nos membros inferiores (46,2% x 13,9%) e o contrário ocorreu com os que tinham DTM severa que apresentou percentual mais elevado naquelas que tinham dor nesta região (54,2% x 20,0%); o percentual dos que tinham DTM leve foi mais elevado entre os que não tinham dor na região occipital / Nuca (75,0% x 17,8%) e o contrário ocorreu com os que tinham

DTM severo que apresentou percentual mais elevado entre os que tinham dor no referido local (40,0% x 0,0%).

Tabela 15 – Avaliação da classificação da DTM segundo as regiões mais freqüentes de dor no corpo

Local da dor no corpo (SFM)	DTM						TOTAL		Valor de p
	Leve		Moderado		Severo		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
• Tórax									
Sim	2	8,3	9	37,5	13	54,2	24	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,017*
Não	9	36,0	11	44,0	5	20,0	25	100,0	
• Membros inferiores									
Sim	5	13,9	15	41,7	16	44,4	36	100,0	p ⁽²⁾ = 0,041*
Não	6	46,2	5	38,5	2	15,4	13	100,0	
• Membros superiores									
Sim	5	20,8	9	37,5	10	41,7	24	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,782
Não	6	24,0	11	44,0	8	32,0	25	100,0	
• Lombar									
Sim	10	23,8	16	38,1	16	38,1	42	100,0	p ⁽²⁾ = 0,670
Não	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	100,0	
• Occipital/ Nuca									
Sim	8	17,8	19	42,2	18	40,0	45	100,0	p ⁽²⁾ = 0,046*
Não	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	
• Trapézio/ Ombro									
Sim	9	20,9	17	39,5	17	39,5	43	100,0	p ⁽²⁾ = 0,627
Não	2	33,3	3	50,0	1	16,7	6	100,0	
Grupo Total	11	22,4	20	40,8	18	36,7	49	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

No estudo da associação entre necessidade de tratamento para DTM e as regiões mais frequentes de dor no corpo, verifica-se associação significativa para os locais: tórax, membros inferiores e região occipital / nuca e nas três situações destaca-se que os percentuais com necessidade de tratamento foram elevados quando a dor estava presente (Tabela 16).

Tabela 16 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo as regiões mais freqüentes de dor no corpo

Local da dor no corpo (SFM)	DTM com necessidade de tratamento				TOTAL		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
• Tórax							
Sim	22	91,7	2	8,3	24	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,020*
Não	16	64,0	9	36,0	25	100,0	
• Membros inferiores							
Sim	31	86,1	5	13,9	36	100,0	p ⁽²⁾ = 0,047*
Não	7	53,8	6	46,2	13	100,0	
• Membros superiores							
Sim	19	79,2	5	20,8	24	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,791
Não	19	76,0	6	24,0	25	100,0	
• Lombar							
Sim	32	76,2	10	23,8	42	100,0	p ⁽²⁾ = 1,000
Não	6	85,7	1	14,3	7	100,0	
• Occipital/ Nuca							
Sim	37	82,2	8	17,8	45	100,0	p ⁽²⁾ = 0,031*
Não	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
• Trapézio/ Ombro							
Sim	34	79,1	9	20,9	43	100,0	p ⁽²⁾ = 0,605
Não	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
Grupo Total	37	77,6	11	22,4	49	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Com relação às queixas relatadas pelas pacientes, com exceção da dificuldade de engolir com 14,0% as demais queixas tiveram percentuais que variaram de 36,0% (para ataques de pânico e tremores) à 98,0% (fadiga) (Tabela 17).

Tabela 17 – Avaliação das queixas devido à dor no corpo

Queixas	Sim		Não	
	n	% ⁽¹⁾	n	% ⁽¹⁾
• Insônia inicial	38	76,0	12	24,0
• Sono leve (vários despertares)	40	80,0	10	20,0
• Sonolência diurna	26	52,0	24	48,0
• Fadiga	49	98,0	1	2,0
• Fraqueza	38	76,0	12	24,0
• Dificuldade de concentração	45	90,0	5	10,0
• Ansiedade	44	88,0	6	12,0

• Irritabilidade	43	86,0	7	14,0
• Ataques de pânico	18	36,0	32	64,0
• Choro sem motivos	27	54,0	23	46,0
• Suar muito	22	44,0	28	56,0
• Dormência nas mãos ou pés	42	84,0	8	16,0
• Tremores	18	36,0	32	64,0
• Dor de cabeça (3x por 15 dias)	37	74,0	13	26,0
• Dificuldade de engolir	7	14,0	43	86,0
• Tontura	33	66,0	17	34,0
• Dor no peito	28	56,0	22	44,0
• Palpitações no coração	23	46,0	27	54,0
• Falta de ar	19	38,0	31	62,0

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de pesquisados (n = 50).
 Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Das variáveis contidas na Tabela 18 dor de cabeça foi a única variável que mostrou associação significativa com dor na face.

Tabela 18 – Avaliação das queixas segundo a ocorrência de dor na face

Queixas	Dor na face				Grupo Total		Valor de p
	n	Sim %	N	Não %	n	%	
• Insônia inicial							p ⁽¹⁾ = 0,416
Sim	29	72,5	9	90,0	38	76,0	
Não	11	27,5	1	10,0	12	24,0	
• Sono leve (vários despertares)							p ⁽¹⁾ = 1,000
Sim	32	80,0	8	80,0	40	80,0	
Não	8	20,0	2	20,0	10	20,0	
• Sono não reparador							p ⁽¹⁾ = 0,416
Sim	29	72,5	9	90,0	38	76,0	
Não	11	27,5	1	10,0	12	24,0	
• Sonolência diurna							p ⁽¹⁾ = 1,000
Sim	21	52,5	5	50,0	26	52,0	
Não	19	47,5	5	50,0	24	48,0	
• Dor de cabeça (3x por 15 dias)							p ⁽¹⁾ = 0,012*
Sim	33	82,5	4	40,0	37	74,0	
Não	7	17,5	6	60,0	13	26,0	
TOTAL	40	100,0	10	100,0	50	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.
 (1): Através do teste Exato de Fisher.

5.5 FATORES PSICOLÓGICOS PRESENTES RELACIONADOS À DOR NA FACE E GRAU DE SEVERIDADE DA DTM

Com exceção de 10,0% todos os demais tinham depressão, sendo 62,0% com depressão severa e 28,0% com depressão moderada; a maioria tinha somatização com dor (98,0%) e deste total 94,0% tinha somatização severa. A somatização sem dor foi registrada em 96,0% todas no grau severo (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição das pacientes analisadas segundo a incidência de depressão, somatização com dor e sem dor

Variável	n	%
• Depressão		
Normal	5	10,0
Moderada	14	28,0
Severa	31	62,0
• Somatização com dor		
Normal	1	2,0
Moderada	2	4,0
Severa	47	94,0
• Somatização sem dor		
Normal	2	4,0
Moderada	-	-
Severa	48	96,0
TOTAL	50	100,0

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

O estudo da associação entre dor na face e as variáveis: ocorrência de DTM, grau da DTM, depressão, somatização com dor e somatização sem dor e necessidade de tratamento se comprova associação significativa com grau da DTM, depressão e necessidade de tratamento. Para as variáveis com associação significativa se destaca que: o percentual de pacientes com dor na face foi nulo quando os pacientes não apresentavam DTM e aumentou com o grau da DTM; o percentual com dor na face foi menos elevado quando os pacientes tinham depressão moderada (42,9%) e variou de 93,5% a 100,0% nas outras duas categorias da depressão; o percentual com dor na face foi mais elevado quando os pacientes tinham necessidade de tratamento (97,7% x 36,4%) (Tabela 20).

Tabela 20 – Avaliação da dor na face segundo ocorrência de DTM, grau da DTM, depressão, somatização e DTM com necessidade de tratamento

Variável	Dor na face				TOTAL		Valor de p
	n	Sim %	N	Não %	n	%	
• DTM							
Sim	40	81,6	9	18,4	49	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,200
Não	-	-	1	100,0	1	100,0	
• Grau da DTM							
Não DTM	-	-	1	100,0	1	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Leve	4	36,4	7	63,6	11	100,0	
Moderada	18	90,0	2	10,0	20	100,0	
Severa	18	100,0	-	-	18	100,0	
• Depressão							
Normal	5	100,0	-	-	5	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Moderado	6	42,9	8	57,1	14	100,0	
Severo	29	93,5	2	6,5	31	100,0	
• Somatização com dor							
Normal	1	100,0	-	-	1	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000
Moderado	2	100,0	-	-	2	100,0	
Severo	37	78,7	10	21,3	47	100,0	
• Somatização sem dor							
Normal	2	100,0	-	-	2	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000
Moderado	-	-	-	-	-	100,0	
Severo	38	79,2	10	20,8	48	100,0	
Grupo Total	40	80,0	10	20,0	50	100,0	
• DTM com necessidade de tratamento							
Sim	36	94,7	2	5,3	38	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não	4	36,4	7	63,6	11	100,0	
Grupo Total	40	81,6	9	18,4	49	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

No estudo da associação entre o grau da DTM com cada uma das variáveis: depressão, somatização com dor e somatização sem dor, a variável depressão foi a única com associação significativa ($p < 0,05$) conforme mostra a Tabela 21 e para a referida variável se destaca que: os percentuais com DTM normal e leve foram aproximados entre os que tinham depressão moderada (46,2%) ou normal (40,0%) e foi apenas 9,7% entre os que tinham depressão severa enquanto que o percentual com depressão severa foi mais elevado entre os que tinham DTM severa (48,4%) (Tabela 21).

Tabela 21 – Avaliação da classificação da DTM segundo a depressão e somatização com e sem dor

Variável	Leve		DTM Moderado		Severo		TOTAL		Valor de p
	n	%	n	%	N	%	n	%	
• Depressão									
Normal	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,036*
Moderado	6	46,2	5	38,5	2	15,4	13	100,0	
Severo	3	9,7	13	41,9	15	48,4	31	100,0	
• Somatização com dor									
Normal	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,766
Moderado	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0	
Severo	10	21,7	18	39,1	18	39,1	46	100,0	
• Somatização sem dor									
Normal	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,694
Moderado	-	-	-	-	-	-	-	100,0	
Severo	10	21,3	19	40,4	18	38,3	47	100,0	
Grupo Total	11	22,4	20	40,8	18	36,7	49	100,0	

(*) : Associação significativa a 5,0%.

(1) : Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Depressão foi a única variável da Tabela 22 que mostrou associação significativa com a ocorrência de DTM e para esta variável destaca-se que o percentual com necessidade de tratamento foi mais elevado entre os que tinham depressão severa (90,3%) e variou de 53,8% a 60,0% nas outras duas categorias.

Tabela 22 – Avaliação da DTM com necessidade de tratamento segundo a depressão e somatização com e sem dor

Variável	DTM com necessidade de tratamento				TOTAL		Valor de p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
• Depressão							
Normal	3	60,0	2	40,0	5	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,016*
Moderado	7	53,8	6	46,2	13	100,0	
Severo	28	90,3	3	9,7	31	100,0	
• Somatização com dor							
Normal	1	100,0	-	-	1	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,542
Moderado	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Severo	36	78,3	10	21,7	46	100,0	
• Somatização sem dor							
Normal	1	50,0	1	50,0	2	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,402
Moderado	-	-	-	-	-	100,0	
Severo	37	78,7	10	21,3	47	100,0	
Grupo Total	38	77,6	11	22,4	49	100,0	

(*) : Associação significativa a 5,0%.

(1) : Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

Sim	4	11,8	4	11,8	26	76,5	34	100,0	$p^{(1)} = 0,001^*$
Não	1	6,3	10	62,5	5	31,3	16	100,0	
Grupo Total	5	10,0	14	28,0	31	62,0	50	100,0	

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Ambulatório da dor - HC-UFPE/ 2009

6 DISCUSSÃO

A relação entre SFM e DTM ganhou bastante interesse na literatura e vários estudos confirmaram um certo grau de comorbidade entre elas. Fortes semelhanças de algumas variáveis clínicas entre SFM e DTM levou à hipótese de que compartilhem algum tipo de relacionamento. Este estudo investigou a presença da DTM, e de fatores psicossociais e psicológicos numa população com SFM.

Inúmeras pesquisas afirmam que a SFM é uma afecção mais prevalente entre mulheres (FUJARRA, 2008; MEISLER, 1999; PENNACCHIO; BORG-STEIN; KEITH, 1998; STAUD; DOMINGO, 2001). Wolfe *et al.* (1995) em estudo, colocam que 80% a 90% dos acometidos são do gênero feminino. Berber (2004) relata que 98% da amostra estudada pertencia ao gênero feminino. Fugarra (2008) fez um estudo em uma população de pacientes com SFM sendo todas pertencentes ao gênero feminino. Neste estudo a amostra também é composta apenas por mulheres.

Chaitow (2002) coloca que a SFM pode ocorrer em qualquer idade, inclusive na infância, mas a maior prevalência está entre mulheres no período peri e pós-menopausa. Alguns autores afirmam que a SFM acometa mais indivíduos entre 45 à 60 anos de idade (KOOPAM, 1997; SPOTT, 2003). Para Wolfe *et al.* (1995) as idades das pacientes com esta morbidade variam de 30 a 60 anos. Nos resultados colocados por Fugarra (2008) foram encontrados idade média de 46,3 anos e desvio padrão de 8,7 anos. Berber (2004) relata que mais de 60% da amostra tinha entre 40 e 55 anos. Os resultados deste estudo com relação à faixa etária convergem com os resultados das pesquisas citadas acima já que os dois maiores percentuais corresponderam às faixas etárias de 41 a 50 anos (34,0%) e 51 a 60 anos (32,0%) de idade.

Quando se trata de investigação de DTM, Helkimo (1974) afirma que a classificação da DTM deve ser realizada segundo o número de sintomas relatados juntamente com o exame físico. Portanto, a utilização prévia de um questionário tem a utilidade de direcionar o exame físico de forma mais adequada e possibilita o ganho de tempo clínico. Miyake *et al.* (2004) se colocam à favor do uso de questionários em estudos epidemiológicos sobre a prevalência da DTM. Pedroni, Oliveira e Guaratini (2003) relatam ainda que o Índice Anamnésico Simplificado (DMF) preconizado por Fonseca *et al.* (1994), utilizado neste estudo, é capaz de

fornecer em pouco tempo uma boa quantidade de informações sobre a DTM, sendo, portanto, um instrumento simples, de fácil entendimento e adequado à pesquisa.

Sabe-se que DTM e SFM foram incluídas em uma espectro de síndromes relacionadas ao estresse associado a frequentes queixas somáticas e psicológicas incluindo fadiga, distúrbios do sono, ansiedade e depressão (KORSUN *et al.*, 1998).

A prevalência de DTM em pacientes com SFM é bastante discutida. Hedenberg-Magnunsson *et al.* (1999) relatam que 94% dos pacientes com SFM também apresentaram sintomas de DTM. Segundo Manfredini *et al.* (2004), 86,7% do grupo com SFM apresentavam envolvimento do aparelho mastigatório, mas somente 10% dos indivíduos com DTM tinham SFM. Da mesma forma, Plesh, Wolfe e Lane (1996) encontraram correlação entre SFM e DTM onde 75% do grupo com SFM mostraram diagnóstico para DTM, enquanto que apenas 18,4% do grupo com DTM apresentaram o diagnóstico de SFM. No estudo de Leblebici *et al.* (2007) também foi revelada comorbidade entre DTM e SFM onde 80% do grupo com SFM mostraram sintomas para DTM, enquanto que 52% do grupo com DTM apresentaram-se com SFM.

A significativa prevalência de DTM (98%) no grupo portador de SFM neste estudo, corrobora com os resultados destas e outras pesquisas deste gênero, tais como as citadas no quadro abaixo (Quadro 1):

AUTORES	ESTUDO	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS
PLESH; WOLFE; LANE, 1996.	Descritivo	RDC/TMD; CAR 1990; EVA	75% do grupo com SFM mostraram diagnóstico para DTM, enquanto 18,4% do grupo com DTM tinham SFM.
DAO; REYNOLDS; TENEMBAUM, 1997	Descritivo	RDC/TMD; CAR 1990; EVA; McGill	Dor facial foi encontrada em 69% do grupo com SFM, enquanto que uma média de 55,25% dos pacientes com DTM Apresentaram dor no corpo
PENNACCHIO; BORG-STEIN; KEITH, 1998	Caso controle	Exame clínico Para DTM; CAR 1990; EVA	97% do grupo com SFM mostraram diagnóstico para DTM, enquanto 30% do grupo controle tinham DTM.

MAGNUSSON; ERNBERG; KOPP, 1997	Caso controle	Clinic of Oral Physiology; CAR 1990; EVA	50% do grupo de pacientes com DTM mostraram-se com SFM, enquanto os outros 50% apresentaram-se com mialgia Local.
RHODUS <i>et al.</i> 2003	Descritivo	CAR 1990; Melzack Scale; BDS	67% do grupo com SFM mostraram diagnóstico para DTM
MANFREDINI <i>et al.</i> 2004	Descritivo	RDC/TMD	86,7% do grupo com SFM apresentavam envolvimento do aparelho mastigatório, enquanto que 10% dos indivíduos com DTM tinham SFM.
SALVETTI <i>et al.</i> 2007	Caso controle	RDC/TMD	79,6% do grupo com SFM mostraram diagnóstico para DTM
LEBLEBICI <i>et al.</i> 2007	Descritivo	CAR 1990	80% do grupo com SFM mostraram sintomas para DTM, enquanto que 52% do grupo com DTM apresentaram-se com SFM.
FUJARRA, 2008	Descritivo	RDC/TMD	A prevalência de dor em indivíduos com SFM por sinais e sintomas da DTM foi de 93,7%.

Quadro 1 – Autores, estudo, instrumento, de avaliação e resultados de pesquisas relacionando a SFM à DTM

Na investigação quanto aos sinais e sintomas da DTM em 80,0% das pacientes estava presente a dor na face corroborando com os resultados de Plesh, Wolfe e Lane (1996), Vollaro *et al.* (2001) e Leblebici *et al.* (2007) que investigando sinais e sintomas de DTM em pacientes com SFM encontraram a presença de dor facial em 75%, 79% e 80% dos investigados, respectivamente.

Cefaléia, um dos sintomas mais comuns da DTM, foi encontrada em 60% da amostra, corroborando, portanto com os valores encontrados por Riberto (2004) de 62,9% e com os citados na literatura que variaram de 32,3% (WHITE *et al.*, 1999) a 88% (PRESCOTT *et al.*, 1993). No entanto há autores que relatam uma prevalência de cefaléia em fibromiálgicos de quase 100% como é o caso de Fujarra (2008) onde 91,7% de sua amostra respondeu positivamente à cefaléia. Okifuji *et al.* (1999) verificaram que 40% dos pacientes portadores de cefaléia crônica têm o diagnóstico

associado de SFM ao investigar a sensibilidade dos pontos dolorosos sugeridos pelo CAR.

Cerca de 86% das participantes responderam positivamente ao questionamento de dor na nuca ou pescoço, além disso, a tensão foi também relatada com percentuais elevados (70%). Segundo Areias (1999), nas reações agudas de estresse há um estímulo de forma subjetiva que provocam sensações de tensão no rosto, ombros, nuca e outras partes do corpo. Manfredini (2005) afirma que quanto maior o nível de estresse maiores as dores de cabeça e do pescoço que são sinais patognomônicos da DTM.

O elevado percentual para dor na nuca é comum para pacientes fibromiálgicos, pois segundo Yunus (1994), as queixas de dor são especialmente na região occipital, trapézio e ombros, embora muitos também relatem a região lombar como um dos registros de dor corporal. A dor em pontos próximos à região cervical é uma característica forte nos indivíduos com SFM e pode estar presente também por consequência de outras doenças associadas a este grupo como as cervicalgias que podem ser produzidas por movimentos do pescoço e se localizam em geral, na região posterior deste. Buskila *et al.* (1997) descrevem a evolução de SFM em 21,6% dos pacientes sujeitos a lesões cervicais.

Portanto, o elevado índice de DTM e sua severidade neste grupo estudado pode ter sido agravado considerando-se que a maioria das pacientes (86%) respondeu, segundo o DMF, positivamente ao questionamento quanto a presença de dor na nuca ou pescoço.

Todas as participantes deste estudo apresentavam dor corporal tendo a maioria (74%) relatado dor no corpo por seis anos ou mais. Com relação a dor na face a média de tempo foi aproximadamente igual a 2,00 anos. Estes resultados foram proporcionais aos de Berber (2004) nos quais a maioria dos indivíduos de sua pesquisa (70%) relata dor corporal por cinco ou mais anos. No entanto, são percentuais inferiores aos encontrados por Fugarra (2008) nos quais as pacientes com SFM relatam que as dores espalhadas pelo corpo estavam presentes há mais de dez anos e que as dores na face iniciaram há mais de nove anos. Este longo período de sintomatologia pode ser justificado já que a SFM é uma afecção crônica, e os pacientes relatam dor por, no mínimo, um ano (CHAITOW, 2002).

Para a maioria das participantes do estudo (72%) a dor na face iniciou depois da dor no corpo e em apenas 10% iniciou simultaneamente. Estes resultados foram

divergentes aos de Fugarra (2008) que relatou em seu estudo o percentual de 35,4% para as participantes em que a dor na face iniciou antes da dor no corpo e 41,7% para aquelas em que a dor na face iniciou de forma simultânea a dor corporal.

Embora não haja inclusão da palpação dos músculos mastigatórios nos critérios de diagnóstico para SFM segundo o CAR (MARBACH, 1996; RAPHAEL; MARBACH; KLAUSNER, 2000, WOLFE *et al.*, 1990), a alta prevalência de dor facial crônica na SFM torna necessário uma avaliação sistemática do segmento cefálico dos portadores de tal doença.

A dor facial que, normalmente, se inicia simultaneamente ou posteriormente à dor generalizada no corpo (DAO; REYNOLDS; TENEMBAUM, 1997; KORSZUN *et al.*, 1998), pode ser sugestiva de quadro sistêmico de dor como ocorre na SFM. Pode-se verificar que neste estudo apenas uma paciente não apresentou dor crônica, enquanto que as demais relataram dor facial por um período maior que seis meses.

Pesquisas que investigam a relação de tempo entre dor facial e dor no corpo são escassas na literatura (MAGNUSSON; ERNBERG; KOPP, 1997). Esta relação temporal entre o surgimento da dor facial e da dor no corpo em portadores de SFM é bastante significativa quando se diz respeito à abordagem clínica, principalmente para o diagnóstico da DTM como morbidade associada ou como fator desencadeante da SFM. A inflamação periférica pode excitar o SNC e os mecanismos de soma temporal e espacial da dor podem contribuir para uma distribuição mais espalhada da mesma (LEBLEBICI *et al.*, 2007; OKESON, 1996).

Outras localizações de queixas dolorosas regionais foram relatadas neste estudo, tais como membros superiores (48%), membros inferiores (72%) e coluna na região lombar (42%). Pode-se comparar tais valores com os descritos por Riberto (2004). Este autor ao investigar a localização da dor corporal em pacientes fibromiálgicos encontrou os percentuais 23,7%, 21,5% e 37,8% para membros superiores, membros inferiores e coluna na região lombar, respectivamente. Enquanto Fugarra (2008), também pesquisando a localização da dor corporal neste grupo de pacientes descreve valores com maiores percentuais: 93,75 para membros superiores, 93,75 para inferiores e 91,7% para região lombar.

É importante ressaltar o percentual encontrado para dor na região lombar o qual foi significativo e com valores proporcionais nos trabalhos citados. Quase metade da amostra descrita neste estudo e no de Riberto (2004) e mais da metade

da amostra de Fajarra (2008) apresentou sintomatologia dolorosa localizada na região lombar.

Este fato pode servir de alerta quanto a necessidade de direcionamento para atenção especial aos pacientes com dores crônicas nesses locais, já que podem ser candidatos ao desenvolvimento de SFM. Forseth *et al.* (1999) afirmam que a dor na região lombar é um risco relativo de 2,5 vezes para o desenvolvimento de SFM e segundo Ehrlich (2003), são muitas as recomendações na literatura de que SFM seja investigada em pacientes portadores de lombalgia.

No protocolo de avaliação utilizado neste estudo também foram avaliados alguns aspectos relacionados ao sono, sendo alta a prevalência entre as variáveis investigadas. Foram referidos sono leve (80%), insônia inicial (76%), sonolência diurna (52%) e fadiga (98%). Estes resultados foram proporcionais aos encontrados por Riberto (2004) que relatou 72,6% para sono leve, 62,2% para insônia inicial, 54,9% para sonolência diurna e 74,1% para fadiga. Os valores citados neste estudo também corroboram com os relatados por Costa *et al.* (2005), que diagnosticaram que 88,3% dos pacientes com SFM apresentavam distúrbios do sono e por Wolfe *et al.* (1990) onde sono não reparador foi relatado por 75% dos pacientes fibromiálgicos pesquisados.

Estas mesmas queixas relacionadas ao sono foram altamente prevalentes conforme observado em outros estudos (MARTINEZ, 1995; SIMMS, 1996; WHITE *et al.*, 1999) com dimensões variando de 55% a 82%.

Sabe-se que os distúrbios do sono estão diretamente relacionados com a intensidade da dor, portanto, quanto pior a noite de sono, maior a intensidade de dor referida pelos pacientes, podendo ser uma das razões que ocasiona aos pacientes a sensação de estarem permanentemente cansados o que justificaria os altos percentuais para fadiga no estudo.

As alterações na estrutura do sono de indivíduos com SFM acarretam em uma intrusão de ondas alfa nos estágios que deveriam ser os mais profundos do sono. Por consequência dessa interrupção do ciclo do sono, não há um relaxamento suficiente para liberação das toxinas presentes nos tecidos musculares, o que gera mais dor e rigidez matinal e fadiga (WOLFE *et al.*, 1990).

A alta prevalência de fadiga neste estudo (98%) se mostra condizente com a literatura que a coloca como uma das causas da incapacitação em fibromialgia (HENRIKSSON; LIEBERG, 2000; WHITE *et al.*, 1999). E corrobora com os

resultados de Provenza (1997) e Prescott *et al.* (1993) os quais relatam ambos um percentual de 88% para fadiga em pacientes com SFM.

Fatores psicológicos foram também investigados neste estudo e apresentaram resultados com altos percentuais. A ansiedade foi relatada por 88% das pesquisadas, e foram valores maiores que os encontrados por Riberto (2004) de 79,3%, mas foi proporcional aos resultados de Costa *et al.* (2005) onde 87% das pacientes fibromiálgicas referiram ansiedade.

Muitos autores já discutiram a alta prevalência de depressão em indivíduos com SFM e mostraram-se significativos os resultados encontrados neste estudo onde 90% das pacientes apresentaram algum grau de depressão, sendo 28% para grau moderado e 62% para severo. Estes percentuais foram superiores aos encontrados por Ercolani (1994) (49%), Becker *et al.* (1997) (40%) e Costa *et al.* (2005) (39,2%). No entanto não divergiram tanto dos resultados encontrados por Berber *et al.* (2005) (67,2%), destes 32,9% foi para grau leve, 21,4% para grau moderado e 12,9% para severo.

Apesar de muitos trabalhos sobre depressão em portadores de SFM, ainda se faz necessário maiores esclarecimentos entre a relação destas duas morbidades. McBeth *et al.* (2002) realizaram um estudo longitudinal sobre dor crônica e problemas psicológicos futuros. Não foi encontrada nenhuma relação significativa entre a presença de dor crônica na primeira avaliação e qualquer tipo de estresse psicológico um ano depois. É mais provável que exista uma relação de comorbidade entre SFM e depressão, uma relação onde um fator comum dá origem aos dois problemas. Mas ainda não se sabe qual seria este fator e, até então, apenas hipóteses são colocadas para explicação desta relação. Entre as hipóteses tem-se: alterações na concentração, na transmissão e na captação da serotonina (KOOPMAN, 1997; YUNUS, 1994) e alterações no funcionamento do eixo hipotalâmico-pituitário adrenal (KOOPMAN, 1997).

As desordens depressivas complicam o curso de qualquer doença através de uma variedade de mecanismos possíveis: aumentando a sensação de dor, impossibilitando a adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando os sistemas humoral e imunológico. Pacientes com doenças crônicas que estão depressivos mostram maior incapacidade que aqueles não depressivos (WULSIN, 2001).

Ravindran *et al.* (2002) colocam que a depressão está freqüentemente associada a reduções importantes na qualidade de vida, incluindo uma funcionalidade social prejudicada.

Pode-se observar este fato neste estudo onde também foram avaliados fatores psicossociais prejudicados pela dor facial. Dentre os maiores percentuais o que mais se destacou foi o de ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste com 68%. Sabe-se que o aspecto de tristeza, bem como o próprio sentimento subjetivo, acompanham o indivíduo depressivo, portanto, esta variável psicossocial analisada poderia ser justificada por este motivo, já que na população estudada há um elevado índice de depressão.

Wilson (2002) coloca que pacientes com dor crônica e depressão mostraram altos níveis de dor e incapacidade física. Clauw (2001) coloca que fatores psicossociais têm papel significativo na etiologia e evolução da SFM. Estes incluem fatores comportamentais como comportamentos de risco e má adaptação às estratégias de enfrentamento; fatores cognitivos como vitimização e perda do autocontrole; e fatores sociais como interferências na função do indivíduo dentro da sociedade. Isto pode ser entendido pelos problemas originados pela dor crônica, presente na SFM.

Harris *et al* (2005) relacionam a questão sobre a atitude do profissional de saúde e do paciente fibromiálgico julgando haver uma errônea percepção pelo profissional quanto a variabilidade dos níveis de dor e na compreensão desta dor na SFM. Por isso podem haver dificuldades quanto à determinação do quadro em questão dando margem aos erros existentes o que gera consequências negativas ao diagnóstico e tratamento da SFM.

Para Marques (2004), quando se trata de portadores de SFM, um dos passos mais importantes na relação profissional paciente é aprender a escutar e respeitar esses indivíduos, pois há um forte e acentuado grau de desamparo e é papel do profissional da saúde auxiliá-lo na busca de soluções e alternativas que melhorem sua qualidade de vida.

7 CONCLUSÕES

Diante do que foi pesquisado e discutido neste trabalho, pode-se afirmar as seguintes conclusões:

- a) Houve elevada prevalência de DTM principalmente para o grau de severidade moderado;
- b) Os sinais de DTM mais expressivos foram os relacionados à dor na região occipital e a presença de tensão e quanto maior a severidade da DTM mais expressivos os valores de tensão e dor nesta região;
- c) Quanto aos fatores psicossociais as maiores limitações na função mandibular foram comer alimentos duros e ficar com o rosto normal, sem aparência de dor ou triste sendo estes diretamente proporcionais ao grau de severidade da DTM;
- d) Todas as pacientes relataram dor no corpo e grande parte delas sentiam também dor na face sendo para a maioria iniciada após a dor no corpo;
- e) As médias avaliadas através da escala visual analógica da dor foram: 5,22 e 8,70 para dor na face e no corpo, respectivamente;
- f) Os locais de dor no corpo mais citados foram nuca seguido de ombro e região lombar, tendo correlação positiva com o grau de severidade para DTM;
- g) Dentre queixas relacionadas a dor no corpo as mais relatadas foram fadiga, dificuldade de concentração e ansiedade;
- h) Entre os fatores psicológicos apenas a depressão apresentou associação significativa com a DTM mostrando que quanto maior a severidade da depressão, maiores são a necessidade de tratamento para esta disfunção;
- i) Quanto maior o grau de severidade para depressão, maiores as limitações na função mandibular.

REFERÊNCIAS

AGERBERG, G.; CARLSSON, G. E. Functional disorders of the masticatory system II. Symptoms in relation to impaired mobility of the mandible as judged from investigation by questionnaire. **Acta Odontol Scand.**, v.31, n.6, dez. 1973. p. 337-347.

ALENCAR Jr., F. G. P. Effectiveness of relaxin in the management of fibromyalgia patients. **Minnesota**, 2002. Dissertação (Mestrado em) - University of Minnesota.

AREIAS, M. E. Q. **Saúde Mental, Estresse e trabalho dos Servidores de uma Universidade**. Campinas, 1999. (Tese Doutorado-Universidade Estadual de Campinas).

ASH, M. M. *et al.* **Oclusão**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2007. 272 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, J. J.; RODE, S. M. **Tratamento da Disfunções Craniomandibulares-ATM**. São Paulo: Santos, 1995.

BECKER, N., *et al.* Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. **Pain**, n. 73, 1997, p 393-400.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e de sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Rev Bras Reumatol**. 45(2); 2005.

BUSKILA, D. *et al.* Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. **Arthritis Rheum.** v.40, n.3, mar. 1997. P.446-452.

BUYSSE, D. J. *et al.* The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, n.2, 1989. p. 193-213.

BONJARDIM, L. R. *et al.* Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. **Indian Journal Dent Research**, v. 20, n.2, 2009. p. 190-194.

CAMPARIS C. M.; SIQUEIRA, J. T. T. Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2006. p.188-93.

CARLSSON, G. E.; MAGNUSSON, T. **Tratamento das Desordens temporomandibulares na clínica odontológica.** São Paulo: Santos, 2000.

CASANOVA-ROSADO, J. F. C. *et al.* Prevalence and associated factors for temporomandibular disorders in a group of Mexican adolescents and youth adults. **Clin Oral Invest**, v. 10, 2006. p. 42-49.

CHAITOW, L. **Síndrome da Fibromialgia.** Ed. Manole: São Paulo, 2002.

CHING, L. H.; SIQUEIRA, J. T. T., Disfunção Temporomandibular em pacientes com Fibromialgia. In: Siqueira, J.T.T., **Dor orofacial/ ATM: bases para o diagnóstico clínico.** 2. ed. Curitiba: Maio, 2001. p.185-90.

CLAUW, D. J. **Ruddy:** Kelley's Textbook of Rheumatology. 6.ed. W. B. Saunders Company: sl, 2001.

CORONATTO, *et al.* Associação entre DTM e ansiedade: estudo epidemiológico em pacientes edêntulos. **International Journal of Dentistry**, Recife, v.8, n.1, jan./mar. 2009.

COSTA, S. R. M. R., *et al.* Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador- BA, Brasil. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 45, 2005. p. 64-70.

COSTEN, J. B. A Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed functions of TMJ. **Ann Otol Rhinol Laryngol.** V.43, n.1; 1934. p. 1-15.

DAO, T. T.; LeRESCHE, L. Gender differences in pain. **J. Orofacial. Pain**, v. 14, n.3, 2000. p. 169-184.

DAO, T. T. T.; REYNOLDS, W. J; TENEMBAUM, H. C., Comorbidity between myofascial pain of masticatory muscles and fibromyalgia. **J. Orofacial Pain.**1997. p. 232-241.

DWORKIN, S. F. *et al.* Assessing clinical signs of temporomandibular disorders: reliability of clinical examiners. **J Prosth Dent**, v. 63, 1990a. p. 574-580.

DWORKIN, S. F., *et al.* Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. **J Am Dent Assoc**, v.120, 1990b. p.273-81.

DWORKIN, S. F.; LeRESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, criteria. **J Craniomandib Disord**, V.6, 1992. p.301-355.

DWORKIN, S. F. *et al.* A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. **J Orofacial Pain**, v. 16, n. 4, 2002a. p. 259-276.

DWORKIN, S. F. *et al.* A randomized clinical Trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. **J Orofacial Pain**, v. 16, n. 1, 2002b. p. 48-63.

DWORKIN, S. F. *et al.* Reliability, validity and clinical utility of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis II scales: depression, non-specific physical symptoms, and grade chronic pain. **J Orofacial Pain**, v. 16, n.3, 2002c. p. 207-220.

EHRlich, GE. Low back pain. Bull World Health Organ. **Epub**, v. 81, n. 9, nov. 2003. p 671-676.

ERCOLANI, M. Fibromyalgia Syndrome: depression and abnormal illness behavior. **Psychotherapy and Psychosomatic**, n. 61, 1994, p. 178-86.

FONSECA, D. M. *et al.* Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev Gaúcha Odont**, v. 42, 1994. p.23-28.

FORSETH, K. K. O.; GRAN, J. T. Management of fibromyalgia: what are the best treatment choices? **Drugs**, New York, v. 62, n. 4, 2002. p. 577-592.

FORSETH, K. O.; HUSBY, G.; GRAN, J. T.; FORRE, O. Prognostic factors for the development of fibromyalgia in women with self-reported musculoskeletal pain. A prospective study. **Journal of Rheumatology**. V.26, n.11. 1999. p. 2458-67.

FUJARRA, F. J. C. **Disfunção temporomandibular e síndrome fibromiálgica caracterização de amostra segundo critérios**. 2008. 66p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

GAROFALO, J. P. *et al.* Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research diagnostic criteria. **J Am Dent Assoc**, v. 129, 1998. p. 438-446.

GREENE, C.S. Orthodontics and temporomandibular joint. **The Angle Orthod**. v. 52, 1982. p. 166-172.

HARRIS, R. E. *et al.* Characterizations and consequences of pain variability in individuals with fibromyalgia. **Arthritis & Rheum.**, v. 52, n. 11, 2005. p. 3670-3674.

HEDENBERG-MAGNUSSON, B.; ERNBERG, M.; KOPP, S. Presence of orofacial pain and temporomandibular disorder in fibromyalgia. A study by questionnaire. **Swed Dent J**, v. 23, 1999. p.185-192.

HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. **Swed Dent J**. v. 67, n.3, 1974. p. 101-121.

HENRIKSSON, C.; LIEDBERG, G. Factors of importance for disability in women with fibromyalgia. **J Rheumatol**, v. 27. 2000. p.1271-1276.

HUANG, G. J. et al. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). **Journal of Dental Research**, v. 81, 2002. p. 284- 288.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. **Cephalalgia**, v. 8, suppl. 7, 1998.

KOOPMAN, W. J. **Arthritis and allied conditions**. 13. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

KORSZUN, A. *et al.* The relationship between temporomandibular disorders and stress-associated syndromes. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 86, 1998. P. 416–420.

KOSMINSKY, M. *et al.* Adaptação cultural do questionário “Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders”: Axis II para o português. **Journal Brás lin Odontol**, v.8, n.43, 2004. p.51-61.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LASKIN, D. M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 79, n.6, jul. 1969. p. 147-153.

LEBLEBICI, B., *et al.* Coexistence of fibromyalgia, temporomandibular disorder, and masticatory myofascial pain syndromes. **Rheumatol Int.** v. 27, n.6, dez. 2007. P.541-544.

LÉPINE, J. P.; BRILEY, M. The epidemiology of pain in depression. **Hum Psychopharmacol**. 2004. p.19 (Suppl 1):3-7.

LeRESCHE, L. Assessment of physical and behavioral outcomes of treatment. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 83, n. 1, 1997a. p. 82-86.

LeRESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigatio for etiologic factors. **Crit Ver Oral Biol Med**, v. 8, 1997b. p. 291-305.

LIMA, R. T. A. **Fatores associados à DTM em uma população com depressão e ansiedade.** São Paulo, 2009. 138p Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

LUCENA, L. B. de S. *et al.* Validation of then Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. **Braz Oral Res**, v. 20, n. 4, 2006. p. 312-317.

MAGNUSSON, B. H.; ERNBERG, M.; KOPP, S., Symptoms and signs of temporomandibular disorders in patients with fibromyalgia and local myalgia of temporomandibular system. **Acta Odontol Scand.** v. 55. 1997. p. 344-349.

MANFREDINI, D. *et al.* Comparison of masticatory dysfunction in temporomandibular disorders and fibromyalgia. **Minerv Stomatol.**, v. 53. 2004. p. 641-50.

MANFREDINI, A. P. S., **Estudo da manifestação da Disfunção Temporomandibular (DTM) influenciada Pelo estresse na população de uma Universidade Pública.** 2005. 157p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

MARBACH, J.J. Temporomandibular pain and dysfunction syndrome. **Rheumatic Disease Clinics of North America.** v. 22. 1996. p.477-498.

MARTINEZ, J.E.; FERRAZ, M.B.; SATO, E.I.; ATRA, E. Fibromyalgia versus Rheumatoid Arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. **J Rheumatol**, v. 22. 1995. p. 270-274.

MARQUES, A. P. **Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia:** poder de discriminação dos instrumentos de avaliação. 2004. 80p. Tese (livre-docência)- Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

MATSUMOTO, M.A.; MATSUMOTO, W.; BOLOGNESE, A. M. Study of signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in individuals with normal occlusion and malocclusion. **Cranio.** v. 20, n. 4, 2002. p. 274-281.

MCBETH, J.; MACFARLANE, G. J.; SILMAN, A.J. Does chronic pain predict future psychological distress? **Pain**, v. 96, n. 3, 2002. p. 239-245.

MCCARBERG, B. et al. Tender points as predictors of distress and the pharmacologic management of fibromyalgia syndrome. **American Journal of Therapeutics**, New York , v. 10, n. 3, 2003. p. 176-192.

McCAIN, G. A Cost Effective Approach to the Diagnoses and Treatment of Fibromyalgia. **Rheumatic Diseases Clinics of North America**. v. 22, 1996. p 323-349.

MCNEILL C. **Temporomandibular disorders: guidelines for classification, assesment and management**. The American Academy of Orofacial Pain. 2. ed. Chicago: Quintessence, 1993. p.11-13.

MCNEILL, C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. **J Prosthet Dent**, v.77, n.5, mai.1997. p. 510-522.

MEISLER J. G. Chronic pain conditions in women. **J Womens Health**. V. 8, 1999. p. 313-320.

MENEZES, *et al.* Correlação entre Cefaléia e Disfunção Temporomandibular. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v.15, n.2, abr./ jun. 2008. p, 183-187.

MIYAKE, R. *et al.* Oral parafunctions and association with symptoms of temporomandibular disorders in japanese university students. **J Oral Rehabil**, v. 31, 2004. p. 518- 523.

MOREIRA, M. M. S. M.; ALENCAR Jr., F. G. P.; BUSSADORI, M. Fatores psicológicos na etiologia da Disfunção craniomandibular. **Revista da APCD**, v. 52, n.5, set/out.1998.

NEECK, G. Pathogenic mechanisms of fibromyalgia. **Ageing research reviews**, Oxford; v. 1, n. 2, 2002. p. 243-255.

OKESON, J. P. **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management**. Quintessence, Chicago. 1996.

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p.275-315.

OKIFUJI, A.; TURK, D.C.; MARCUS, D.A. Comparison of generalized and localized hyperalgesia in patients with recurrent headache and fibromyalgia. **Psychosom Med**, v. 61, n.6, 1999. p. 771-780.

OLIVEIRA, W. **Contribuição ao estudo da frequência de sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, por pacientes com disfunção craniomandibular**. 1992. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, São José dos Campos, UNESP. 1992. 147p.

OLIVEIRA, A. S. *et al.* Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college student. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2006. p. 03-07.

PAESANI, D. *et al.* Prevalence of temporomandibular joint internal derangement in patients with craniomandibular disorders. **American Journal Orthod. Dentofac. Orthop.**, v. 101, 1992. p. 41-47.

PAIVA, H. J. Sistema esmatognático: integração anatômica, funcional e clínica. In: PAIVA, h. j. *et al.* **Oclusão: Noções e Conceitos básicos**. São Paulo, 1997. p. 17-30.

PAIVA, H. J. *et al.* **Noções e Conceitos Básicos em Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial**. São Paulo: Santos, 2008. 336 p.

PARKER, M.; HOLMES, E.; TEREZHALMY, G. T. Personality characteristics of patients with temporomandibular disorders. Diagnostic and therapeutic implications. **J Orofacial Pain**, v. 7, n.4, 1993. p.337-344.

PEDRONI, C. R.; OLIVEIRA, S. S.; GUARATINI, M. I. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 30, 2003. p. 283-289.

PENNACCHIO, E. A.; BORG-STEIN, J.; KEITH, D.A. The incidence of pain in muscles of mastication in patients with fibromyalgia. **J Mass Dent Soc**. V. 47, 1998. p. 8-12.

PEREIRA Jr., F. *et al.* **Crerios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares RDC/TMD**. Disponível em: <<http://www.rdc-tmdinternational.org/translations/frmtranslations.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2009.

PEREIRA Jr., F.; CONTI, P.C.R. Alterações oclusais e sua relação com a disfunção temporomandibular. **Rev. FOB**. Bauru, v. 9, n3/4, jul./dez. 2001. p.139-144.

PLESH, O.; WOLFE, F.; LANE, N. The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptom severity. **J Rheumatol**. v. 23, 1996. p.1948-52.

PRESCOTT, E. et al. Fibromyalgia in the adult Danish population: II a study of clinical features. **Scand J Rheumatol**. v. 22, 1993. p. 238-42.

PROVENZA, JR. Fibromialgia: correlação clínica, laboratorial e eletromiográfica. **Rev ciênc méd PUC CAMP**, 1997. p. 88-94.

RAMFJORD, S. P.; ASH, M. M. **Occlusion**. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders. 1971.

RAPHAEL, K. G.; MARBACH, J. J.; KLAUSNER, J. Myofascial face pain: clinical characteristics of those with regional VS. Widespread pain. **JDA**. 2000. p. 161-71.

RAVINDRAN A.V. *et al.* Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. **Journal of Affective Disorders**, v. 71, 2002. p. 121-30.

REN, K.; DUBNERR. Descending modulation in persistent pain: um update. **Pain**. 2002. p.1-6.

RHODUS, N. L.; FRICTON, J.; CARLSON, P.; MESSNER, R. Oral symptoms associated with fibromyalgia syndrome. **J Rheumatol**, v. 30, 2003. p. 1841-1845.

RIBERTO, Marcelo. **Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não-traumática**. 2004. 100p. Dissertação (Mestrado em Reumatologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RUDY, T. E., *et al.* Differential treatment response of TMD patients as a function of psychological characteristics. **Pain**. v. 61, 1995. P. 103-112.

RUGH, J. D.; DAHLSTROM, L. Behavioral and psychological mechanisms. In: ZARB, G.A. *et al.* **TMG and masticatory muscle disorders**. 2. ed. Copenhagen: Munksgard, 1994. Cap. 9. 1994. p. 208-218.

RUSSEL, M. Current status of genetic discoveries in cluster headache. **Italian Journal of Neurological Sciences**, Milão, v. 20, n. 2, 1999. p. 57-59.

SALVETTI, G.; MANFREDINI, D.; BAZZICHI, L.; BOSCO, M. Clinical features of the stomatognathio involvement in fibromyalgia syndrome: a comparison with temporomandibular disorders patients. **Cranio**. v. 25, 2007. p. 127-33.

SCHOCHAT, T. Sociodemographic Characteristics, Risk Factors and Reproductive History in Subjects with Fibromyalgia. **Rheumatology**, v. 1, 2003. p 46-59.

SCHIFFMAN, E. L. *et al.* The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. **J Am Dent Assoc**, v. 120, n. 3, 1990. p. 295-303.

SCHWARTZ, L. Pain associated with the temporomandibular joint. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 51, n. 10, oct. 1955. p. 394-401.

SEGER, L. **Psicologia e Odontologia: Uma abordagem integradora**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2002.

SELAIMEN, C. M. P.; BRILHANTE, D. P.; GROSSI, M. L. Depression and Neuropsychologic Testing in Patients with Temporomandibular Disorders. **Revista Odontociência**. v. 20, n. 48, 2005. p. 148-156.

SILVA, L. C.; ABREU, A. C.; PELEGRINO, O. S.; COELHO, O. S. O valor da contagem de pontos dolorosos no diagnóstico da fibromialgia. **Rev Bras Reum**. v 37, 1997. p. 317-22.

SIMMS, R.W. Is there muscle pathology in fibromyalgia syndrome? **Rheum Dis Clin North Am**, v. 22, n. 2, 1996. p. 245-66.

SOLBERG, W. K. *et al.* Prevalence of mandibular dysfunction in young adult. **J. AM. Dent. Assoc.**, v. 98, n. 1, 1979. p. 25-34.

SOLBERG, W. K. **Disfunções e desordens temporomandibulares**. 2. ed. São Paulo: Santos. 1999. 138 p.

SPROTT, H. **What can rehabilitation interventions achieve in patients with primary fibromyalgia?** *Current Opinion in Rheumatology*, Philadelphia, v. 15, n. 2, 2003. p. 145-150.

STAUD, R.; DOMINGO, M. Evidence for abnormal pain processing in fibromyalgia syndrome. *Pain medicine: the official journal of the American Academy of Pain Medicine*, Malden, v. 2, n. 3, 2001. p. 208-215.

SUVINEN, T. I.; READE, P. C. Temporomandibular disorders: a critical review of the nature of pain and its assessment. *Journal Orofacial Pain*, v.9, 1995. p. 317-39.

TOSATO, J. P.; CARIA, P. H. F. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. *RGO*. Proto Alegre, v. 54, n.3, Jul/set. 2006. p. 211-224.

VERRI, F. R. *et al.* Avaliação da qualidade do sono em grupos com diferentes níveis de desordem temporomandibular. *Pesq Bras Odont e Clín Int*, João Pessoa, 2008.

VOLLARO, S. *et al.* Epidemiologic study of patients with craniomandibular disorders: report of data and clinical findings. *Minerva Stomatol.* v.50, 2001. p. 9-14.

WILSON, KG. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain*, v. 2, 2002, p. 77-83.

WHITE, K.P.; SPEECHLEY, M.; HARTH, M.; OSTBYE, T. The London fibromyalgia study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *J Rheumatol.* v. 26, 1999. p.1577-1585.

WULSIN, LR. **Jacobson: Psychiatric Secrets**. 2. ed. Hanley and Belfus, 2001.

WOLFE, F., *et al.* The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, Atlanta, v. 33, n. 2, 1990. p. 160-172.

WOLFE, F, *et al.* The Prevalence and Characteristics of Fibromialgia in General Population. *Arthritis and Rheumatism*, v. 38, n. 19, 1995.

WOLFE, F.; KATZ, R. S.; MICHAUD, K., Jaw pain: its prevalence and meaning in patients with rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. **J Rheumatol.** v. 32, 2005. p. 2421-2428.

YUNUS, M. B. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. **Baillière's clinical rheumatology**, London, v. 8, n. 4, 1994. p. 811-837.

YAP, A. U. J. et al. Multiple pains and psychosocial functioning psychologic distress in TMD patients. **Int J Prosthed**, v. 15, n. 5, 2002. p. 461-466.

APÊNDICES

APÊNDICE- A

(TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, DOR E FATORES PSICOSSOCIAIS E PSICOLÓGICOS EM PORTADORES DE SÍNDROME FIBROMIÁLGICA.

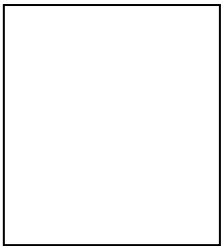
Eu, _____
_____, assinado abaixo, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citada, sob a responsabilidade da pesquisadora Germana Louanne Neves Carvalho Leitão, membro do Programa Integrado de Pós-Graduação em Odontologia UFPB-UFBA, sob orientação da Profa. Luciana Barbosa Sousa de Lucena.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é: avaliar a presença de Disfunção na ATM (articulação de abertura e fechamento da mandíbula) e fatores psicossociais e psicológicos envolvidos nos participantes do estudo e verificar a relação desta alteração com a Síndrome Fibromiálgica;
2. Durante o estudo realizarei as seguintes atividades:
 - Responder aos questionamentos para correto preenchimento dos questionários e fichas do protocolo relacionados à pesquisa;
3. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
4. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, a não ser que esta interrupção seja contra-indicada por motivo médico;
5. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo

6. A presente pesquisa não oferece riscos à saúde e à integridade dos sujeitos pesquisados, proporcionando-lhes oportunidade de diagnóstico de eventual Disfunção Temporomandibular (DTM), com orientações sobre seu problema bem como encaminhamento ao tratamento de que o mesmo necessita;
7. Poderei contatar a pesquisadora ou a orientadora para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa ou ensaio clínico através do telefone: (83) 8801-5029 a qual encaminhará o procedimento necessário.

João Pessoa (PB), _____ de _____ de _____



Polegar direito
Voluntário

_____ RG: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE- B
(FICHA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA PESQUISA)

1 – IDENTIFICAÇÃO

Data : ___ / ___ / ___

NOME: _____ RG: _____

Endereço: _____ No: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones para contato: _____

Idade: ___ Data Nasc.: _____ Est.Civil: _____ Gênero: M F

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Nome, endereço ou telefone de parente ou amigo com quem se possa falar em caso de necessidade:

2 – ANAMNESE**2.1– AVALIAÇÃO DA DTM – ÍNDICE ANAMNÉSICO DMF (Fonseca et al., 1994):****SIM:** 10 pontos / **AV=** Às Vezes: 05 pontos / – **NÃO** : 0 pontos

	Pontuação		
	Sim	AV	Não
1- Sente dificuldade para abrir bem a boca?			
2- Tem dificuldade para realizar outros movimentos com a mandíbula?			
3- Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?			
4- tem freqüentemente dor de cabeça?			
5- Sente dor de ouvido ou próximo dele?			
6- Tem dor na nuca ou no pescoço?			
7- Percebe se tem ruídos nas ATMs (próximo ao ouvido) quando movimenta a mandíbula?			
8- Tem o hábito de ranger ou apertar os dentes?			
9- Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?			
10- Você se considera uma pessoa tensa?			

(0-15) Não DTM (20-40) DTM Leve (45-65) DTM Moderada (70-100) DTM Severa

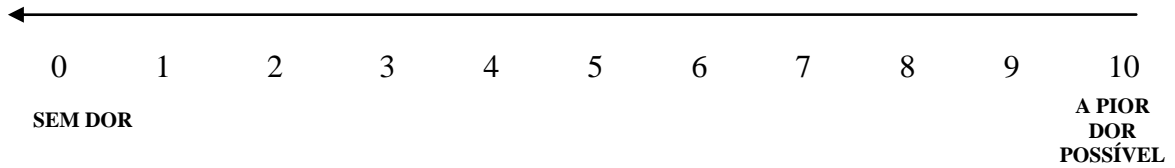
Diagnóstico imediato: _____

2.2 - VOCÊ SENTE DOR NO CORPO? () SIM () NÃO

2.3 - HÁ QUANTO TEMPO APROXIMADAMENTE VOCÊ SENTE ESTA DOR?

_____DIAS _____MESES _____ANOS

2.4- DE 0 A 10, QUE NOTA VOCÊ DARIA PARA SUA DOR NO CORPO?



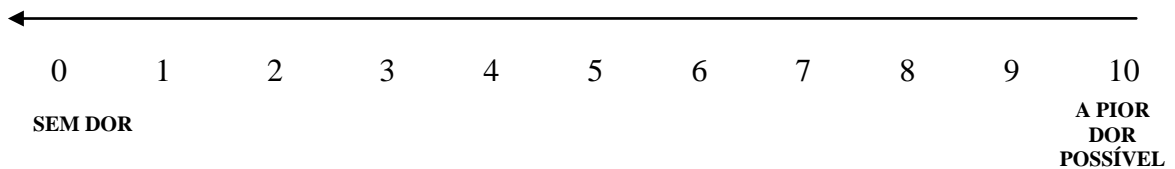
2.4 SENTE DOR NA FACE? () SIM () NÃO (se não sente pule a questão 4 ABAIXO).

2.5 A-MINHA DOR NA FACE INICIOU ANTES DA DOR NO CORPO ()

B- MINHA DOR NO CORPO E NA FACE INICIARAM AO MESMO TEMPO ()

C- MINHA DOR NA FACE INICIOU DEPOIS DA DOR NO CORPO ()

2.6 DE 0 A 10, QUE NOTA VOCÊ DARIA PARA SUA DOR NA FACE?

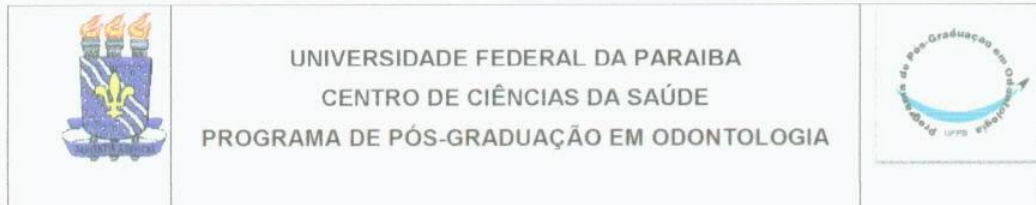


2.6 MARQUE COM UM “X” NO ESPAÇO ABAIXO APENAS AS QUEIXAS QUE VOCÊ SENTE:

A) INSÔNIA INICIAL		K) CHORO SEM MOTIVO	
B) SONO LEVE COM VÁRIOS DESPERTARES		L) SUJA MUITO	
C) SONO NÃO REPARADOR		M) DORMENCIA NAS MÃOS OU PÉS	
D) FADIGA		N) TREMORES	
E) FRAQUEZA		O) DOR DE CABEÇA (3 VEZES DURANTE 15 DIAS)	
F) SONOLÊNCIA DIURNA		P) DIFICULDADE DE ENGOLIR	
G) DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO		Q) TONTURA	
H) ANSIEDADE		R) DOR NO PEITO	
I) IRRITABILIDADE		S) PALPITAÇÕES NO CORAÇÃO	
J) ATAQUES DE PÂNICO		T) FALTA DE AR	

ANEXOS

ANEXO- A
(CARTA DE ANUÊNCIA)



CARTA DE ANUÊNCIA

Prezada Ilma. Sra. Jocelene Tenório Albuquerque Madruga Codoi, Chefe do Departamento de Medicina Clínica do Hospital das Clínicas da UFPE,

Eu, Germana Louanne Neves Carvalho Leitão, objetivo realizar uma pesquisa intitulada: **“Avaliação da Disfunção Temporomandibular, dor e fatores psicossociais em portadores de fibromialgia”**, que avaliará pacientes atendidos no ambulatório da dor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Pernambuco. A pesquisa tem orientação da profa. Dra. Luciana Barbosa Sousa de Lucena e o projeto será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da saúde (CCS) – UFPB. Solicitamos sua autorização para avaliação dos pacientes que procurarem o referido serviço conforme a metodologia aplicada no projeto em questão.

Informamos que a realização deste trabalho não trará custos ao serviço e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas do mesmo. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Atenciosamente,

João Pessoa, 29 de Junho de 2009.


Germana Louanne Neves
(Pesquisadora, mestranda da UFPB)


Prof. Jocelene Tenório Albuquerque Madruga Codoi
Chefe do Departamento de Medicina Clínica
CRM nº 10.123/PE
Chefe do Departamento de Medicina Clínica do Hospital das Clínicas da UFPE

ANEXO- B

(CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Certifico que o comitê de ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 5^o Reunião realizada no dia 07-06-09, o projeto de pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR, DOR E FATORES PSICOSSOCIAIS E PSICOLÓGICOS EM PORTADORES DE SÍNDROME FIBROMIÁLGICA”, Interessada pesquisadora Germana Louanne Neves Carvalho Leitão. Protocolo nº. 0268.

Outrosim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Assinatura manuscrita em azul da coordenadora.

Etiane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

ANEXO C (RDC/TMD:EIXO II)

Nome do Investigador	Número do Investigador	Número do Paciente	Data: ____/____/____ dia mês ano		
Nome do Paciente:					
Versão em Português do Questionário Eixo II "Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders"					
Por favor, leia cada pergunta e marque com um X somente a resposta que achar mais correta.					
1. O que você acha da sua saúde em geral?	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima		1 2 3 4 5		
2. Você diria que a saúde da sua boca é:	<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima		1 2 3 4 5		
3. Você já sentiu dor na face em locais como: a mandíbula (queixo), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido nas últimas quatro semanas? → Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 14.a → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta		<table border="1"> <tr><td>Não</td></tr> <tr><td>Sim</td></tr> </table>	Não	Sim	0 1
Não					
Sim					
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez? → Se começou há um ano ou mais , responda a pergunta 4.a → Se começou há menos de um ano , responda a pergunta 4.b					
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? _____ anos → Passa para pergunta 5					
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? _____ meses					
5. A dor na face ocorre?	<input type="checkbox"/> O tempo todo <input type="checkbox"/> Aparece e desaparece <input type="checkbox"/> Ocorreu somente uma vez		1 2 3		
6. Você já procurou algum profissional de saúde para tratar a sua dor na face?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sim, há mais de seis meses		1 2 3		
7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para a sua dor na face agora, neste exato momento , que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é a "pior dor possível"?			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é a "pior dor possível"?			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

<p>9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é a “pior dor possível”?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>10. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face? _____ dias</p>	
<p>11. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>13. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos), onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?</p> <p style="text-align: center;"> </p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>14.a. Alguma vez a sua mandíbula (queixo) já ficou travada de uma forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim → Se você NUNCA teve travamento da mandíbula, passe para a pergunta 15.a → Se você JÁ TEVE travamento da mandíbula passe para a próxima pergunta</p>	0 1
<p>14.b. Este travamento da mandíbula (queixo) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	0 1
<p>15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	0 1
<p>15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve o barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	0 1
<p>15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os dentes quando está dormindo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	0 1
<p>15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	0 1
<p>15.e. Você sente a sua mandíbula (queixo) “cansada” ou dolorida quando acorda pela manhã? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	0 1
<p>15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	0 1

15.g. Você sente desconfortável ou diferente a forma como os seus dentes se encostam?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.b. Você sabe se seus avós, pais ou irmãos já tiveram artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do corpo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha, sem ser a articulação (junta) perto do ouvido? → Se você NÃO teve dor ou inchaço, passe para a pergunta 17.a → Se você JÁ TEVE dor ou inchaço, passe para a próxima pergunta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos doze meses?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)? → Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 18 → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
17.b. A sua dor na face já existia antes da pancada ou trauma ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
18. Durante os últimos 6 meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaqueca?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo) impedem, limitam ou prejudicam?					
a. Mastigar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
b. Beber (tomar líquidos)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
d. Comer alimentos duros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
e. Comer alimentos moles	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
f. Sorrir ou gargalhar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
g. Atividade sexual	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
h. Limpar os dentes ou a face	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
i. Bocejar (abrir a boca quando está com sono)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
j. Engolir	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
k. Conversar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:					
	Nem Um Pouco (0)	Um Pouco (1)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Extremamente (4)
a. Por sentir dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Por ter fraqueza ou tontura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Por sentir “aperto no peito” ou no coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Por ter falta de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Por chorar facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Por culpar-se pelas coisa que acontecem ao seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Por sentir-se só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Por sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Por preocupar-se muito com as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. Por não sentir interesse pelas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p. Por ter músculos doloridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
q. Por ter dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
r. Por ter dificuldade em respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
u. Por sentir um “nó na garganta”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
v. Por sentir-se desanimado sobre o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
w. Por sentir-se fraco em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:	Nem Um Pouco (0)	Um Pouco (1)	Moderada mente (2)	Muito (3)	Extre mam ente (4)	
z. Por comer demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aa. Por acordar de madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

bb. Por ter sono agitado ou perturbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço ou sacrifício	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dd. Por sentir-se inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ff. Por ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. O quanto você acha que tem sido os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?					<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	1 2 3 4 5
22. O quanto você acha que tem sido os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?					<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssimo	1 2 3 4 5
Muito Obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão						

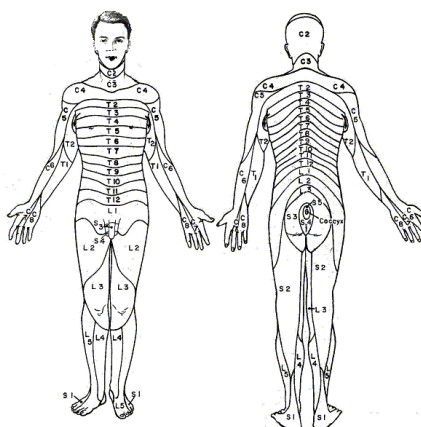
ANEXO D

(FICHA CLÍNICA UTILIZADA PELA EQUIPE MÉDICA DO AMBULATÓRIO DE
ACUPUNTURA E DOR DO HC-UFPE PARA DIAGNÓSTICO DE SFM OU
OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS A DOR)

Nome: _____

Registro: _____

Prontuário Médico

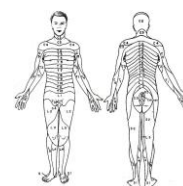


DOR

HC - UFPE



HISTÓRIA CLÍNICA
ANAMNESE/EXAME FÍSICO/EVOLUÇÃO CLÍNICA
AMBULATÓRIO DE ACUPUNTURA E DOR- HCPE



Data:

Registro nº:

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Natural:

Procedente:

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade:

Profissão:

Telefone:

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO DA DOR (QPD):

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA):

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRÉVIO

EMOÇÃO-ESTRESSE-PSIQUISMO

INTERROGATÓRIO SISTÊMICO (IS):

- **Geral:** _____

- **Cabeça e Pescoço:** _____

- **Cardiovascular:** _____

- **Respiratório:** _____

- **Gastrintestinal:** _____

- **Genito-urinário:** _____

- **Neurológico:** _____

- **Músculo-esquelético:** _____

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA (HPP):

HISTÓRIA FISIOLÓGICA (HFi):

HISTÓRIA FAMILIAR (HFA):

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL (HPS):

EXAME FÍSICO**Peso:****Altura:****IMC:****Cabeça e pescoço:** _____

Cardiovascular:

Respiratório:

Abdome:

Extremidades:

Neurológico:

Exames:

HD:

CD:

REGISTRO DOS PONTOS DOLOROSOS (*TENDER POINTS*)

