

CURSO DE ODONTOLOGIA

Tainá Tolotti

PROTOCOLO MÍNIMO PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DTM

Santa Cruz do Sul

2018

Tainá Tolotti

PROTOCOLO MÍNIMO PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DTM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador Prof. Me. José Luiz Martins

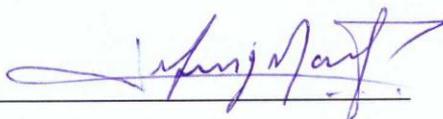
Santa Cruz do Sul

2018

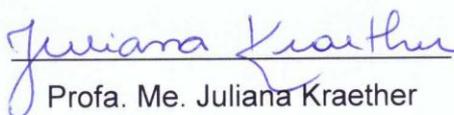
Tainá Tolotti

PROTOCOLO MÍNIMO PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DTM

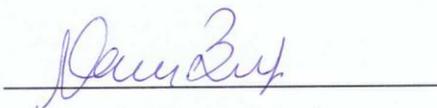
O trabalho de conclusão de curso foi submetido à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC como requisito parcial para obtenção de título de Cirurgião-Dentista.



Prof. Me. José Luiz Martins
Professor Orientador



Profa. Me. Juliana Kraether
Professora Examinadora



Me. Karine Butzke
Examinadora

Santa Cruz do Sul
2018

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro e principal agradecimento é aos meus pais, Valmir e Viviane, por todo apoio e auxílio nesses cinco anos. Meus fiéis protetores, os quais não medem esforços para me fazerem feliz e segura. Além de me ensinarem sobre o amor verdadeiro, me ensinaram a ser uma pessoa verdadeira e honesta em minhas atitudes. Se as pessoas fossem metade do que eles são, com certeza esse mundo seria muito melhor. Um gesto simbólico de agradecimento, pois jamais encontrarei palavras para tanta gratidão.

À minha irmã Tais, à qual inconscientemente me levou para o mundo da Odontologia, o que tornou mais fácil meu caminhar. A convivência e o seu apoio foram fundamentais para o meu conhecimento e para as minhas realizações. Uma irmã amiga e mãe, que está sempre buscando o meu bem e meu melhor.

Ao meu irmão Tiales, que esteve mais distante nessa minha fase da faculdade, porém sempre depositou em mim confiança e apoio, além de ter preservado o nosso laço de irmandade.

Aos demais familiares que vibram e comemoram comigo as minhas conquistas. Uma família, tanto paterna quanto materna, unida, comprometida e principalmente trabalhadora a qual me em orgulho em fazer parte.

A minha dupla de faculdade Ranin Baja, que além de ser uma ótima aluna e dupla, se tornou uma amiga incrível. Foram muitos momentos difíceis, principalmente no início, mas que juntas conseguimos encarar com seriedade e tranquilidade. Uma mulher que respeito e me inspiro, que está sempre disposta a me cuidar e ajudar.

Ao meu namorado Rodrigo, que se fez presente nesses momentos de angústia e também de alegria, me auxiliando para a execução desse trabalho e me apoiando nos momentos que mais precisava. Com sua paciência e cuidado fez com que tudo se tornasse mais simples.

Aos meus amigos verdadeiros que felizmente fiz na faculdade, que estiveram nos melhores e piores momentos durante esses anos. Fizeram o bloco 32 ser um ambiente em que, muitas vezes, eu preferia estar, mais do que em minha própria casa.

Ao meu orientador, que escolhi por ser um profissional excelente e competente, o qual consegue transmitir seu conhecimento de forma simples, bem como o seu carinho pela Odontologia. Um professor atencioso e querido pelos alunos da

faculdade. Também agradeço pela paciência tida nesse período, pois teve que dispor de seu tempo para que eu pudesse apresentar o melhor nesse trabalho.

Aos demais professores, excelentes profissionais e amigos, os quais me fizeram crescer e aprender a cada dia e que levarei com carinho em meu coração.

RESUMO

Todo distúrbio funcional do sistema mastigatório pode ser definido como Desordem Temporomandibular (DTM). Apesar da alta prevalência de DTM apresentada nos indivíduos abalados psicologicamente e de qualidade de vida comprometida, há uma deficiência no diagnóstico da mesma, pois Cirurgiões-Dentistas possuem escasso domínio e conhecimento da área. O objetivo é realizar um protocolo mínimo de diagnóstico para Cirurgiões-Dentistas e estudantes de Odontologia, que mesmo com pouco conhecimento sobre DTMs, consigam realizar um diagnóstico apropriado. O presente trabalho e protocolo foram realizados através de uma revisão literária, com buscas efetuadas no portal de periódicos da capes da UNISC e da PUC-RS, bem como em base de dados, tais como Scielo, PubMed, Springer Elsevier/Science Direct, EBSCO, Wiley Online Library, Google e Biblioteca da UNISC. Dessa forma, o protocolo elaborado visa à simplificação do diagnóstico, que deve ainda ser empregado na prática para poder ser testado sua validade. Porém, acredita-se que com essa proposta, já se tenha uma mudança significativa na vida de pacientes portadores de DTM.

Palavras-Chave: Protocolo; Diagnóstico; Dor.

ABSTRACT

Any functional disturbance of the masticatory system can be defined as Temporomandibular Disorder (TMD). Despite the high prevalence of TMD presented in individuals who are psychologically disturbed and have a compromised quality of life, there is a deficiency in making the diagnosis of this disorder, since Dental Surgeons happen to lack knowledge of the area. The aim is to establish a minimum diagnostic protocol for Dental Surgeons and Dentistry students, who even with little knowledge about TMDs, can make an appropriate diagnosis. The present work and protocol were carried out through a literary review, with searches made in the journal portals of UNISC and PUC-RS, as well as in databases such as Scielo, PubMed, Springer Elsevier/Science Direct, EBSCO, Wiley Online Library, Google and UNISC Library. Therefore, the protocol was designed to simplify the diagnosis, which still needs to be put into practice in order to be able to test its validity. However, it is believed that with this proposal, patients suffering from TMD will have a significant change in their lives.

Keywords: Protocol; Diagnosis; Pain.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Resumo dos músculos da mastigação.....	13
Figura 2 - Função dos músculos da mastigação	14
Figura 3 - Questionário de triagem recomendado para DTM	22
Figura 4 - Questionário anamnésico de Fonseca (Quadro 3)	23
Figura 5 - Modelo de ficha clínica para avaliação inicial de pacientes	24
Figura 6 - Histórico médico.....	24
Figura 7 - Questionário diagnóstico	25
Figura 8 - Sintomatologia principal	26
Figura 9 - Versão em português do questionário <i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II</i> – questões de 1 a 7	27
Figura 10 - Versão em português do questionário <i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II</i> – questões de 8 a 15c	28
Figura 11 - Versão em português do questionário <i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II</i> – questões de 15d a 20i	29
Figura 12 - Versão em português do questionário <i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II</i> – questões de 20j a 25	30
Figura 13 - Versão em português do questionário <i>Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II</i> – questões de 26 a 31	31
Figura 14 - Exame funcional.....	36
Figura 15 - Observações gerais	37
Figura 16 - Índice de Helkimo e Índice de Mobilidade Mandibular (IMM)	38
Figura 17 - Exame clínico	39
Figura 18 - Protocolo parte 1	42
Figura 19 - Protocolo parte 2.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	Desordem temporomandibular.....	11
2.1.1	Desordem temporomandibular muscular.....	12
2.1.2	Desordem temporomandibular articular.....	17
2.2	Diagnóstico	20
2.2.1	História/questionário	21
2.2.2	Exame físico/clínico.....	32
2.2.3	Exames complementares.....	39
2.2.4	Diagnóstico diferencial	40
3	METODOLOGIA.....	41
3.1	Tipo de estudo	41
3.2	Seleção do material bibliográfico.....	41
3.3	Execução do protocolo	41
4	DISCUSSÃO	44
5	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

Todo distúrbio funcional do sistema mastigatório, seja de origem muscular e/ou articular na região crânio-orofacial, que desencadeia grandes limitações por sinais e sintomas dolorosos e/ou funcionais, pode ser definido como Desordem Temporomandibular, também chamada de DTM (PALLA, 2004; OKESON; LEEUW, 2011; OKESON, 2013). Sendo assim, pacientes portadores de DTM apresentam, normalmente, abalamento psicológico e qualidade de vida comprometida (RESENDE et al., 2013).

Apesar da presença impactante de DTM nos indivíduos, há estudos que evidenciam que portadores de DTM são diagnosticados e tratados de forma inadequada e insuficiente. Estudos realizados durante as últimas décadas em vários países, como Alemanha, Coréia, Estados Unidos, Suécia e Reino Unido demonstram como Cirurgiões-Dentistas possuem pouco domínio e falta de conhecimento para um diagnóstico e tratamento adequado. Há uma grande evidência que o conhecimento precário de DTM se inicia pela falta dessa área de atuação na grade curricular da graduação dos Cirurgiões-Dentistas (REISSMANN et al., 2015).

Destaca-se que, mesmo sabendo que para um bom tratamento é necessário um correto diagnóstico, não há um método confiável que possa ser usado de forma absoluta para diagnosticar uma DTM, sendo que cada paciente possui um diagnóstico específico (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010; OKESON, 2013).

Entretanto, um protocolo para diagnóstico pode facilitar e qualificar a realização do mesmo, devido à padronização de perguntas e exames que são efetuados. Há um protocolo que tem sido usado como referência, o RDC/TMD (Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular). Criado em 1992, para pesquisadores e clínicos, como diagnóstico de maior sucesso, confiabilidade e validade de DTM. O mesmo já foi melhorado para DC/TMD (Critérios Diagnósticos em Disfunção Temporomandibular) em 2014, devido à necessidade de modernização, porém ainda não há tradução para o português. Esses protocolos se tornam complicados para um clínico geral e estudantes devido à extensão e complexidade do mesmo (OKESON, 2018; STEENKS; TÜRP; WIJER, 2018; SVENSSON; BENDIXEN, 2018).

Desse modo, considera-se que, implementar um protocolo de exame clínico para diagnóstico em DTM, facilite o percurso de acadêmicos de Odontologia e de Cirurgiões-Dentistas para realizar um diagnóstico adequado e como consequência um tratamento apropriado, melhorando a qualidade de vida da comunidade. Além de poder introduzir gradativamente esse conteúdo na trajetória clínica dos estudantes, professores de Odontologia e Cirurgiões-Dentistas, os quais, na maioria das vezes, não destinam seu tempo para diagnosticar essas alterações que acarreta em grandes injúrias aos pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Desordem temporomandibular

A capacidade de entender qualquer desordem começa com a terminologia. Com o passar dos anos, os distúrbios do sistema mastigatório foram denominados por uma variedade de terminologias, porém alguns autores acreditavam que os termos usados eram muito limitados e que um termo mais amplo e coletivo deveria ser empregado. Assim, o termo definido por eles foi Desordens Temporomandibulares (OKESON, 1998b). É denominado como o melhor e o mais popular termo usado até hoje (OKESON, 2013).

O termo DTM é amplamente utilizado para descrever qualquer condição que resulta em dor/disfunção originada da articulação temporomandibular (ATM), dos músculos da mastigação ou de ambos. Em circunstâncias normais, existe uma relação ordenada entre os músculos e as articulações da mandíbula e dentes (BOUSHELL; RITTER, 2008).

Também denominado de mioartropatia do sistema mastigatório, entendido como uma alteração do sistema mastigatório com origem na ATM e/ou na musculatura mastigatória, sucedendo diversos problemas clínicos (PALLA, 2004). Esse sistema mastigatório é formado por ossos, articulações, ligamentos, dentes e músculos, responsáveis pela mastigação, fala e deglutição, com alguns de seus componentes e atividades relevantes para o paladar e respiração (OKESON, 2013).

A DTM é um distúrbio de complexo entendimento e multifatorial, por domínios genéticos ou ambientais. Ou seja, não há um único fator etiológico ou um único modelo teórico para interpretar o aparecimento deste distúrbio, necessitando um exame abrangente e meticuloso. A DTM se desenvolve mais facilmente em pessoas com saúde relativamente precária, seja na forma de comorbidades ou outras condições de dor, má qualidade de sono ou tabagismo, embora possa atingir qualquer tipo de pessoa (SLADE et al., 2016).

A definição de uma causa transparente e universal de DTM está em descaso justamente devido à etiologia complexa e multifatorial, ou seja, ela é controversa. Os fatores que causam o aparecimento de DTM são chamados de fatores de iniciação, os que interferem na progressão de DTM são chamados de fatores de perturbação e os que aumentam o risco de DTM são chamados de fatores predisponentes. Sendo

assim, não há um fator etiológico ou um modelo teórico padrão que possa interpretar a origem das DTMs (CHANG et al., 2018).

A etiologia é representada como multidimensional, biomecânica, neuromuscular, biopsicossocial que pode contribuir para um transtorno neurobiológico. Os fatores são classificados como predisponentes (estrutural, metabólico e/ou condições psicológicas), iniciador (trauma, carga repetitiva) e agente agravante (parafunção, hormonal ou psicossocial), os quais todos enfatizam a progressão da DTM. Esses fatores são importantes, pois ajudam na compreensão de cada caso de distúrbio. Para abordar claramente os problemas é necessário um cauteloso exame clínico (ORAL et al., 2009).

A dor nos músculos mastigatórios e na ATM são os principais sintoma das DTMs, também pode ser caracterizado por dor nas estruturas associadas, por limitações ou desvios na movimentação da mandíbula, e por sons nas ATMs, durante a função mandibular (OKESON, 1998a).

A DTM é a causa mais frequente de dor facial e é a segunda condição musculoesquelética de ocorrência mais comum (após dor lombar crônica), resultando em dor e incapacidade. Metade a dois terços daqueles com distúrbios da ATM procurarão tratamento e cerca de 15% dos pacientes desenvolverão DTM crônica (NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH, 2018).

2.1.1 Desordem temporomandibular muscular

Para se compreender as desordens musculares é necessário ter conhecimento de que os ossos do nosso corpo são sustentados e também movidos por músculos, sendo que para realizar os movimentos da mastigação há um grupo de músculos que são responsáveis por essa atividade (OKESON, 2013).

Quatro pares de músculos formam um grupo chamado de “músculos da mastigação”, sendo eles, o temporal, masseter, pterigoideo lateral e medial. Já o músculo digástrico não é considerado um músculo da mastigação, mas desempenha um papel fundamental na mesma. O músculo temporal possui três feixes. Realiza a elevação mandibular durante a sua contração, tendo origem na fossa temporal e inserção no processo coronóide da mandíbula. O músculo masseter, principal elevador da mandíbula, tem origem no arco zigomático e inserção na face externa do ângulo e ramo da mandibular. O músculo pterigoideo lateral, ao contrário, realiza a

protusão da mandibular. Tendo sua origem no processo pterigoide do osso esfenóide e inserção no colo da cabeça da mandíbula e algumas fibras no disco articular. O músculo pterigoideo medial realiza a elevação e lateralidade da mandíbula, com origem no processo pterigoide do osso esfenóide, e inserção na face interna do ângulo e ramo mandibular. O músculo digástrico é responsável pela abertura da mandibular. O ventre posterior se origina na incisura mastoidea com inserção no tendão intermediário inserido no osso hioide. O ventre anterior se origina na fossa da superfície lingual da mandibular e com inserção no mesmo tendão (OKESON, 2013).

Os figuras abaixo exibem um resumo dos músculos da mastigação e associados, apontando a inserção, origem e inervação (Figura 1). A Figura 2 representa a função desses músculos. Para o autor, o pterigoideo medial é descrito como pterigoideo interno, bem como o pterigoideo lateral como externo.

Figura 1 - Resumo dos músculos da mastigação

Músculos	Origem	Inserção	Inervação
Elevadores			
M. masseter	Ossos zigomáticos	Face externa do ângulo e ramo da mandíbula	Nervo trigêmeo (V ₃)
Parte superficial	Processo zigomático do osso maxilar	As fibras anteriores juntam-se à inserção da parte superficial	Nervo trigêmeo (V ₃)
Parte profunda	Porção posterior do arco zigomático	Fibras posteriores: na base do processo coronóide	
Músculo temporal	Face temporal Crista infratemporal	Processo coronóide Fossa endocoronóide até o triângulo retromolar	Nervo trigêmeo (V ₃)
M. pterigóideo interno	Fossa pterigóidea da protuberância do maxilar	Face interna do ângulo e do ramo da mandíbula	Nervo trigêmeo (V ₃)
Abaixadores			
M. digástrico			
Ventre posterior, transição para o ventre anterior	Processo mastóideo Osso hioide	Osso hioide Fossa digástrica	Nervo facial (VII) Nervo trigêmeo (V ₃)
M. milo-hioideo	Linha milo-hioidea	Osso hioide	Nervo trigêmeo (V ₃)
M. gênio-hioideo	Apófise mentoniana inferior	Osso hioide	Nervo hipoglosso (XII)
M. pterigóideo externo	Osso esfenóide Crista infratemporal	Disco articular Face anterior da cápsula articular	Nervo trigêmeo (V ₃)
Porção inferior	Processo pterigóide Osso esfenóide	Fosseta pterigóidea Osso mandibular	Nervo trigêmeo (V ₃)
M. estilo-hioideo	Processo estilóide	Corpo do osso hioide	Nervo facial (VII)

Fonte: Steenks e Winjer (1996).

Figura 2 - Função dos músculos da mastigação

	Elevação	Abaixamento	Deslocamento para a frente	Deslocamento para trás	Ipsi*	Contra*
M. masseterino	+	-	+	-	-	+
M. temporal						
Parte anterior	+	-	+	-	-	±
Parte posterior	+	-	-	+	+	-
M. pterigóideo interno	+	-	+	-	-	+
M. pterigóideo externo						
Parte superior	+	-	+	-	-	+
Parte inferior	-	+	+	-	-	+

Fonte: Steenks e Winjer (1996).

*desvio látero-ipsilateral e desvio látero-contralateral

Mesmo sabendo que os sinais e sintomas de DTM não são absolutos, os músculos da mastigação possuem algumas características quando afetados, resultando em dor e/ou disfunção (PALLA, 2004). A patogênese dessas dores musculares se deve à hiperatividade muscular, traumatismos e fatores inflamatórios (OKESON, 1998b).

A dor sentida nos músculos do sistema mastigatório é denominada como mialgia, comumente associada à sensação de tensão ou fadiga muscular (OKESON, 2013). A dor muscular pode ser aguda ou crônica, localizada ou estendida a grupos musculares, como os músculos da mastigação, facial, cervical (ROBIN, 2015).

Geralmente a dor muscular é denominada difusa e unilateral, por vezes podendo ser bilateral e do tipo migratória, bem como originar-se de um ou mais músculos. Na palpação dos músculos mastigatórios referem dor no ouvido, região pré-auricular, face, ângulo de mandíbula, fundo de olho, têmpora e nuca, sendo que essa dor pode se espalhar à região do crânio e pescoço. Normalmente a dor é relatada como pressão e cansaço, porém, pode-se apresentar como pontadas, latejamento, espasmo e queimação (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Existem pelo menos cinco tipos de dores musculares distintas e que precisam ser diferenciadas: dor miofascial (ponto de desencadeamento), sensibilidade muscular de início tardio (sensibilidade muscular local), co-contração simultânea

protetora (travamento muscular), mioespasmos e miosite, sendo estas duas menos frequentes. A fibromialgia também poderia ser considerada, porém necessita ser discutida (OKESON, 1998b).

A dor miofascial é a mais frequente desordem de dor muscular. É conhecida como hipersensível em pontos de gatilhos e o efeito mais comum é a dor referida. As causas podem ser: uso contínuo do músculo, distúrbio do sono, hábitos posturais e fatores sistêmicos. Sendo assim, os sinais encontrados caracterizam-se por uma disfunção estrutural pela dor, dor mesmo em repouso que pode aumentar com a função e quando provocadas nos pontos de gatilhos (OKESON, 2013).

A sensibilidade muscular de início tardio se caracteriza pela resposta muscular em fadiga, por um traumatismo ou pelo uso prolongado do músculo. Os sintomas normalmente são endurecimento muscular, sensibilidade à palpação e dor durante as contrações musculares (FRICTON, 2007).

A partir de um protocolo experimental, envolvendo contrações musculares concêntricas e excêntricas, mostra-se o que pode provocar uma dor muscular tardia nos músculos da mandíbula de indivíduos saudáveis. Os sinais e sintomas induzem a um diagnóstico temporário de dor miofascial, de acordo com a RDC/TMD nestes indivíduos. Isso reforça a suposição de que a dor miofascial em portadores de DTM pode ser uma manifestação de dor muscular tardia nos músculos da mandíbula (KOUTRIS et al., 2013).

A co-contracção simultânea protetora é uma resposta do organismo frente a uma ameaça, como por exemplo, uma prótese instalada em supra-oclusão. Ela dura apenas alguns dias, porém se não for tratada, pode evoluir para uma disfunção miálgica aguda (OKESON, 1998b).

A miosite é uma inflamação do músculo e tecido conjuntivo, aguda, localizada, caracterizada por dor e inchaço, sendo que as causas locais se devem ao uso e estiramento excessivo, consumo de drogas (Ecstasy), infecção local, trauma ou celulite (FRICTON, 2007).

O mioespasmo é uma contração crônica induzida pelo SNC (sistema nervoso central), que se assemelha com as características de cãibra. A duração é de apenas alguns minutos. Mioespasmos são facilmente reconhecidos pela função estrutural que ocasionam, no entanto, ainda não há uma etiologia bem documentada (OKESON, 2013).

A síndrome da fibromialgia (SFM) é uma síndrome dolorosa crônica. Ela apresenta um conjunto de circunstâncias que consistem em elementos que predisõem e estimulam as DTMs. Dessa forma, pode-se esclarecer a alta prevalência de sinais e sintomas de DTM em pacientes com fibromialgia (GUI; PIMENTEL; RIZZATTI-BARBOSA, 2015).

A dor muscular aguda pode ser resultante de qualquer atividade muscular anormal, seja por intensidade e/ou duração prolongada. Essas atividades anormais podem se apresentar como uma parafunção oral (bruxismo, ato de apertar ou ranger os dentes), uma mastigação prolongada com alimentos pegajosos ou duros, uma abertura de boca prolongada (extrações de dentes, intubações) e também como uma postura mandibular fora do centro (durante o sono). A dor resultante se assemelha com a dor muscular que ocorre após exercício físico intenso (ROBIN, 2015).

Essa dor pode ser considerada crônica quando ocorrer por, no mínimo, seis meses ou mais. A mialgia crônica resulta em dor quase permanente, não só durante a função, mas também em repouso, com tendência de se difundir para vários músculos da região cervicofacial. As características principais da mialgia crônica são dor permanente, agravada pela função, limitação dos movimentos mandibulares, dor à palpação e uma extensão frequente a outros grupos musculares do rosto e pescoço (BENOLIEL et al., 2011).

A dor sentida nos músculos da mastigação pode ser originária deles mesmos ou também pode se irradiar para a região orofacial e outros, como ombro e pescoço. É importante ressaltar que a dor muscular é mais frequente que a dor articular da ATM (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

O masseter é o músculo mais afetado, devido a sua carga máxima durante as atividades funcionais e parafuncionais (MANOLOPOULOS et al., 2008). Entretanto, por maior que seja a gravidade da desordem, medida pela FAI (Índice Anamnésico de Fonseca) associada com o limiar de dor por pressão, apresenta um limiar de dor relativamente baixo no músculo masseter (HERPICH et al., 2018a).

Segundo Okeson (1998b), por vezes, a dor pode apresentar-se apenas por uma sensação de pressão, todavia, em outros casos, essa dor pode intensificar-se em uma potência insuportável, sendo ela transitória ou persistente, constante, intermitente ou recorrente.

No entanto, cada paciente possui uma maneira de expressar e sentir a dor. Dessa forma, não há coerência em medir a dor com base apenas na intensidade e

também é muito subjetivo qualificar as consequências dessa dor na vida do paciente (PALLA, 2004).

Não existe uma relação única entre o uso excessivo do músculo e a dor muscular. Ou seja, pode ser observado clinicamente em pacientes com DTM com bruxismo, por exemplo, que não apresentam sinais de dor, porém um desgaste dental grave como principal sintoma. Desse modo, a dor muscular é um sintoma clínico comum, entretanto os músculos podem ser apenas desencadeadores de alterações, como os desgastes dentários, limitações de movimentos e também uma má oclusão repentina (PEŞKERSOY et al., 2016).

2.1.2 Desordem temporomandibular articular

A ATM é a área onde a mandíbula se articula com o crânio, realizando movimentos complicados como de abertura, fechamento, lateralidade, retrusão e protusão, durante os quais há rotação e translação do côndilo (cabeça da mandíbula), sendo considerada uma das articulações mais complexas do corpo (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

Os componentes ósseos da articulação, o côndilo mandibular posicionado na fossa mandibular do osso temporal é separado por uma estrutura chamada de disco articular, considerado um terceiro osso, que permite os movimentos complexos da articulação. O disco articular tem sua forma definida pela morfologia do côndilo, na fossa mandibular, e que pode adaptar-se às demandas funcionais das superfícies articulares. Ele é em forma de gravata borboleta, formado por tecido conjuntivo denso, isento de vasos sanguíneos e fibras nevósas, exceto a margem extrema do disco que é superficialmente inervada. De acordo com sua espessura, ele pode ser dividido em três partes. Uma área central, chamada de zona intermediária, e suas extremidades, superior e inferior. A sua parte posterior está inserida numa área chamada de tecido retrodiscal ou ligamento capsular posterior, o qual é formado por um tecido conjuntivo frouxo e extremamente inervado e vascularizado. O disco articular se insere no ligamento capsular anterior e posterior, medial e lateralmente, sendo que as duas últimas áreas dividem a articulação em duas cavidades distintas. Uma superior, que é definida pela fossa mandibular e pela superfície superior do disco, e uma inferior que é delimitada pelo côndilo mandibular e pela superfície inferior do disco. A importância dessa divisão se dá pelo fato das superfícies internas das cavidades serem revestidas

por células endoteliais especializadas, que produzem a membrana sinovial. Juntamente com outra membrana sinovial especializada, que está localizada na borda anterior dos tecidos retrodiscais formam o líquido sinovial que preenche essas cavidades. O líquido sinovial age como um meio para preparar as necessidades metabólicas para esses tecidos e também como um lubrificante entre as superfícies articulares, durante a função (OKESON, 2013).

Para sustentar a função normal da ATM, o disco deve ser mantido na posição correta, bem como manter sua forma normal em todas as circunstâncias. Quando o disco não estiver mais na sua posição normal durante a função, pode ocorrer distúrbio da articulação que levará a subseqüentes distorções do disco (CHANG et al., 2018).

As dores de qualquer estrutura articular, incluindo as dores de ATMs, são chamadas de artralguas. A origem da dor da ATM geralmente provém de uma força excessiva exercida pelos músculos da mastigação, normalmente decorrida de um trauma mandibular, de uma disfunção do complexo côndilo-disco (luxações discais) ou de um dano degenerativo das superfícies articulares (artrite). A dor é comumente funcional, desencadeada por movimentos mandibulares, mas também pode ser espontânea (ROBIN, 2015).

As alterações articulares compreendem anormalidades de deslocamento de disco, degenerativas e neoplásicas, sendo que a ATM pode também ser afetada por anormalidades congênitas, inflamatórias e doenças sistêmicas. Os sinais e sintomas mais frequentes na DTM articular são: dor à atividade funcional da mandíbula, limitação dos movimentos mandibulares e sons articulares. Há outros sinais clínicos que sugerem problemas articulares, como alteração radiográfica, alterações oclusais secundárias, travamento mandibular, irregularidades nos movimentos, edema ou inchaço, ruídos, limitações de amplitude dos movimentos articulares e dor articular (SIQUEIRA, TEIXEIRA, 2012).

Assim, entre as patologias encontradas na ATM, pode-se descrever o deslocamento do disco como a mais frequente. Esse deslocamento é uma consequência de alterações anatômicas, devido à alguma parafunção entre o côndilo e o disco. Esses deslocamentos podem ser para anterior, medial, lateral, anterolateral, anteromedial e posterior. Pode-se denominar deslocamento do disco com redução, quando a relação côndilo-disco está alterada com a boca fechada e retorna à posição normal com a boca aberta, que normalmente produz um “ruído de clique”. O descolamento com redução pode evoluir para um deslocamento sem redução. Nesta

última, o disco não recupera a posição normal com a boca aberta e permanece deslocada durante todo movimento. Nenhum ruído é escutado, podendo haver dor (MONGINI, 1998).

Quando há um deslocamento do disco sem redução, a abertura de boca não atinge mais a sua extensão máxima, ou seja, não permite a translação completa do côndilo. Uma vez que isso ocorre em apenas um dos lados, a linha média é desviada para esse lado. Pode ser bilateral (OKESON, 1998b).

As artralguas inflamatórias mais comuns na ATM são a capsulite e a retrodiscite. A capsulite é resultado de um trauma mandibular que provoca um alongamento excessivo da cápsula articular, tendo assim dor ao exercer função, dor à palpação e limitação de movimentos. A retrodiscite é causada por um trauma local ou por um esforço repetitivo (que também pode ocasionar um deslocamento do disco). Desta forma há um edema local, dor acentuada ao apertamento dos dentes, dor à palpação quando a boca está aberta e dor reduzida quando interposto um dispositivo entre os dentes em oclusão, do lado afetado (ROBIN, 2015).

A artrite é um processo inflamatório das superfícies articulares, sendo que pode ser dividida em três tipos: osteoartrite, osteoartrose e poliartrite. A osteoartrite é causada devido à sobrecarga nas estruturas articulares. Normalmente a abertura mandibular é limitada, devido à dor articular, sensação térmica, crepitação e a palpação que aumenta a dor. Para haver uma desmineralização óssea visível deve-se sentir os sintomas por, no mínimo, seis meses. A osteoartrose é uma evolução da osteoartrite, onde há remodelação da morfologia óssea, mesmo que estável. É comum a crepitação e alteração na imagem radiográfica da região, porém não há dor. As poliartrites são menos frequentes e possuem muitas categorias, como exemplo artrite infecciosa, reumatoide, anquilosante, entre outras. Os sintomas se assemelham com os da osteoartrite, mas as causas específicas são diferentes (OKESON, 2013).

A dor, assim como nos distúrbios musculares, pode ser desencadeadora de uma desordem e vice-versa. As ATMs são geralmente associadas a ruídos articulares (crepitações/estalos) e/ou alterações da cinemática mandibular (limitação, projeção ou desvio de abertura). Esses distúrbios, predominantemente, são chamados de capsulite, retrodiscite, luxação do disco irreduzível e crise de artrite (ROBIN, 2015). A prevalência de desfragmentação interna da ATM é de mais de 20% da população (CHANG et al., 2018).

2.2 Diagnóstico

Embora o termo DTM seja usado com frequência, ele não indica claramente um diagnóstico. Cirurgiões-dentistas são responsáveis por examinar e diagnosticar a condição específica que esteja acometendo um paciente e por recomendar o tratamento com base nesse diagnóstico individual (BOUSHELL; RITTER, 2008).

O diagnóstico preciso de desordem de dor crônica da boca, dos maxilares e da face é bastante complexo, porque existem múltiplas estruturas localizadas em uma pequena região anatômica que podem ser uma fonte de sensações dolorosas. A dor pode se originar em múltiplas estruturas, incluindo dentes, sinusite, olhos, nervos, vasos sanguíneos, ATM e dos músculos mastigatórios (STERN; GREENBERG, 2013).

Dessa forma, a DTM é identificada através de um processo de exame cuidadoso e detalhado, iniciando com a exploração de informações, para assim poder interpretar os achados clínicos recolhidos de um exame anamnésico minucioso (BOUSHELL; RITTER, 2008).

Há problemas significativos no diagnóstico de DTM, porque as classificações são baseadas principalmente nos sinais e sintomas, e não na etiologia. A abordagem tradicional para o diagnóstico de DTM é baseada no modelo médico de ouvir principais queixas do paciente, registrando histórias subjetivas e obter resultados físicos a partir do exame clínico (PERUZOVIC, 2010).

Entretanto, há diversos sinais e sintomas clássicos que, infelizmente, muitos profissionais não conseguem diagnosticar como DTM. Durante o exame intraoral, o Cirurgião-Dentista deve realizar perguntas de histórico anamnésico, quando se encontram sinais como, por exemplo, ceratoses na bochecha, que 60,59% dos pacientes com DTM apresentam (ALZAHM, 2017).

Enxaquecas crônicas também podem ser solucionadas com um bom diagnóstico e tratamento de DTM. A maioria dos Cirurgiões-Dentistas estão familiarizados com este sinal de DTM (enxaquecas crônicas) e seus problemas de saúde orais associados (lesões cervicais, desgaste oclusal). Entretanto, os pacientes não possuem esse conhecimento de associação entre as duas doenças, dessa forma, quando procuram o Cirurgião-Dentista pelos seus problemas orais, acabam descobrindo a causa das enxaquecas (PEŞKERSOY et al., 2016).

Todavia, é comum que pacientes com dor orofacial crônica consultem vários médicos e recebam tratamento ineficaz antes que um diagnóstico correto seja alcançado. Este é um problema significativo de saúde pública. Os Cirurgiões-Dentistas podem minimizar o erro, iniciando o procedimento de diagnóstico com uma anamnese cuidadosa e precisa e um exame completo da cabeça e pescoço, seguido por um diagnóstico diferencial cuidadosamente construído. A possibilidade de o paciente apresentar sintomas de uma doença subjacente com risco de morte, em vez de um distúrbio dentário ou temporomandibular mais comum, deve ser sempre considerada (STERN; GREENBERG, 2013).

Importante destacar a predominância de DTM em pacientes femininos, com média de 35 anos de idade, normalmente associada ao trabalho (DONNARUMMA et al., 2010). Há estudos que mostram que a população de pacientes femininos com disfunção de ATM é mais do que 80%, no entanto, não houve nenhuma explicação conclusiva para este aumento da ocorrência (DHANDA et al., 2018).

2.2.1 História/questionário

A anamnese pode ser realizada a partir de uma conversa para reconhecimento do paciente, conduzida de forma sistemática de forma a saber sobre fatos ou circunstâncias referentes ao estado de saúde pessoal, familiar e hereditário. A finalidade é formular hipóteses e facilitar o processo de diagnóstico a partir da história relatada pelo paciente (BERGWALD et al., 1990).

Tanto a história médica passada quanto a revisão médica atual, história de familiares e história social, são estabelecidas como essenciais, devido a cada informação ser responsável pelas hipóteses de diagnóstico. Uma história detalhada da doença atual é imprescindível no diagnóstico de uma dor facial aguda ou crônica. O Cirurgião-Dentista deve obter um relato detalhado da dor, que inicia com o aparecimento de sintomas incluindo a frequência, duração, a qualidade (isto é, queimadura, dor, lancinante), localização e gravidade. Os sintomas associados podem acompanhar a dor facial, bem como serem fatores agravantes. Assim, fornecendo informações valiosas de diagnóstico (STERN; GREENBERG, 2013).

Uma história clínica concreta é o aspecto mais significativo no diagnóstico da dor complexa, considerado mais importante que o exame clínico. Um ouvinte cuidadoso proporciona que o paciente relate o seu problema de forma precisa. A obtenção da

história clínica pode ser obtida por meio da fala ou da escrita. Um formulário/tabela fornece informações de sequência lógica, intuindo questões apropriadas e assim assegurando o profissional a lembrar de todas as perguntas (OKESON, 1998a).

Para se obter bons resultados durante a realização da anamnese, exploram-se os seguintes assuntos: descrição de transtornos feitos pelo paciente, sofrimento atual (tipo, intensidade, qualidade), anamnese familiar, desenvolvimento e formação pessoal, anamnese pessoal e alguma patologia em geral. Algumas perguntas permitem ao paciente descrever seus próprios transtornos, o motivo da consulta e também expressar as suas expectativas (PALLA, 2004).

A avaliação de triagem básica deve consistir de um questionário, uma história breve e um exame clínico. O objetivo da avaliação é determinar a presença ou não de sinais e sintomas associados à dor orofacial ou DTM. Apesar dos questionários serem considerados confiáveis e de validade, devem ser interpretados com cautela, pois os resultados podem estar em desacordo com os achados clínicos (SMITH et al., 1992).

O questionário para avaliação de DTM, recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial, é usado inicialmente como triagem. A partir do número de respostas positivas será realizado um exame mais preciso e minucioso de DTM (Figura 3) (OKESON, 1998a).

Figura 3 - Questionário de triagem recomendado para DTM

Questionário de Triagem Recomendado para DTM
1. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir sua boca, por exemplo, ao bocejar?
2. Sua mandíbula fica "presa", "travada" ou "sai do lugar"?
3. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?
4. Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?
5. Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade?
6. Você tem dor nas ou ao redor das orelhas, têmporas ou bochechas?
7. Você tem cefaléias, dores no pescoço ou nos dentes com frequência?
8. Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?
9. Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?
10. Você fez tratamento recente para um problema não-explicado de dor facial ou na articulação?

Fonte: Okeson (1998a)

Para cada uma das questões do questionário de Fonseca são possíveis três respostas (sim, não e às vezes), às quais são estabelecidas com uma pontuação,

sendo que através da somatória dos pontos atribuídos obtém-se um índice anamnésico que permite classificar os pacientes em categorias de severidade de sintomas: sem DTM (0 a 15 pontos), DTM leve (20 a 45 pontos), DTM moderada (50 a 65) e DTM severa (70 a 100 pontos) (Figura 4) (FONSECA et al, 1994).

Figura 4 - Questionário anamnésico de Fonseca (Quadro 3)

Quadro 3 Questionário anamnésico de Fonseca¹⁴ (com o qual se obtém o Índice Anamnésico de Fonseca)

Pergunta	Sim (10)	Não (0)	Às vezes (5)
Sente dificuldade para abrir a boca?			
Você sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?			
Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
Sente dores de cabeça com frequência?			
Sente dor na nuca ou torcicolo?			
Tem dor de ouvido ou na região das articulações (ATMs)?			
Já notou se tem ruídos na ATM quando mastiga ou quando abre a boca?			
Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes (mascar chiclete, morder o lápis ou lábios, roer a unha)?			
Sente que seus dentes não se articulam bem?			
Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?			
Obtenção do índice:	Índice anamnésico		Grau de acometimento
Soma dos pontos atribuídos acima	0 - 15		Sem DTM
	20 - 40		DTM leve
	45 - 65		DTM moderada
	70 - 100		DTM severa

Fonte: Fonseca et al. (1994)

A avaliação inicial deve conter um modelo convencional de investigação clínica para obtenção do diagnóstico, ou seja, um questionário. Assim sendo, o desafio começa em saber exatamente qual é a queixa do paciente, a fonte da queixa e como tratá-la (Figuras 5 e 6) (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Figura 5 - Modelo de ficha clínica para avaliação inicial de pacientes

Quadro 3: Modelo de ficha clínica utilizada para avaliação inicial dos pacientes com dor orofacial ou anormalidades temporomandibulares.

Equipe de Dor Orofacial/ATM (EDOF/HC)
DIVISÃO DE ODONTOLOGIA do HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Data: / / . CD: _____ Procedência: _____
 Profissão: _____
 Nome: _____ Cor: () B; () N. Idade: _____
 Sexo: () M; () F

I - QUEIXA PRINCIPAL

Duração _____ / () Diária () 2-3 vezes semana () semanal () quinzenal () mensal () manhã
 () tarde () noite () indiferente
 Fator Inicial: _____
 Fatores de acalmia da dor: () medicamentos, () frio, () calor, () _____
 Fatores de piora: () frio () calor () doce () menstruação () tensão emocional () _____
 Características da dor: () pontada () peso () queimor () choque () latejar () outro _____
 () fraca () moderada () forte () intermitente () contínua () outro _____
 Local: () Unilateral E D () Bilateral.
 Surgimento da dor: () Espontânea () S () N ou () Provocada: () lateralidade D () lateralidade E () Protrusão
 () Abertura bucal máxima () mastigação () fala () bocejo () _____
 Quando tem dor você localiza? () S, () N. Aponte: _____
 Tratamentos realizados para a sua queixa (QP) _____

Sente o rosto cansado: () ao acordar () ao mastigar () ao falar () ao sorrir () _____
 Possui hábito de morder: () língua () bochecha () lábio () objetos () _____
 Você mastiga: () lado esquerdo () lado direito () bilateral () na frente () _____
 Ruídos articulares (sub): () N () S: uni (D,E), Bil, mastigação, fala, outro: _____
 Range os dentes: () S - quem disse? _____ () N () não sabe
 Dor no corpo: () N () S: _____
 Está ou esteve recentemente em tratamento médico? () N () S: _____

Fonte: Siqueira e Teixeira (2001)

Figura 6 - Histórico médico

II - HISTÓRICO MÉDICO (APARELHOS E SISTEMAS)

Tem ou teve: S ou N; Tratamento e duração

1- Artrite reumatóide () ()	2- Febre Reumática () ()	3- Fibromialgia () ()
4- Síndrome dolorosa miofascial () ()	5- Gastrite () ()	6- Úlcera () ()
7- Doenças carenciais () ()	8- Psiquiátricas () ()	9- AVC () ()
10- Parkinson () ()	11- Labirintite () ()	12- Sinusite () ()
13- Rinite Alérgica () ()	14- Enxaqueca () ()	15- Dor de cabeça () ()
16- Diabetes () ()	17- Herpes Zoster () ()	18- Cardiopatias () ()
19- Hepatite, Infecções ()	20- Hipertensão () ()	21- Outro

Medicação em uso: _____

Fonte: Siqueira e Teixeira (2001)

Criado por Palla (2004), a outra forma de questionário de diagnóstico se baseia nas figuras 7 e 8.

Figura 7 - Questionário diagnóstico

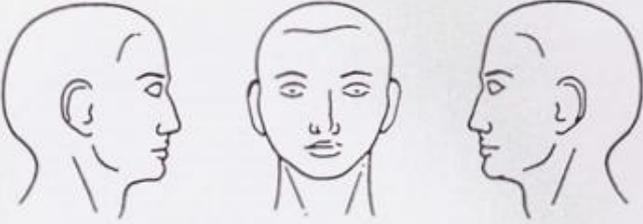
Questionário diagnóstico		Data
1. Tem dor de dente? Na maxila <input type="radio"/> Na mandíbula <input type="radio"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Teve dores à frente, atrás ou no ouvido? À direita <input type="radio"/> À esquerda <input type="radio"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Tem dores comendo, bocejando, abrindo a boca ou falando?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Tem dificuldade para abrir a boca completamente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. A abertura da boca é travada?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tem dificuldade de movimentar a mandíbula para a direita, esquerda ou para frente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Alguma vez não pôde fechar a boca?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Sente crepitação <input type="radio"/> estalo <input type="radio"/> na articulação temporomandibular? De que lado? Direito <input type="radio"/> Esquerdo <input type="radio"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Pela manhã, quando acorda, sente a mandíbula cansada ou rígida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Disseram-lhe que range os dentes à noite?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Aperta ou range os dentes? De dia <input type="radio"/> De noite <input type="radio"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12. Acha que seus dentes se encaixam bem? Se não, modificou sua oclusão recentemente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13. Você tem cefaléia? Quase nunca <input type="radio"/> 1-2/mês <input type="radio"/> 1-2/semana <input type="radio"/> diariamente <input type="radio"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14. Sofre de tensões musculares na nuca, ombros ou face? Direita <input type="radio"/> Esquerda <input type="radio"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15. Sofre de dores na nuca ou nos ombros?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
16. As dores acima mencionadas influenciam sua vida particular ou profissional? Que dores?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Que atividades não pode realizar?		
17. Sente dor em outras partes do corpo? Onde?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
18. Tem dificuldade para dormir por causa da dor? <input type="radio"/> Por ansiedade ou preocupações? <input type="radio"/> Acorda freqüentemente? <input type="radio"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Toma soníferos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Fonte: Palla (2004)

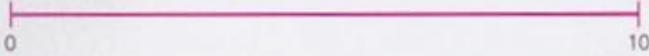
Figura 8 - Sintomatologia principal

Sintomatologia principal

Indique a localização principal da dor e de onde se irradia. Caso sofra de várias dores, use cores diferentes para descrever sua localização.



Em uma escala de 0 a 10, durante a última semana teve:

Dor média 

Dor máxima 

Dor mínima 

0 = nenhuma dor
10 = a dor mais forte imaginária

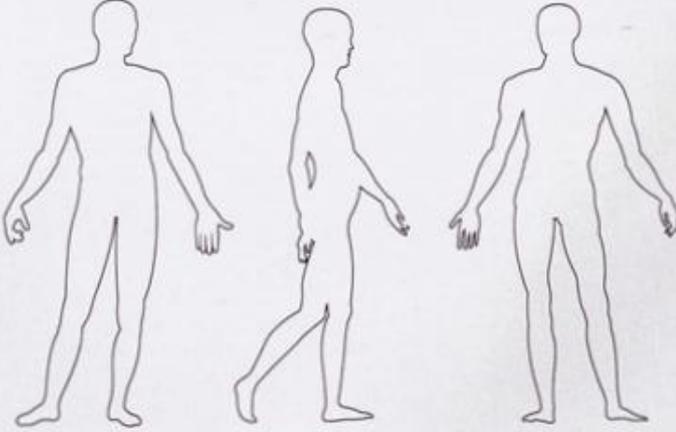
Tipo da dor: aguda surda queimante pulsante pesada lacerante
ou _____

Descreva os fatores e/ou situações que influem na dor.

Aumento _____

Diminuição _____

Indique a localização de todas as outras formas de dor das quais sofre.



Fonte: Palla (2004)

O protocolo de diagnóstico de maior sucesso, confiabilidade e validade de DTM é conhecido como RDC/TMD. Este protocolo, publicado em 1992, propõe um diagnóstico duplo, dividido por eixos. O Eixo I se refere ao diagnóstico físico e o Eixo II, ao estado psicológico e a incapacidade à dor. Juntos contemplam uma avaliação abrangente e consistente. O RDC/TMD tem sido muito utilizado como referência para

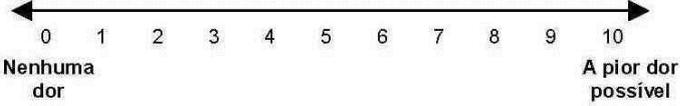
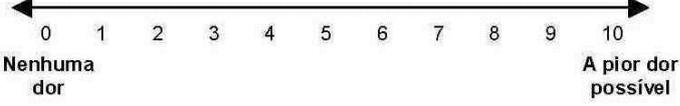
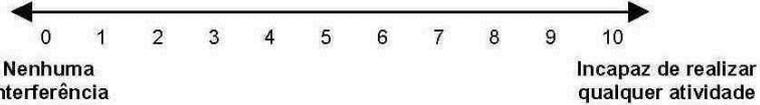
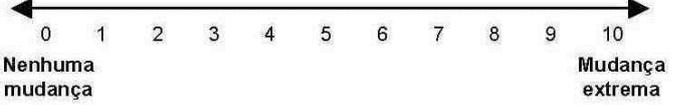
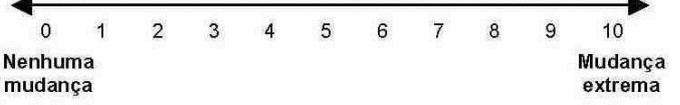
pesquisadores e para clínicos (GARY et al., 2010). O eixo II possui tradução para o português e está representado nas figuras 9, 10, 11, 12 e 13.

Figura 9 - Versão em português do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II* – questões de 1 a 7

Nome do Investigador		Prontuário do Paciente		Data: ___/___/___ dia mês ano	
Nome do Paciente:					
Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (DTM): Eixo II Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II					
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?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		0 1	
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 14.a → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta					
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez? → Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a → Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b					
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? _____ anos → Passe 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	

Fonte: Dworkin e LeResche (1992)

Figura 10 - Versão em português do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II* – questões de 8 a 15c

<p>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"?</p> 	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> 	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> 	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> 	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> 	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? → 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>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 0 1
<p>14.b. Este travamento da mandíbula (queixo) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?</p>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 0 1
<p>15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?</p>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 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?</p>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 0 1
<p>15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os dentes quando está dormindo?</p>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim 0 1

Fonte: Dworkin e LeResche (1992)

Figura 11 - Versão em português do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II* – questões de 15d a 20i

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.e. Você sente a sua mandíbula (queixo) “cansada” ou dolorida quando acorda pela manhã?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	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"/>

Fonte: Dworkin e LeResche (1992)

Figura 12 - Versão em português do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II* – questões de 20j a 25

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"/>	
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
23. Qual a data do seu nascimento?	Dia _____ Mês _____ Ano _____					
24. Qual o seu sexo ?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino					1 2
25. Qual a sua cor ou raça?	<input type="checkbox"/> Aleútas, Esquimó ou Índio Americano <input type="checkbox"/> Asiático ou Insulano Pacífico <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Outra					1 2 3 4 5
→ Se a sua resposta foi Outra , passe para as próximas alternativas sobre a sua cor ou raça:						
					<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	6 7 8
Fonte: Rio de Janeiro: IBGE, 2000.						

Fonte: Dworkin e LeResche (1992)

Figura 13 - Versão em português do questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II – questões de 26 a 31

26. Qual a sua origem ou dos seus familiares?	<input type="checkbox"/> Porto Riquenho <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Outro Latino Americano <input type="checkbox"/> Outro Espanhol <input type="checkbox"/> Nenhuma acima	1 2 3 4 5 6 7 8
→ Se a sua resposta foi Nenhuma acima , passe para as outras alternativas sobre a sua origem ou dos seus familiares:		
	<input type="checkbox"/> Índio <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Holandês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Japonês <input type="checkbox"/> Alemão <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Outro favor especificar: _____ <input type="checkbox"/> Não sabe	9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
27. Até que ano da escola você freqüentou?		
→ Marque com um X apenas uma resposta:		
Nunca freqüentei a escola	<input type="checkbox"/> 00	
Ensino básico (primário)	<input type="checkbox"/> 1ª série <input type="checkbox"/> 2ª série <input type="checkbox"/> 3ª série <input type="checkbox"/> 4ª série	
Ensino fundamental (ginásio)	<input type="checkbox"/> 5ª série <input type="checkbox"/> 6ª série <input type="checkbox"/> 7ª série <input type="checkbox"/> 8ª série	
Ensino médio (científico)	<input type="checkbox"/> 1ª ano <input type="checkbox"/> 2ª ano <input type="checkbox"/> 3ª ano	
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	<input type="checkbox"/> 1ª ano <input type="checkbox"/> 2ª ano <input type="checkbox"/> 3ª ano <input type="checkbox"/> 4ª ano <input type="checkbox"/> 5ª ano <input type="checkbox"/> 6ª ano	
28.a. Durante as duas últimas semanas, você trabalhou em emprego ou negócio, pago ou não (não incluindo trabalho em casa) ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1 2
→ Se a sua resposta foi SIM , passe para a pergunta 29		
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a próxima pergunta		
28.b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1 2
→ Se a sua resposta foi SIM , passe para a pergunta 29		
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a próxima pergunta		
28.c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as duas últimas semanas?	<input type="checkbox"/> Sim, procurando emprego <input type="checkbox"/> Sim, afastado temporariamente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho <input type="checkbox"/> Não	1 2 3 4
29. Qual o seu estado civil?	<input type="checkbox"/> Casado(a)- esposo(a) morando na mesma casa <input type="checkbox"/> Casado(a)- esposo(a) não morando na mesma casa <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Nunca Casei – Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Morando junto	1 2 3 4 5 6 7
30. Quanto a sua família ganhou por mês nos últimos 12 meses?	Coloque o valor: R\$ _____	
Favor NÃO preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional		
____ 0 – 1 salário mínimo		
____ 1 – 2 salários mínimos		
____ 2 – 5 salários mínimos		
____ 5 – 10 salários mínimos		
____ mais de 10 salários mínimos		
31. Qual o seu C.E.P.?	_____ - _____	
Muito Obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão		

Fonte: Dworkin e LeResche (1992)

Todavia, com o avanço da tecnologia e dos estudos, esse método teve sua validade muito discutida, onde o diagnóstico de artralgia teve um nível de validade claramente baixo, apesar de apresentar-se confiável. Dessa forma, alguns pesquisadores propuseram novas revisões e atualizações para diagnósticos atuais melhorando a validade do protocolo RDC/TMD (LOOK et al., 2010; SCHIFFMAN et al., 2010; TRUELOVE et al., 2010).

Sendo assim, em 2014, teve origem um novo protocolo DC/TMD, realizado a partir de descobertas e recomendações, com base na estrutura RDC/TMD, que prevê uma melhora na qualidade de diagnóstico, assim proporcionando uma linguagem mais fácil e comum para clínicos e pesquisadores (SCHIFFMAN et al., 2014).

O novo protocolo DC/TMD teve uma melhoria significativa em relação ao RDC/TMD, porém ainda há falhas, que, infelizmente, surgem com a evolução dos sistemas. Ainda assim, o DC/TMD possui um modelo de trabalho aprimorado que pode ajudar na pesquisa e manejo clínico de DTM, mas ainda precisa ser melhorado e dar continuidade ao desenvolvimento natural desse protocolo. O DC/TMD ainda não possui tradução para o português (OKESON, 2018; STEENKS; TÜRPEL; WIJER, 2018; SVENSSON; BENDIXEN, 2018).

2.2.2 Exame físico/clínico

O intuito de realizar o exame físico é coletar dados clínicos que permite confirmar ou afastar as hipóteses desenvolvidas na anamnese. É de complexa execução o diagnóstico de DTM devido à etiologia multifatorial e à sensibilidade referente à dor de cada paciente, considerada individual. Na prática clínica, a palpação e o movimento mandibular (avaliação mastigatória ou avaliação de abertura) serve para detectar a presença de dores musculares. Sobre elas, há algumas influências que dificultam os resultados, como a clareza da instrução do paciente, técnica de palpação, qualificação da dor à compressão e avaliação do resultado da palpação pelo examinador (PALLA, 2004).

O exame físico para diagnóstico de DTM muscular pode incluir movimentos mandibulares anormais, diminuição da amplitude do movimento, dor dos músculos da mastigação, sinais de bruxismo e sensibilidade muscular no pescoço e ombro, que, porém, fica-se limitado apenas a esses exames. Deve-se avaliar também a má

oclusão, como assimetrias faciais, edentulismo, restaurações oclusais, que também podem contribuir para a manifestações de DTM (GAUER; SEMIDEY, 2015).

Há dados que são altamente relevantes para se estabelecer um diagnóstico de DTM muscular, como músculos sensíveis à palpação, regiões de endurecimento e pontos dolorosos. Chamados de ponto de gatilho, são considerados pequenas áreas arredondadas palpáveis e irritáveis, que se localizam no interior dos músculos, provocando dor referida (TRAVELL; SIMON, 1992).

Para a realização do exame é estirado todo o músculo até localizar o ponto mais doloroso, que será comprimido por dez segundos até desencadear a dor referida. Pode haver algum ponto de gatilho latente nesses músculos, o qual desencadeia dor espontânea apenas ao palpá-los (PALLA, 2004). A palpação da musculatura se torna dificultada devido a pacientes saudáveis também apresentarem dores à palpação (DWORKIN; LERESCHE, 1992)

O músculo temporal é dividido em três partes, portanto a palpação ocorre nesses três feixes independentes. A região anterior é palpada acima do arco zigomático e anterior à ATM, disposta em uma direção praticamente vertical. A região média é palpada diretamente acima da ATM e superior ao arco zigomático, com suas fibras em uma direção oblíqua. A terceira região, a posterior, é palpada acima e atrás do ouvido, com uma disposição quase horizontal. O temporal é um músculo facilmente observado quando há um apertamento dos dentes pelo paciente e a melhor posição para palpação desse músculo é quando o Cirurgião-Dentista se posiciona atrás do paciente. Importante também a palpação do tendão temporal. Palpa-se o mesmo com o dedo intraoral na borda anterior do ramo e um dedo extraoral na mesma área (OKESON, 1998b).

O músculo masseter é palpado bilateralmente, pela colocação dos dedos do profissional sobre o arco zigomático, deslizando até a borda inferior do ramo da mandibular. O músculo esternocleidomastoide é comumente notado em DTM e facilmente palpado, apesar de não ser considerado um músculo da mastigação. A palpação também é exercida bilateralmente, perto de sua inserção na superfície externa do processo mastoide, atrás do ouvido, até a sua origem, próximo da clavícula. Os pontos de gatilhos nesse músculo, quando associados à DTM, possuem dor referida para áreas como no músculo temporal, na articulação e no ouvido (OKESON, 2013).

Os músculos cervicais posteriores (trapézio, longuíssimo, esplênio e elevador da escapula) são complexos para serem avaliados separadamente. Na palpação deles, os dedos são colocados na região occipital e se deslocam inferiormente na extensão dos músculos do pescoço para cervical. É importante estarem concentrados, pois esses músculos são desencadeadores de cefaleia frontal. O trapézio é um músculo bastante grande e também é de extrema relevância procurar pontos desencadeadores de dor referida. Ele é palpado em sua parte superior e ínfero-lateralmente ao ombro (OKESON 1998b).

Para avaliação dos músculos cervicais pode-se observar também a mobilidade do pescoço quanto a sua amplitude e aos sintomas quando em movimentos. Esses movimentos se destacam como olhar para o extremo direito e esquerdo, para cima e para baixo e qualquer restrição na amplitude ou dor, é observada na ficha de avaliação (OKESON, 1998b).

Para o exame muscular estar completo precisa de uma avaliação do efeito que a função muscular provoca no movimento mandibular. A amplitude de abertura de boca é de 53 a 58mm, medida pela distância entre incisais dos dentes anteriores. Pede-se ao paciente que abra lentamente a boca até sentir dor. Essa então é a abertura máxima considerada confortável e que deve ser medida e será considerada restrita se for menor que 40mm. É observado o trajeto feito pela linha média da mandíbula durante a abertura máxima, sendo que em um sistema mastigatório saudável, não há alteração no trajeto reto de abertura (OKESON, 2013).

Há músculos que não podem ser palpados, como o pterigoide lateral, podendo ser considerado um dos músculos mais dolorosos quando afetados por uma DTM (OKESON, 1998b). Avalia-se então o músculo pterigoide lateral em função, se apresentar dor durante o movimento, há um comprometimento do mesmo (OKESON, 2013).

Entretanto, diz-se que uma área do pterigoideo lateral pode ser palpável junto à porção posterior dos molares superiores. Acontece que o músculo pterigoideo lateral, bilateralmente, apresenta um limiar de dor à palpação menor, comparado com os outros músculos do sistema mastigatório, como masseter e temporal, segundo o RDC/TMD. O músculo pterigoide medial pode ser palpado na face interna do ângulo e ramo da mandibular (HERPICH et al., 2018b).

Tratando-se da avaliação clínica de DTM articular, as medidas para avaliação se obtêm através da palpação, compressão e ruídos (estalidos e crepitação). A falta de

ruídos não é necessariamente a falta de um distúrbio do sistema da ATM (KOHNO; YOSHIDA; KOBAYASHI, 1998).

Para Oliveira (2002), o exame clínico articular compreende à palpação articular (determinado pela presença de dor ou não), ruídos articulares (estalo e crepitação) e testes funcionais (rotação/translação e modificação de pressão intra-articular).

O exame de palpação articular necessita de um conhecimento ampliado sobre a anatomia da região da ATM (OKESON, 1998b). Inicia-se colocando as pontas dos dedos sobre as laterais de ambas as articulações e simultaneamente. Caso houver dúvidas sobre a posição adequada dos dedos, pede-se ao paciente para abrir e fechar a boca por algumas vezes (OKESON, 2013).

A palpação da ATM durante os movimentos mandibulares avalia a presença de dor, ruído e tumefação. O estalo é um ruído de curta duração, enquanto a crepitação é um ruído contínuo por milissegundos. Uma crepitação comumente é associada à artrose e o ruído a um deslocamento de disco com redução. A tumefação é rara, porém pode ocorrer, e a mesma deve ser avaliada para destacar a possibilidade de algum tumor (PALLA, 2004).

Durante os testes funcionais ou movimentos mandibulares observa-se que a abertura de boca se encontra restrita. Pode ser avaliada colocando os dedos entre os dentes superiores e inferiores do paciente e aplica-se uma força suave, porém firme, em uma tentativa de aumentar passivamente a distância interincisal. Se a sensação for descrita como "macia", sugere uma restrição de movimento de músculo induzido. Se não for alcançado um aumento na abertura, a sensação terminal de abertura é dita como "rígida" e associa-se com desordens capsulares (OKESON, 2013).

O exame intraoral também é avaliado para diagnóstico de DTM. O mesmo se resume em uma avaliação dos dentes e suas estruturas de suporte. O exame consiste em avaliar o número de dentes, condição das restaurações, dor, sensibilidade dental e periodontal, perda de inserção, contatos proximais deficientes, ausência de contatos cêntricos, extrusões, facetas de desgastes, além de uma avaliação oclusal que inclui: trauma de oclusão, alinhamento de dentes, relacionamento dos molares, discrepância entre máxima intercuspidação habitual e relação cêntrica, contatos prematuros, transpasse vertical e horizontal e guias oclusais (OKESON, 2006).

Existem diversas formas de exame clínico, sendo elas representadas pelas figuras 14, 15, 16 e 17.

Figura 14 - Exame funcional

Exame funcional

Data _____

DINÂMICA MANDIBULAR	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Dir. Esq. </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Auscultação</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Desvio (mm.)</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td>L</td><td>P</td></tr> <tr><td>Dir.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Esq.</td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Auscultação</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>act. <input type="checkbox"/> pas. <input type="checkbox"/> mm.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dor</p> </div>		L	P	Dir.			Esq.																																																					
	L	P																																																											
Dir.																																																													
Esq.																																																													
PALPAÇÃO ATM	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">lateral</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Dir.</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Esq.</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>posterior</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	lateral		Dir.		Esq.		posterior																																																					
lateral		Dir.		Esq.																																																									
posterior																																																													
AUSCULTAÇÃO ATM	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <th style="width: 5%;">Dir.</th> <th style="width: 5%;">L.dir.</th> <th style="width: 5%;">L.esq.</th> <th style="width: 5%;">P</th> <th style="width: 5%;">C</th> <th style="width: 5%;">A</th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">A</th> <th style="width: 5%;">C</th> <th style="width: 5%;">P</th> <th style="width: 5%;">L.esq.</th> <th style="width: 5%;">L.dir.</th> <th style="width: 5%;">Esq.</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>estalo</td><td>▲</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>crepitação</td><td>↕</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Dir.</th> <th style="width: 10%;">Esq.</th> </tr> <tr> <td>estalo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>recíproco</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>não recíproco</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dir.	L.dir.	L.esq.	P	C	A		A	C	P	L.esq.	L.dir.	Esq.							estalo	▲												crepitação	↕							Dir.	Esq.	estalo			recíproco			não recíproco											
Dir.	L.dir.	L.esq.	P	C	A		A	C	P	L.esq.	L.dir.	Esq.																																																	
						estalo	▲																																																						
						crepitação	↕																																																						
	Dir.	Esq.																																																											
estalo																																																													
recíproco																																																													
não recíproco																																																													
PALPAÇÃO MUSCULATURA	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">Dir.</th> <th style="width: 10%;">></th> <th style="width: 10%;">=</th> <th style="width: 10%;"><</th> <th style="width: 10%;">Esq.</th> </tr> <tr> <td>m. temp. post.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>m. temp. med.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>m. temp. ant.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>inser. temp.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">Dir.</th> <th style="width: 10%;">></th> <th style="width: 10%;">=</th> <th style="width: 10%;"><</th> <th style="width: 10%;">Esq.</th> </tr> <tr> <td>m. mas. superf.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>m. mas. prof.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>inses. pt. med.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>m. supra-hióidea</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		Dir.	>	=	<	Esq.	m. temp. post.						m. temp. med.						m. temp. ant.						inser. temp.							Dir.	>	=	<	Esq.	m. mas. superf.						m. mas. prof.						inses. pt. med.						m. supra-hióidea					
	Dir.	>	=	<	Esq.																																																								
m. temp. post.																																																													
m. temp. med.																																																													
m. temp. ant.																																																													
inser. temp.																																																													
	Dir.	>	=	<	Esq.																																																								
m. mas. superf.																																																													
m. mas. prof.																																																													
inses. pt. med.																																																													
m. supra-hióidea																																																													
ENDFEEL	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>sólido-elástico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>macio-elástico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>rígido-elástico</td> <td></td> </tr> </table>		A	sólido-elástico		macio-elástico		rígido-elástico																																																					
	A																																																												
sólido-elástico																																																													
macio-elástico																																																													
rígido-elástico																																																													
MOVIMENTO ARTICULAR	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">Dir.</th> <th style="width: 10%;">Esq.</th> </tr> <tr> <td>distração dolorosa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>translação dolorosa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>liso</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>áspero</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">Dir.</th> <th style="width: 10%;">Esq.</th> </tr> <tr> <td>superfícies lisas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ásperas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>estalo em protrusão</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>em retrusão</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Dir.	Esq.	distração dolorosa			translação dolorosa			liso			áspero				Dir.	Esq.	superfícies lisas			ásperas			estalo em protrusão			em retrusão																																
	Dir.	Esq.																																																											
distração dolorosa																																																													
translação dolorosa																																																													
liso																																																													
áspero																																																													
	Dir.	Esq.																																																											
superfícies lisas																																																													
ásperas																																																													
estalo em protrusão																																																													
em retrusão																																																													
TESTE DA COMPRESSÃO	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">translação dolorosa</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Dir.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Esq.</td> <td></td> </tr> </table>	translação dolorosa	Dir.			Esq.																																																							
translação dolorosa	Dir.																																																												
	Esq.																																																												
TESTE ATM/ MUSCULATURA	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <th colspan="6" style="text-align: center;">movimento contra resistência</th> <th colspan="6" style="text-align: center;">teste isométrico</th> </tr> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">Dir.</th> <th style="width: 5%;">L.esq.</th> <th style="width: 5%;">P</th> <th style="width: 5%;">C</th> <th style="width: 5%;">A</th> <th style="width: 5%;">A</th> <th style="width: 5%;">C</th> <th style="width: 5%;">P</th> <th style="width: 5%;">L.esq.</th> <th style="width: 5%;">Dir.</th> <th style="width: 5%;"></th> </tr> <tr> <td>Dir.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Dir.</td> </tr> <tr> <td>Esq.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Esq.</td> </tr> </table>	movimento contra resistência						teste isométrico							Dir.	L.esq.	P	C	A	A	C	P	L.esq.	Dir.		Dir.											Dir.	Esq.											Esq.												
movimento contra resistência						teste isométrico																																																							
	Dir.	L.esq.	P	C	A	A	C	P	L.esq.	Dir.																																																			
Dir.											Dir.																																																		
Esq.											Esq.																																																		

Legenda

- P Protrusão
- C Fechamento
- A Abertura
- L.esq. Laterotrusão esquerda
- L.der. Laterotrusão direita
- >;< Dor maior ou menor
- = Mesma dor em dois lados

Fonte: Palla (2004)

Figura 15 - Observações gerais

Observações gerais						Data
Posição postural da mandíbula						
Postura da cabeça						
Assimetrias da face						
Screening da coluna cervical						Data
Palpação da musculatura						
	Dir.	>	=	<	Esq.	
m. esternocl.						
m. pescoço						
m. ombros						
Mobilidade ativa						
	flexão 45 - 50°	extensão 80°	flexão lat. 45° Dir. Esq.		posição ortostática 80 - 90°	rotação da cabeça em flexão extensão
tensão						
dolorosa						
limitada						
Screening neurológico						Data
I	Cheirar substâncias (por ex. café, essência de cravo)	<input type="checkbox"/>	VII		Assobiar	<input type="checkbox"/>
					Mostrar os dentes	<input type="checkbox"/>
					Exame do paladar	<input type="checkbox"/>
II	Acuidade visual	<input type="checkbox"/>	VIII		Provas audiométricas (relógio)	<input type="checkbox"/>
	Campo visual	<input type="checkbox"/>			Prova com diapasão	<input type="checkbox"/>
	Fundo ocular	<input type="checkbox"/>			Prova de equilíbrio	<input type="checkbox"/>
III	Posição do olho	<input type="checkbox"/>	IX		Palato mole	<input type="checkbox"/>
IV	Acomodação	<input type="checkbox"/>	X		Reflexo do vômito	<input type="checkbox"/>
VI	Reflexo pupilar	<input type="checkbox"/>			Exame do paladar	<input type="checkbox"/>
	Seguir um objeto	<input type="checkbox"/>			Sensibilidade da garganta, faringe	<input type="checkbox"/>
V	Sensibilidade da face e da língua	<input type="checkbox"/>	XI		M. esternocleidomastóideo	<input type="checkbox"/>
	Reflexo da córnea	<input type="checkbox"/>			M. trapézio	<input type="checkbox"/>
	Reflexo massetérico	<input type="checkbox"/>				
	Apertar os dentes	<input type="checkbox"/>				
	Emergências trigeminais	<input type="checkbox"/>				
VII	Franzir as sobrancelhas	<input type="checkbox"/>	XII		Trofismo e motricidade língua	<input type="checkbox"/>
	Fechar os olhos	<input type="checkbox"/>			Discinesia	<input type="checkbox"/>
	Franzir o nariz	<input type="checkbox"/>				

Fonte: Palla (2004)

Figura 16 - Índice de Helkimo e Índice de Mobilidade Mandibular (IMM)

Quadro 1 Índice de Helkimo¹³ ou de Disfunção Clínica Craniomandibular (IDCCM) com Índice de Mobilidade Mandibular (IMM) [Tradução não-oficial]

a) Índice de amplitude de movimento (ver abaixo IMM)	Pontos
Varição normal de movimento	0
Movimento levemente prejudicado	1
Movimento severamente prejudicado	5
b) Dor ao movimento da mandíbula	
Nenhuma dor ao movimento	0
Dor durante um movimento	1
Dor durante dois ou mais movimentos	5
c) Dor na ATM	
Nenhuma dor à palpação	0
Dor à palpação lateral	1
Dor à palpação posterior	5
d) Alterações na função da ATM (movimento de abertura ou fechamento)	
Movimento suave, sem ruído na ATM, com desvio ≤ 2 mm	0
Ruídos na ATM em uma ou ambas as articulações e/ou desvio ≥ 2 mm	1
Travamento e/ou luxação da ATM	5
e) Dor muscular	
Nenhuma sensibilidade à palpação nos músculos mastigatórios	0
Sensibilidade à palpação em uma a três áreas	1
Sensibilidade à palpação em quatro ou mais áreas	5
Soma: a + b + c + d + e <input type="text"/>	
Valor total	Intervalo
	Índice de disfunção
	Classificação da disfunção
	0
	1 - 4
	5 - 9
	10 - 13
	15 - 17
	20 - 25
	Índice 0
	Índice 1
	Índice 2
	Índice 3
	Índice 4
	Índice 5
	Nenhuma disfunção
	Disfunção suave
	Disfunção moderada
	Disfunção severa
	Disfunção severa
	Disfunção severa

Índice de mobilidade mandibular – IMM

Movimento/ pontos	Grau de mobilidade	Valores encontrados (mm)
a) Máxima abertura da boca	(mm)	
0	> 40	<input type="text"/>
1	30 - 40	<input type="text"/>
5	< 30	<input type="text"/>
b) Movimento de lateralidade para direita		
0	> 7	<input type="text"/>
1	4 - 7	<input type="text"/>
5	< 4	<input type="text"/>
c) Movimento de lateralidade para esquerda		
0	> 7	<input type="text"/>
1	4 - 7	<input type="text"/>
5	< 4	<input type="text"/>
d) Protrusão máxima		
0	> 7	<input type="text"/>
1	4 - 6	<input type="text"/>
5	< 4	<input type="text"/>
Soma a + b + c + d		
Valor total	Intervalo	Índice de disfunção clínica
	0	Mobilidade mandibular normal
	1 - 4	Mobilidade ligeiramente reduzida
	5 - 20	Mobilidade severamente reduzida
		Índice 0
		Índice 1
		Índice 5

Fonte: Fonseca et al. (1994)

Figura 17 - Exame clínico

III - EXAME CLÍNICO	
FACE Assimetria facial	() S () N () Prognatismo () Laterognatismo E,D () Hipertrofia de masseter - E,D
OCCLUSÃO: () edentado: () S () I () D Perda DV: () S () N () OI Tempo de uso de prótese total (PT):	_____
Tempo de uso PT atual:	_____
dentes ausentes: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
Prótese Fixa :	_____ Prótese parcial removível _____
Obs.:	_____ RC: OC: Malocclusão:() CII () CIII () CIII
Interf.:	_____ Desgastes dentários: () incisais () 1/3 incisal () 1/3 médio, () 1/3 cervical.
Mordida aberta: () S () N Mordida cruzada: () anterior () posterior D, E	
Sobremordida profunda: () a () b () c	
Periodonto:	_____
Ruídos: () crepitação () D () E	
	() estalido - D: () IA () MA () FA () IF () MF () FF () Lat D () Lat E/ () POP-E,D
	() normal () estalido - E: () IA () MA () FA () IF () MF () FF
Obs.:	_____
Palpação músculos: Masseter E __; D __. Temporal E __; D __. Pterigoideo lateral E __; D __. Pterigoideo medial E __; D __. Digástrico (feixe anterior) E __; D __. Digástrico (feixe posterior) E __; D __.	
Músculos assoalho bucal (especificar)	_____
Músculos cervicais (especificar)	_____
Desvio linha média boca fechada (DLMBF):	_____ mm DL MBA: _____ mm A B: _____ mm
Radiografias solicitadas:	_____
Hipóteses diagnósticas:	_____

Fonte: Siqueira e Teixeira (2001)

2.2.3 Exames complementares

Há diferentes exames de imagem com indicações específicas para o diagnóstico das DTMs articulares. Os exames radiográficos possuem um padrão de sensibilidade menor, porém possuem um custo reduzido e uma dose de radiação menos intensa. Eles são indicados para avaliações iniciais de sintomatologia menos complexa e no diagnóstico diferencial entre DTM e condições inflamatórias dentomaxilofaciais. As alterações ósseas morfológicas, degenerativas e fraturas são nitidamente diagnosticadas, localizadas e concebidas pela tomografia computadorizada. Já os tecidos moles e alterações inflamatórias associadas são precisamente diagnosticados pela imagem de ressonância magnética. A ultrassonografia e a artrografia são utilizadas principalmente quando a ressonância for contraindicada, e também são necessárias para exame do disco articular, porém a artrografia é muito invasiva e

acaba sendo descartada. Exames de medicina nuclear são utilizados para alterações como tumores e metástases (FERREIRA et al., 2016).

A ressonância magnética é a modalidade ideal para avaliação conjunta abrangente em pacientes com sinais e sintomas de DTM. Entretanto, a ressonância magnética é geralmente reservada para pacientes com sintomas persistentes e aqueles em que há uma suspeita grande de desarranjo interno da ATM (GAUER; SEMIDEY, 2015).

A indicação de um exame por imagem da ATM depende, principalmente, de que sejam seguidos critérios de seleção, baseados nos sinais clínicos e sintomas apresentados pelo paciente, que contribuam para o diagnóstico e tratamento da doença. Métodos mais sofisticados muitas vezes não trazem o resultado esperado, além do custo mais alto e maiores doses de radiação, se não tiverem uma indicação precisa ou correta interpretação. O sucesso do tratamento depende da relação entre a adequada indicação do exame, do correto diagnóstico e da interação entre os achados da imagem e do exame clínico (MAHL; SILVEIRA, 2002).

Os fatores que devem ser avaliados durante a escolha e indicação racional de exames de imagens da ATM envolvem: necessidade da determinação da presença da doença e seu prognóstico, diante da qualidade e quantidade de informações clínicas disponíveis; dúvida no diagnóstico diferencial antes da instituição terapêutica; determinação do estágio de desenvolvimento da doença; necessidade de documentação legal; preparo pré-operatório; avaliação da evolução do tratamento; além da segurança e precisão do exame indicado (FERREIRA et al., 2016)

2.2.4 Diagnóstico diferencial

A preocupação inicial deve ser com tumores e infecções. Não se pode diagnosticar um tumor maligno meramente em decorrência do tempo e sim por uma avaliação clínica minuciosa (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Os exames de DTM muscular e articular apresentam algumas diferenças. Há suspeita de DTM articular quando o paciente apresenta crepitações, ruídos, dificuldades de abrir totalmente a boca, desvios na abertura e dor à palpação na região da ATM. Para os músculos, cogita-se hipótese de desordem, quando os músculos da mastigação, principalmente, apresentam pontos dolorosos ou dor referida (GAUER; SEMIDEY, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo será do tipo revisão de literatura.

3.2 Seleção do material bibliográfico

A seleção do material sucedeu-se através de palavras-chaves em inglês, sendo elas: *Temporomandibular disorder*, *Temporomandibular disorder and diagnosis*, *Temporomandibular disorder and differential diagnosis*, *Temporomandibular joint disorder*, *Myofascial Pain*, *Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders*, *Diagnostic criteria for temporomandibular disorders*, *Temporomandibular disorder and physical exam*.

As buscas foram efetuadas no portal de periódicos da capes da UNISC e da PUC-RS, bem como em base de dados, tais como Scielo, PubMed, Springer Elsevier/ScienceDirect, EBSCO, Wiley Online Library e Google.

Também foram realizadas buscas no site do governo dos Estados Unidos (NIH – National Institute of Dental and Crafiocfacial Research) e na biblioteca da UNISC.

Não foi estipulado um limite de tempo para a seleção do material, porém se deu preferência para os últimos cinco anos.

3.3 Execução do protocolo

O protocolo foi elaborado a partir da revisão de literatura dessa monografia, buscando a proposta de um protocolo fácil e prático (figuras 18 e 19).

Figura 18 - Protocolo parte 1

DADOS PESSOAIS	
Cirurgião-Dentista / Aluno:	Data:
Nome do Paciente:	Idade:
Profissão:	Sexo: () Masculino () Feminino
QUESTIONÁRIO	
<p>1. Queixa principal:</p> <p>2. Sente seu rosto cansado? () Sim () Não () Ao acordar () Durante o dia () Ao dormir () Ao mastigar</p> <p>3. Sente dor ao abrir/fechar a boca? () Ao abrir () Ao fechar</p> <p>4. Sente travamento ao abrir/fechar a boca? () Ao abrir () Ao fechar</p> <p>5. Possui alguma dificuldade ao movimentar a mandíbula? () Sim () Não</p> <p>6. Sente barulhos articulares? () Crepitação - Direito / Esquerdo () Estalo - Direito / Esquerdo</p> <p>7. Aperta ou range os dentes? () Sim () Não () De dia () De noite</p> <p>8. Tem dores de cabeça? () Sim () Não () Diariamente () Uma/duas vezes por semana () Uma/duas vezes por mês () Matutino () Vespertino () Noite</p> <p>9. Já teve algum trauma de face? () Sim () Não Caso sim, como/quando/onde?</p> <p>10. Possui alguma doença sistêmica? () Sim () Não Caso sim, qual/quais?</p>	
CARACTERÍSTICAS DA DOR	
<p>11. Tipo da dor: () Aguda () Latejante () Queimante () Choque () Pontada () Pesada</p> <p>12. Intensidade da dor: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10</p> <p>13. Local da dor:</p>	
	

Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 19 - Protocolo parte 2

EXAME CLÍNICO																																														
Palpação Muscular	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Dor</th> </tr> <tr> <th>Músculo</th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temporal Vertical</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temporal Oblíquo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temporal Horizontal</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Dor			Músculo	Direito	Esquerdo	Temporal Vertical			Temporal Oblíquo			Temporal Horizontal			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Dor</th> </tr> <tr> <th>Músculo</th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Masseter</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pterigoide Lateral</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pterigoide Medial</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Dor			Músculo	Direito	Esquerdo	Masseter			Pterigoide Lateral			Pterigoide Medial														
	Dor																																													
Músculo	Direito	Esquerdo																																												
Temporal Vertical																																														
Temporal Oblíquo																																														
Temporal Horizontal																																														
Dor																																														
Músculo	Direito	Esquerdo																																												
Masseter																																														
Pterigoide Lateral																																														
Pterigoide Medial																																														
OBS: Marcar dor referida no desenho acima (se existente)																																														
Dinâmica Mandibular	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Limitação de Abertura</th> <th>() Sim</th> <th>() Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Milímetros:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dor:</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> </tbody> </table>		Limitação de Abertura	() Sim	() Não	Milímetros:			Dor:	() Sim	() Não	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desvio de Abertura</th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante o Movimento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dor:</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> </tbody> </table>		Desvio de Abertura	Direito	Esquerdo	Durante o Movimento			Dor:	() Sim	() Não																								
	Limitação de Abertura	() Sim	() Não																																											
Milímetros:																																														
Dor:	() Sim	() Não																																												
Desvio de Abertura	Direito	Esquerdo																																												
Durante o Movimento																																														
Dor:	() Sim	() Não																																												
Desenho do Desvio de Abertura																																														
Palpação Articular	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dor à palpação (ATM)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Direito	Esquerdo	Dor à palpação (ATM)																																							
	Direito	Esquerdo																																												
Dor à palpação (ATM)																																														
Teste Articular	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Dor</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abertura</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fechamento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protusão</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lateralidade</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Dor				Direito	Esquerdo	Abertura			Fechamento			Protusão			Lateralidade			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Estalo / Crepitação</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> <th>E/C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Abertura</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fechamento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protusão</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lateralidade</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Estalo / Crepitação					Direito	Esquerdo	E/C	Abertura				Fechamento				Protusão				Lateralidade			
	Dor																																													
	Direito	Esquerdo																																												
Abertura																																														
Fechamento																																														
Protusão																																														
Lateralidade																																														
Estalo / Crepitação																																														
	Direito	Esquerdo	E/C																																											
Abertura																																														
Fechamento																																														
Protusão																																														
Lateralidade																																														
EXAME CLÍNICO INTRABUCAL																																														
<p>14. Desgastes dentários () Sim () Não</p> <p>15. Abfrações () Sim () Não</p> <p>16. Mobilidade dental () Sim () Não</p> <p>17. Língua mordida () Sim () Não</p> <p>18. Ceratose na bochecha () Sim () Não</p> <p>19. Uso de próteses () Sim () Não</p> <p>20. RC/MIH () Iguais () Desvio aceitável () Mordida Forçada</p> <p>21. Contatos () Lado de trabalho - Direito / Esquerdo () Lado de balanceneio - Direito / Esquerdo</p>																																														
DIAGNÓSTICO:																																														

Fonte: Elaborado pelos autores

4 DISCUSSÃO

A DTM é um distúrbio de complexo entendimento e multifatorial, por domínios genéticos ou ambientais, podendo ser facilmente manifestada em pessoas com a saúde precária (SLADE et al., 2016). Chang et al. (2018) também define DTM como complexa e multifatorial, porém ele divide a DTM em fatores de aparecimentos, de progressão e perturbação. Já para Oral et al. (2009) a etiologia é representada como multidimensional, biomecânica, neuromuscular, biopsicossocial e que podem contribuir para um transtorno neurobiológico. Ele também classifica a DTM em fatores predisponentes, iniciadores e agravantes. Sendo assim, a literatura classifica a DTM com terminologias diferentes, que, todavia, compreendem o mesmo conceito.

A dor sentida nos músculos da mastigação pode ser originária deles mesmos ou também pode se irradiar para a região face e cervical (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001, BONOLIEL et al., 2011; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012; GAUER; SEMIDEY, 2015). A dor nos músculos mastigatórios e na articulação temporomandibular são os principais sintoma das DTMs (OKESON, 1998a), sendo que a DTM é a causa mais frequente de dor facial e é a segunda condição musculoesquelética de ocorrência mais comum (após dor lombar crônica). Mesmo assim, metade a dois terços daqueles com distúrbios da ATM procurarão tratamento, e cerca de 15% desenvolverão DTM crônica (NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH, 2018). Entretanto, por maior que seja a gravidade da desordem, apresenta um limiar de dor relativamente baixo no músculo masseter, que seria o músculo que provoca mais dor (HERPICH et al., 2018a). Porém, outros autores avaliam cada paciente individualmente e concluíram que a dor de cada um é específica, sendo assim, a maneira de expressar e sentir a sua dor é individual (OKESON, 1998b; PALLA, 2004). Desta maneira, torna-se importante qualquer investigação de dor na região da face, podendo, com um diagnóstico correto ser facilmente solucionado. Como a dor pode ser considerada individual, para alguns autores, e mesmo que ela seja mínima, como diz outro, explica-se a pouca frequência dos pacientes em busca de tratamento.

Okeson (2013) relata que a dor muscular é sentida como uma tensão ou fadiga muscular. Robin (2015) descreve a dor resultante semelhante a dor muscular após exercício físico. Siqueira e Teixeira (2001) abordam essas dores como pressão e cansaço, e ainda acrescentam, descrevendo a dor como pontadas, latejamentos, espasmos e queimaduras. Okeson (1998b) classifica essas dores como miofascial,

contração simultânea protetora, mioespasmos e miosite, e que a fibromialgia ainda precisa ser discutida. Para Gui, Pimental e Barbosa (2015) a fibromialgia apresenta um conjunto de circunstâncias que consistem em elementos que predisõem e estimulam as DTMs. Considera-se que todos os autores relatam a dor muscular da mesma maneira e como a mais frequente. As demais manifestações também existem e as mesmas são classificadas, porém a constância é menor. A fibromialgia não é uma classificação, é apenas considerada uma desencadeadora de DTM.

Para sustentar a função normal da ATM, o disco deve ser mantido na posição correta, bem como manter sua forma normal em todas as circunstâncias, sendo que a prevalência de desfragmentação interna da ATM pode ser considerada maior que 20% na população (CHANG et al., 2018). Dessa forma, a ATM é geralmente associada a ruídos articulares (crepitações/estalos) e/ou alterações da cinemática mandibular (limitação, projeção ou desvio de abertura) (GAUER; SEMIDEY, 2015). Portanto, pelos sinais e sintomas comuns sentidos pelo paciente e diagnosticados pelo Cirurgião-Dentista, pode-se evitar problemas maiores, como cita Chang et al. (2018).

Embora o termo DTM seja usado com frequência, ele não indica claramente um diagnóstico, necessitando de um exame cuidadoso e detalhado para ser explorado (BOUSHELL; RITTER, 2008). Stern e Greenberg (2013) confirmam que o diagnóstico é bastante complexo e mencionam ainda que é devido à existência de muitas estruturas de sensações dolorosas em uma mesma região. Peruzovic (2010) relata que há problemas significativos no diagnóstico de DTM, pois as classificações são baseadas principalmente sobre os sinais e sintomas, e não na etiologia. Peskersoy et al. (2016) e Alzahem (2017) expõem que há diversos sinais e sintomas clássicos que, infelizmente, muitos profissionais não conseguem diagnosticar ou associar com DTM. Há uma grande evidência, que o conhecimento precário de DTM se inicia pela falta dessa área de atuação na grade curricular da graduação dos Cirurgiões-Dentistas (REISSMANN et al., 2015). Sendo assim, a literatura confirma que o diagnóstico de DTM é difícil de ser realizado e que isso também é decorrente da falta substancial de conhecimento de quem o realiza, mesmo com sinais e sintomas clássicos que concorram facilmente para um diagnóstico provável.

Um questionário tem a finalidade de formular hipóteses e facilitar o processo de diagnóstico a partir da história relatada pelo paciente, sendo imprescindível quando se trata de uma dor facial aguda ou crônica (BERGWALD et al 1990, STERN; GREENBERG, 2013). Okeson (1998a) confirma o que os dois autores relataram,

dizendo também que uma história clínica concreta é o aspecto mais significativo no diagnóstico da dor complexa, considerado mais importante que o exame clínico, bem como um formulário/tabela que fornece informações de sequência lógica, instuindo questões apropriadas e assim assegurando que profissional lembre de todas as perguntas. Dessa forma, foi criado o protocolo deste presente trabalho com perguntas referentes às principais queixas que direcionam a um diagnóstico provável.

O intuito de realizar o exame físico é coletar dados clínicos que permitem confirmar ou afastar as hipóteses levantadas anteriormente no questionário (PALLA, 2004). O exame físico para diagnóstico de DTM muscular pode incluir movimentos mandibulares anormais, diminuição da amplitude do movimento, dor dos músculos da mastigação, sinais de bruxismo e sensibilidade muscular no pescoço e ombro, porém o diagnóstico não pode estar limitado apenas a esses exames (TRAVELL; SIMON, 1992; PALLA, 2004; GAUER; SEMIDEY, 2015). Tratando-se da avaliação clínica de DTM articular, as medidas para avaliação se obtêm através da palpação, compressão e ruídos (KOHNO; YOSHIDA; KOBAYASHI, 1998). A falta de ruídos não é necessariamente a falta de um distúrbio do sistema da ATM (KOHNO, 1998; MONGINI, 1998). Oliveira (2002) acrescenta ainda os testes funcionais para diagnóstico. De acordo com esses exames e dos diversos protocolos já citados (FONSECA et al., 1994; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001; PALLA, 2004), foram selecionados os exames clínicos fundamentais, tanto extra quanto intraoral, para execução do protocolo, que é o objetivo do trabalho.

Há diferentes exames de imagem com indicações específicas para o diagnóstico das DTMs articulares (FERREIRA et al., 2016). A ressonância magnética é considerada padrão ouro para diagnóstico de tecidos moles (GAUER; SEMIDEY, 2015; FERREIRA et al., 2016). Já para tecidos duros a tomografia computadorizada é a mais indicada (FERREIRA et al., 2016). Entretanto, os exames servem para complementar um diagnóstico praticamente concluído, usados apenas para confirmar hipóteses de grandes suspeitas que apenas com exames clínicos e questionários não conseguiram confirmar (MAHL; SILVEIRA, 2002, GAUER; SEMIDEY, 2015; FERREIRA et al., 2016). Assim sendo, de acordo com os autores, em um protocolo mínimo para diagnóstico de DTM não seria imprescindível o uso de exames complementares, apenas em situações especiais.

5 CONCLUSÃO

Para realização de um diagnóstico preciso para DTM existem dois protocolos considerados de referência (RDC/TMD e DC/TMD), porém são considerados complexos e longos para Cirurgiões-Dentistas e estudantes de Odontologia. Infelizmente para esse trabalho foi realizado um estudo das perguntas apenas do Eixo II do RDC/TMD, o qual possuía tradução para o português.

Dessa forma, o protocolo elaborado visa à simplificação do diagnóstico, que a partir deste estudo buscou-se perguntas e exames mais frequentes para que esse assunto seja de maior familiaridade e uso na Odontologia. O protocolo mínimo realizado teve semelhanças com alguns protocolos já existentes, porém mais acessível, mas mesmo assim capaz de produzir uma resposta de diagnóstico bastante eficaz.

O protocolo deve ainda ser empregado, na prática, para poder assim ser testado a sua validade. A partir disso, podem-se realizar alterações para que o mesmo tenha uma resolubilidade maior no diagnóstico de DTM. Porém, acredita-se que com essa proposta já haverá uma mudança significativa na vida de pacientes portadores dessa desordem, que por falta de conhecimento deles e dos Cirurgiões-Dentistas e estudantes, continuam a incomodar e prejudicar a saúde desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ALZAHM, Abdullah Mohammed. Cheek bite keratosis among temporomandibular disorder patients. *Journal of Interdisciplinary Dentistry*, Mangalore, v. 7, n. 3, p. 87-90, 2017.
- BENOLIEL, R. et al. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Diseases*, Copenhagen, v. 17, suppl 1, p. 23-41, 2011.
- BERGWALD, H. G. et al. Die Anamnese des patienten mit chronischen schmerzen. *Psychologische Aspekte der Schmerztherapie*, Berlin, 174-206, 1990.
- BOUSHELL, L. W.; RITTER, A. V. Talking with patients temporomandibular disorder. *Journal Compilation*, v. 20, n. 4, 2008.
- CARRARA, S. V.; CONTI, P. C. R.; BARBOSA, J. S. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 114-20, 2010.
- CHANG, C. L. et al. Functional disorders of the temporomandibular joints: internal derangement of the temporomandibular joint. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, Amsterdam, v. 34, n. 4, p. 223-230, 2018.
- DHANDA, M. et al. Comparative evaluation of signs of temporomandibular joint dysfunction and occlusal discrepancies in asymptomatic men and women: a cross-sectional study. *Indian Journal of Dental Sciences*, v. 10, p. 164-168, 2018.
- DONNARUMMA, Mariana Del Cistia et al. Temporomandibular Disorders: signs, symptoms and multidisciplinary approach. *Rev. CEFAC.*, v. 12, n. 5, p. 788-794, 2010.
- DWORKIN, S.F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord*, v. 6, n. 4, p. 301-355, 1992.
- FERREIRA, L. A. et al. Diagnóstico das disfunções da articulação temporomandibular: indicação dos exames por imagem. *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, São Paulo, v. 82, n. 3, p. 341-352, 2016.
- FONSECA, D. M. et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Rev Gauch de Odontol*, v. 4, n. 1, p. 23-32, 1994.
- FRICTON, James. Myogenous Temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, v. 51, n. 1, p. 61-83, 2007.
- GARY, C. A. et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. VI: Future directions. *Journal of Orofacial Pain*, Carol Stream, v. 24, n. 1, p. 79-88, 2010.

GAUER, R.L.; SEMIDEY, M. J. Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders. *American Academy of Family Physicians*, v. 91, n. 6, p. 378-386, 2015

GUI, M. S.; PIMENTEL, M. J.; RIZZATTI-BARBOSA, C. M. Disfunção temporomandibular na síndrome da fibromialgia: comunicação breve. *Rev Bras Reumatol.*, v. 55, n. 2, p. 189-194, 2015.

HERPICH, C. M. et al. Correlation between severity of temporomandibular disorder, pain intensity, and pressure pain threshold. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, Lombard, v. 41, n. 1, p. 47-51, 2018a.

HERPICH, C. M. et al. Evaluation of pain threshold upon palpation of the masticatory muscles in women with temporomandibular disorder according to the Research Diagnostic Criteria of Temporomandibular Disorders. *Rev. CEFAC.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 195-185, 2018b.

KOHNO, S.; YOSHIDA, K.; KOBAYASHI, H. Pain in the sternocleidomastoid muscle and occlusal interferences. *J Oral Rehabil.*, v. 15, n. 4, p. 385-392, 1988.

KOUTRIS, M. et al. Is myofascial pain in temporomandibular disorder patients a manifestation of delayed-onset muscle soreness? *The Clinical Journal of Pain*, Hagerstown, v. 29, n. 8, p. 712-716, 2013.

LOOK, J. O. et al. Reliability and validity of axis i of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) with proposed revisions. *Journal of Oral Rehabilitation*, Oxford, v. 37, n. 10, p. 744-759, 2010.

MAHL, C. R. W; SILVEIRA, M. W. Diagnóstico por imagens da articulação temporomandibular: técnicas e indicações. *JBA*, Curitiba, v. 3, n. 11, p. 327-332, 2002.

MANOLOPOULOS, L. et al. Myofascial pain syndromes in the maxillofacial area: a common but underdiagnosed cause of head and neck pain. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Copenhagen, v. 37, n. 11, p. 975-984, 2008.

MONGINI, Franco. *ATM e músculos craniocervicofaciais: fisiopatologia e tratamento*. São Paulo: Santos, 1998.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH. *Facial pain*. [S.l.]: NIH, 2018. Disponível em: <<https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/facial-pain>>. Acesso em: 25 outubro 2018.

OKESON, J. P. *Dores bucofaciais de Bell: tratamento clínico da dor bucofacial*. 6. ed. São Paulo: Quintessence, 2006.

OKESON, J. P. *Dor Orofacial: Guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessence, 1998a.

_____. *Dores Bucofaciais de Bell*. 5 ed. São Paulo: Quintessence, 1998b.

_____. Reliability and validity of the DC/TMD Axis I. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, Hanover Park, v. 32, n. 1, p. 19-21, 2018.

_____. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 6 ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

OKESON, J. P.; LEEUW, R. Differential diagnosis of temporomandibular disorder and other orofacial pain disorders. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, v. 55, n. 1, p. 105-120, jan. 2011.

OLIVEIRA, W. de. Exame do paciente. In: CARDOSO, R. J.; GONCALVES, E. A. *Oclusão/ATM: prótese sobre implante e prótese bucomaxilofacial*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 3-22.

ORAL, K. et al. Etiology of temporomandibular disorder pain. *Agri*, Istanbul, v. 21, n. 3, p. 89-94, 2009.

PALLA, Sandro. *Mioatropatias do sistema mastigatório e dores orofaciais*. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

PERUZOVIC, Melita Valentić. Temporomandibular Disorders: Problems In Diagnostics. *Medical Sciences*, Zagreb, v. 34, p. 11-32, 2010.

PESKERSOY, C. et al. Evaluation of the relationship between migraine disorder and oral comorbidities: multicenter randomized clinical trial. *Turkish Journal of Medical Sciences*, Ankara, v. 46, n. 3, p. 712-718, 2016.

REISSMANN, D. R. et al. Impacto of dentist's years since graduation on management of temporomandibular disorder. *Clinical Oral Investigations*, Berlin, v. 19, n. 9, p. 2327-2336, 2015.

RESENDE, C. M. B. M. et al. Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 116-121, 2013.

ROBIN, Oliver. Éléments de diagnostic des algies de l'appareil manducateur. *Doleurs Évaluation*, v. 16, n. 5, p. 253-259, 2015.

SCHIFFMAN, E. L. et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache*, v 28, n. 1, p. 6-27, 2014.

_____. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. I: overview and methodology for assessment of validity. *Journal of Orofacial Pain*, Carol Stream, v. 24, n. 1, p. 7-24, 2010.

SIQUEIRA, J. T. T; TEIXEIRA J. M. *Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida*. Curitiba: Editora Maio, 2001.

_____. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

SLADE, G. D. et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA Studies. *Journal of Dental Research*, Thousand Oaks, v. 95, n. 10, p. 1084-1092, 2016.

SMITH, V. et al. Rigid internal fixation and the effects on the temporomandibular joint and masticatory system: a prospective. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, v. 102, Issue 6, p. 491–500, 1992.

STEENKS, M. H.; TÜRP, J. C.; WIJER, A. Reliability and validity of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders Axis I in Clinical and Research Settings: A Critical Appraisal. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, Hanover Park, v. 32, n. 1, p. 7-18, 2018.

STEENKS, M. H.; WINJER, A. *Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da Fisioterapia e da Odontologia, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Editora Santos, 1996.

STERN, I.; GREENBERG, M. S. Clinical assessment of patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. *Dental Clinics of North America*, Philadelphia, v. 57, n. 3, p. 393-404, 2013.

SVENSSON, P.; BENDIXEN, K. Reliability and validity of the DC/TMD Axis I. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, Hanover Park, v. 32, n. 1, p. 25-26, 2018.

TRAVELL, J.; SIMON, D. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992. 2 v.

TRUELOVE, E. et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: validity of Axis I diagnoses. *Journal of Orofacial Pain*, Carol Stream, v. 24, n. 1, p. 35-47, 2010.