

Veronica Aberi

Cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular- a propósito de um caso clínico

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2023

Veronica Aberi

Cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular- a propósito de um caso clínico

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2023

Veronica Aberi

Cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular- a propósito de um caso clínico

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção do grau de

Mestre em Medicina Dentária

Veronica Aberi

RESUMO

A cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular (CA-DTM) mais do que uma manifestação de DTM, é considerada a própria DTM, em que o movimento da mandíbula ou a pressão aplicada à ATM e/ou à musculatura circundante exacerba a cefaleia. É frequente na região temporal, área pré-auricular da face e/ou do músculo masseter, e de etiologia multifatorial. Os principais tratamentos para a CA-DTM são a utilização de goteira oclusal, tratamento cognitivo-comportamental e diferentes formas de terapia física.

O objetivo deste trabalho é apresentar a reabilitação músculo-esquelética de um paciente com CA-DTM, seguido na Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, aprofundando a etiofisiopatologia desta condição para um correto diagnóstico, os possíveis planos de tratamentos e fundamentado isso, numa revisão da literatura.

Neste paciente, a conjugação de terapia comportamental, sessões de *transcutaneous electrical nerve stimulation* e utilização de goteira oclusal mostrou ser eficaz, a curto prazo, no controlo da CA-DTM.

Palavras-chave: Disfunção temporomandibular; cefaleia atribuída a disfunção temporomandibular; cefaleia secundária; tratamento.

ABSTRACT

Headache attributed to temporomandibular disorder (HATMD) rather than a TMD manifestation, is considered to be TMD itself, in which jaw movement or pressure applied to the TMJ and/or surrounding muscles exacerbates the headache. It is frequent in the temporal region, pre-auricular area of the face and/or masseter muscle, and has a multifactorial etiology. The main treatments for HATMD are the use of occlusal splints, cognitive-behavioral treatment and different forms of physical therapy.

The objective of this work is to present the musculoskeletal rehabilitation of a patient with HATMD, followed at the Pedagogical Clinic of Dental Medicine of the Fernando Pessoa University, deepening the etiopathology of this condition for a correct diagnosis, the possible treatment plans and substantiating this, in a literature review.

In this patient, the combination of behavioral therapy, sessions of transcutaneous electrical nerve stimulation and use of an occlusal splint proved to be effective, in the short term, in controlling HATMD.

Keywords: Temporomandibular disorders; headache attributed to temporomandibular disorders; Secondary headache; treatment.

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que me apoiaram com todo o seu amor.

“Dalla meta mai non toglier gli occhi”

(Manzoni)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Barbosa de todo o coração, obrigada por sua ajuda, disponibilidade, apoio e paciência ao longo deste trabalho que não teria sido o mesmo sem a sua ajuda.

Agradeço a todos os Professores, que acompanharam o meu percurso académico e contribuíram para a minha formação.

Agradeço o meu binómio, o meu quadrinómio e toda a minha turma por me acompanhar nos meus inícios na clínica.

Agradeço todos os meus amigos, tanto aqueles que estavam ao meu lado em este percurso quanto os que estavam distantes.

Agradeço em particular a minha amiga Alexa por sempre estarem presentes na minha vida estendendo-me a mão em todos os momentos.

Minha gratidão se estende à minha família que me apoiou nesta escolha todos os dias sem nunca duvidar de mim.

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
DEDICATÓRIA	vii
AGRADECIMENTOS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xii
I. INTRODUÇÃO	1
1. Diagnóstico da cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular	3
2. Etiofisiopatologia da cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular	4
3. Prevalência da cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular	6
4. Opções de tratamento na cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular	8
II. CASO CLÍNICO	12
III. DISCUSSÃO	18
IV. CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA	25
ANEXOS	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Fotografia frontal da hipertrofia massetérica	13
Figura 2 Fotografia lateral da hipertrofia massetérica	13
Figura 3 vista lateral direita linha alba	13
Figura 4 vista lateral esquerda linha alba	13
Figura 5 fotografia intra-oral do desgaste dentário	14
Figura 6 fotografia frontal da goteira colocada na boca	16
Figura 7 Ortopantomografia	17

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Comissão de Ética	31
Anexo 2 - Comunicação com a Direção Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária (pedido e autorização)	32
Anexo 3 - Formulário de exame clínico CD/DTM	33
Anexo 4 - Escala de Limitação Funcional Maxilar-8(ELFM-8)	35
Anexo 5 - Lista de Controlo de Comportamentos Oraís (LCCO)	36
Anexo 6 - Questionário de Saúde do Paciente (QSP-4)	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

µm	Micrómetro
ATM	Articulação Temporomandibular
CA-DTM	Cefaleia Atribuída à Disfunção Temporomandibular
CD/DTM	Critérios de Diagnóstico para Desordens Temporomandibulares
CPMD	Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária
DTM	Disfunção Temporomandibular
DV	Dimensão Vertical
EDCG	Escala de Dor Crônica Graduada
ELFM-8	Escala de Limitação Funcional Maxilar
Hz	Hertz
ICHD-3	<i>International Classification of Headache Disorder, 3rd Edition</i>
IHS	<i>International Headache Society</i>
INFORM	<i>International Network for Orofacial pain & Related disorders Methodology</i>
LCCO	Lista de Controlo de Comportamentos Orais
mg	Miligrama
QSP-4	Questionário de Saúde do Paciente
SEG	Sistema Estomatognático
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
UFP	Universidade Fernando Pessoa

I. INTRODUÇÃO

As cefaleias e as disfunções temporomandibulares (DTM) são condições muito prevalentes na população, representando um grave problema de saúde e com impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, além de, do ponto de vista médico, levarem a dificuldades no tratamento (Fehrenbach, da Silva e Brondani, 2018).

A cefaleia é apontada como um dos mais frequentes sintomas encontrados no paciente com DTM (27,4% vs 15,2%), sendo muitas vezes a causa de procura de ajuda médica. Pode ser dividida em dois tipos principais: a cefaleia primária, aquela que tem a manifestação dolorosa como única patologia desencadeante; a cefaleia secundária associada a um fator causador, ou seja, tem a sua origem em outra doença ou disfunção, sendo nada mais do que um sintoma de alguma outra patologia preexistente (Abouelhuda *et al.*, 2017).

As cefaleias secundárias podem assim estar associadas às DTM podendo ser uma manifestação destas ou mesmo a própria DTM (van der Meer *et al.*, 2017). A DTM quando está relacionado com a cefaleia, acarreta numa série de limitações ao indivíduo que a possui sendo necessário esclarecer a sua origem, trabalhar prevenção e promoção de saúde para que se obtenha um bom nível de qualidade de vida (Santos *et al.*, 2013).

Segundo o *International Network for Orofacial pain & Related disorders Methodology (INFORM)* a cefaleia atribuída à DTM (CA-DTM) é considerada uma cefaleia secundária e classificada como um subtipo de DTM, em que o movimento, função mandibular, comportamento oral ou a pressão aplicada à ATM ou à musculatura circundante, frequentemente exacerba a cefaleia ou induz dor familiar que se assemelha à cefaleia do paciente (Schiffman *et al.*, 2014).

A CA-DTM é geralmente mais frequente nas regiões pré-auriculares, nos músculos masséteres e temporais, que se intensifica com a movimentação da mandíbula, com a palpação das têmporas, com a mastigação, ou com comportamentos orais, como por exemplo, ou bruxismo (ranger ou apertamento dos dentes) (Reiter *et al.*, 2021).

As origens da dor incluem deslocamento de disco, osteoartrite, hiper mobilidade articular e dor miofascial regional. Clinicamente manifesta-se ipsilateralmente quando a ATM é o gerador da dor, mas pode ser bilateral com envolvimento muscular (IHS, 2013).

Dos sinais e sintomas clínicos encontrados na CA-DTM, a dor à palpação nos músculos da

mastigação, que é capaz de induzir uma dor familiar, semelhante à cefaleia do paciente, é o critério de diagnóstico mais importante (Hara *et al.*, 2016). A DTM e consequente, a CA-DTM como uma forma de DTM, tem uma etiologia complexa e multifatorial, podendo ser causada por diversos fatores que aumentam o risco e/ou predispõem a essa condição. Esses fatores podem interferem no tratamento e controlo da condição. Para identificar os fatores que perpetuam e agravam essa dor associada à DTM, é importante que o profissional realize uma anamnese detalhada e saiba interpretar os aspetos emocionais e físicos fornecidos pelo paciente, além de considerar a sua história clínica. Além disso, um exame físico minucioso não deve ser negligenciado (Tchivileva *et al.*, 2021). Dessa forma a abordagem terapêutica deve ser dirigida aos fatores etiológicos individuais de forma a se conseguir o tratamento mais adequado ao nível individual (Sharma *et al.*, 2023).

O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de um paciente com CA-DTM tratado nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (UFP). Para tal, procedeu-se ao pedido de utilização dos dados clínicos do paciente (história clínica, registos de consultas, fotografias e exames imagiológicos) à Comissão de Ética da UFP (anexo 1) e após autorização, pediu-se à Direção Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da UFP (anexo 2) a marcação do paciente para consultas de controlo e a autorização para consulta dos respetivos dados clínicos. O paciente foi tratado com recurso a terapia comportamental de controlo de comportamentos orais, 6 sessões de *transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)* e utilização de goteira de estabilização oclusal. A conjugação destas terapias dirigidas aos principais fatores etiológicos do paciente, mostrou ser eficaz, a curto prazo, no controlo da CA-DTM deste.

Através de uma revisão bibliográfica sobre a CA-DTM, tendo como base as palavras-chave aplicadas na base de dados PUBMED, no dia 26 de maio de 2023, “headache attributed to temporomandibular disorders” e “treatment”, fundamentou-se os aspetos relacionados com o diagnóstico, etiopatologia, opções de tratamento e controlo da condição músculo-esquelética da CA-DTM. Não foram colocados limites temporais ou linguísticos. Da pesquisa a expressão “headache attributed to temporomandibular disorders” obtiveram-se 58 artigos e da combinação com o operador booleano “AND” das duas expressões, em pesquisa avançada, 33 artigos. Foram lidos todos os resumos e utilizados os artigos que permitiam responder aos objetivos do trabalho. Adicionalmente e em relação à abordagem terapêutica foram utilizados artigos obtidos referência cruzada dos artigos revistos. Assim, para a redação deste trabalho foram utilizados 57 artigos.

1. Diagnóstico da cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular

Diversos protocolos de avaliação, diagnóstico e tratamento das DTM tem sido utilizado ao longo dos anos, no entanto, as duas principais classificações para o diagnóstico das cefaleias secundárias, nomeadamente a cefaleia atribuída à DTM são os Critérios de Diagnóstico para as DTM (CD/DTM e a *International Classification of Headache Disorders-3 (ICHD-3)* (IHS, 2013; Schiffman *et al.*, 2014).

Os CD/DTM são os critérios mais atuais para a classificação da DTM e também inclui critérios para definir a CA-DTM. É constituído por 2 eixos: o eixo I é composto pelos diagnósticos com a avaliação das características físicas e o eixo II que incorpora instrumentos para avaliar os comportamentos perante a dor, estado psicológico e funcionamento psicossocial (Schiffman *et al.*, 2014).

O diagnóstico físico pelo eixo I do CD/DTM de cefaleia atribuída à DTM é baseado na interpretação da história e do exame físico pelo e define a CA-DTM como “Cefaleia secundária à DTM relacionada à dor na área da têmpora que é afetada pelo movimento, função ou parafunção da mandíbula, e a replicação dessa cefaleia ocorre com o teste de provocação do sistema mastigatório” (Schiffman *et al.*, 2012).

Na história tem que ser positivo para ambos os seguintes (Schiffman *et al.*, 2012).

1. Dor de cabeça de qualquer tipo na aérea da têmpora,
2. Cefaleia que é modificada com o movimento, função ou parafunção da mandíbula.

No exame físico tem que ser positivo para ambos os seguintes:

1. Confirmação da localização da cefaleia na área do(s) músculo(s) temporal(is),
2. Relato de cefaleia familiar na área do(s) têmpora(s) com pelo menos um dos seguintes testes de provocação:
 - A. Palpação do(s) músculo(s) temporal(is);
 - B. Abertura máxima não assistida ou assistida, lateral direita ou esquerda ou movimento(s) protrusivo(s).

O protocolo do eixo I, inclui a critérios válidos de diagnóstico para detetar qualquer DTM

relacionada à dor. Esses critérios servem para diferenciar as DTM relacionadas com à dor muscular (sensibilidade $\geq 0,86$ e especificidade $\geq 0,98$), para a artralgia (sensibilidade $\geq 0,89$ e especificidade $\geq 0,98$) e para a cefaleia atribuída às DTM (sensibilidade $\geq 0,89$ e especificidade $\geq 0,87$) (Schiffman *et al.*, 2014).

O eixo II, o eixo psicossocial é formado por cinco instrumentos de autopreenchimento para avaliação de dor, quatro para alterações psicossociais e comportamentais, três instrumentos de avaliação psicoemocional (ansiedade/depressão) e pode ser aplicado em sua versão resumida ou completa. A versão resumida é composta pelos instrumentos: Questionário de Saúde do Paciente (QSP-4) que indica presença de sintomas de ansiedade e de depressão, Escala de Dor Crônica Graduada (EDCG), Lista de Controlo dos Comportamentos Oraís (LCCO- 21 itens; 2 comportamentos de sono e 19 comportamentos de vigília) que quantifica a frequência/intensidade dos comportamentos orais, e a Escala de Limitação Funcional Maxilar (ELFM-8) para medir as limitações funcionais em pacientes com DTM (Schiffman *et al.*, 2014).

A principal utilidade deste diagnóstico de cefaleia secundária, em contraste com um diagnóstico primário de cefaleia (geralmente cefaleia do tipo tensional, enxaqueca sem aura ou ambos), é que ele indica o tratamento da DTM como a abordagem terapêutica e indica os potenciais fatores etiológicos em que é necessário intervir (List e Jensen, 2017).

Assim, um exame mais aprofundado do sistema estomatognático (SEG) é recomendado em pacientes com cefaleia crônica para iniciar o diagnóstico e tratamento em caso de DTM e prevenir complicações futuras, dor e custos relacionados e aumentar a qualidade de vida dos pacientes (Najafi *et al.*, 2017).

2. Etiofisiopatologia da cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular

Os fatores etiológicos que podem afetar a função ou levar a dor no SEG são vários e muitas vezes, para um determinado paciente, a etiologia da CA-DTM pode ser multifactorial, com fatores locais e com fatores sistêmicos, endócrinos e/ou psicológicos também envolvidos (Fehrenbach, da Silva e Brondani, 2018).

Fatores locais, como a má oclusão, trauma local, comportamentos orais, fatores psicológicos como stress e tensão psicológica, a hiperatividade muscular global, a postura inadequada da

cabeça e pescoço podem favorecer o aparecimento da CA-DTM ou mesmo perpetuá-la (Najafi *et al.*, 2017).

As atividades orais podem ser funcionais (mastigação, fala, deglutição e respiração) e não funcionais, também designados por comportamentos orais. O comportamento oral mais comum durante o sono é o bruxismo. Por outro lado, os comportamentos orais de vigília são mais diversificados e incluem o apertar ou ranger os dentes, mascar pastilhas elásticas, morder objetos, morder a língua, bochecha ou lábio, sucção digital, onicofagia, hábitos posturais errados, segurar objetos debaixo do queixo, entre outros. Todos estes comportamentos orais compartilham uma característica em comum, relacionada com o uso excessivo dos músculos da mastigação, o que pode favorecer a perpetuação dor muscular (Ohrbach, Markiewicz e McCall Jr, 2008; Okeson, 2019).

Tais comportamentos orais podem ocorrer durante períodos de ansiedade ou nervosismo, porque a sua realização resulta numa diminuição momentânea da tensão nervosa (Fatima *et al.*, 2019). Assim, o stress e a ansiedade são fatores emocionais que podem, com maior frequência, amplificar os comportamentos orais e mesmo o tónus muscular, pela intensa ação nos músculos craniofaciais, favorecendo o surgimento dos sinais e sintomas das DTM e consequentemente, da cefaleia (Sharma *et al.*, 2023).

Além de serem possíveis desencadeadores da DTM, os fatores psicossociais estão associados à gravidade e persistência da dor, influenciam a resposta dos pacientes ao tratamento, sendo incluídos no eixo II do CD/DTM para avaliar o sofrimento psicológico e a disfunção psicossocial associados à dor crónica e à CA-DTM crónica (Piccin *et al.*, 2016).

A fisiopatologia exata da CA-DTM ainda não é totalmente compreendida, no entanto, acredita-se que existam várias possíveis causas ou mecanismos que podem contribuir para sua manifestação (Fehrenbach, da Silva e Brondani, 2018).

A interação entre DTM e cefaleia está primariamente relacionada à anatomia e à inervação. O nervo trigémeo é o nervo sensitivo tanto das cefaleias quanto das dores orofaciais e DTM, e, portanto, pode ser considerada o primeiro “local de convergência” entre DTM e cefaleia, pois é o principal responsável pelas aferências nociceptivas da face e da cabeça (Conti *et al.*, 2016).

As alterações neuromusculares associadas à DTM, como desvios da função normal da ATM, hiperatividade muscular ou disfunção do controlo motor podem causar estímulos mecânicos e

alterações na atividade estomatognática, que por sua vez podem prolongar a estimulação nociceptiva dos músculos da mastigação. Essa estimulação nociceptiva prolongada pode induzir sensibilização dos nociceptores nas regiões pericraniana e intracraniana, aumentando as respostas dos neurónios centrais, podendo contribuir para a transferência da dor da região temporomandibular para a região cefálica com conseguinte manifestação de sintomas de cefaleia (da Cruz Andrade *et al.*, 2019).

Além disso, foi hipotetizado que a ativação dessas vias nociceptivas pode influenciar a regulação central da dor e diminuir o limiar de tolerância à dor, tornando os pacientes mais suscetíveis ao desenvolvimento de cefaleia, ou à sua expressão crónica (Conti *et al.*, 2016).

Compreender os mecanismos pelos quais a DTM e a cefaleia podem estar fisiopatologicamente ligadas quais mecanismos nociceptivos, processamento da dor, sensibilização periférica e central ocorrendo simultaneamente em regiões corporais adjacentes pode fornecer pistas quanto à sua associação clínica e elucidar alvos comuns para a terapia. Os indivíduos com DTM e com CA-DTM relatam maior cronicidade da dor, intensidade da dor, incapacidade relacionada à dor, sintomas depressivos e sintomas físicos, e são mais propensos a um dor persistente, como mais dias de dor (Greenbaum e Emodi-Perlman, 2023; Sharma *et al.*, 2023).

3. Prevalência da cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular

A cefaleia é uma queixa frequente na população em geral, com uma estimativa de 77% a 91,3% das pessoas experimentaram pelo menos um episódio de dor de cabeça durante a vida. As disfunções temporomandibulares (DTM) compreendem a segunda condição músculo-esquelética mais comum, afetando aproximadamente 5% a 12% da população (Reiter *et al.*, 2021).

A maioria das pesquisas nas últimas décadas centrou-se sobre a prevalência e comorbilidade da DTM e cefaleia, apenas um conhecimento limitado está disponível sobre a epidemiologia da CA-DTM.

Num estudo realizado por Ryu *et al.* no 2009 foram recrutados 66 pacientes que procuraram atendimento por sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) e dor orofacial no departamento de medicina oral do Hospital Odontológico da Universidade Chosun, com

objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de cefaleia atribuída a sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) e investigar as relações entre cefaleia e DTM. A cefaleia do tipo tensional foi a mais frequente na população estudada (89,39%), e 36 pacientes de 66 tiveram cefaleia relacionadas à DTM, com uma percentagem de 54,55%. Dos 36 pacientes que tiveram cefaleia relacionada com DTM, 19 pacientes (52,78%) descreveram que sua cefaleia relacionada à DTM era diferente das suas próprias dores de cabeça primárias. Em conclusão, os autores definiram que a cefaleia relacionada à DTM é relativamente comum nos pacientes que apresentavam cefaleias e outros sintomas de DTM, independentemente, de haver uma cefaleia primária diagnosticada (Ryu *et al.*, 2009).

Mais tarde, Schiffman *et al.* (2012) numa amostra (n=373) que apresentava cefaleia na têtora concomitante com DTM dolorosa, verificaram que 170 indivíduos tinham cefaleia na têtora consistente com CA-DTM e 203 indivíduos cuja cefaleia não estava relacionada a DTM, estabelecendo neste estudo os critérios primários para esta designação (Schiffman *et al.*, 2012).

Svechtarov, Nencheva-Svechtarova e Uzunov (2015) num estudo com o objetivo de analisar a distribuição dos diagnósticos mais comuns observados em pacientes (n= 63) com DTM crónica com base nos critérios diagnósticos CD/DTM, mostraram uma prevalência de DTM relacionada à dor em comparação com distúrbios intra-articulares na proporção de 57,89% para 42,10%. Nos diagnósticos dolorosos de DTM, a artralgia estava presente em 55% dos casos; a mialgia local em 12%, a dor miofascial em 18%, a dor miofascial com dor referida em 14%, e a CA-DTM em apenas 1% dos casos (Svechtarov, Nencheva-Svechtarova e Uzunov, 2015).

Com efeito, no estudo retrospectivo de Vivaldi *et al.* (2018), 295 registos foram consultados, e 116 indivíduos foram incluídos pela presença de mialgia ou artralgia em acordo com os critérios de Diagnóstico de Pesquisa para DTM (CD/DTM). Deste 34 apresentavam CA-DTM (29,3%) e 82 sem CA-DTM (72,7%). Os autores também concluíram que a CA-DTM foi associada a maior intensidade de dor por DTM, mas não maior cronicidade da dor por DTM (Vivaldi *et al.*, 2018).

Vainionpää *et al.*, em 2019, avaliaram uma amostra de 100 prisioneiros finlandeses, pelo protocolo do eixo I de CD/DTM para avaliar a prevalência de subdiagnósticos de DTM. Apesar de ter de ser a cefaleia um dos sintomas de DTM mais comuns, com 37,0% de

prevalência, a CA-DTM foi diagnosticada apenas em duas indivíduos, com uma prevalência de 2% (Vainionpää *et al.*, 2019).

Em 2020, Wieckiewicz *et al.*, num estudo numa população urbana polaca examinaram 213 indivíduos voluntários (149 mulheres e 64 homens). Foi aplicado o CD/DTM, o diagnóstico para 55,9% dos participantes foi DTM relacionada à dor, incluindo mialgia (47,4%), dor miofascial (14,1%), artralgia (21,1%) e cefaleia atribuída a DTM (10,3%) (Wieckiewicz *et al.*, 2020).

No estudo retrospectivo de Reiter *et al.* (2021) foram avaliados inicialmente, os processos de 558 pacientes que foram atendidos pela primeira vez na Clínica de Dor Orofacial da Universidade de Tel Aviv, A população final do estudo consistiu de 255 pacientes com DTM em que havia sido realizado o aplicados eixo I e eixo II dos CD/DTM. Dos 54,4% dos indivíduos que haviam relatado cefaleia nos últimos 30 dias que incluía as áreas têmporas, 49,1% foram diagnosticados com mialgia local, 35,8% com dor miofascial com referência e apenas 23,5% com CA-DTM (n=60) (Reiter *et al.*, 2021).

Em paralelo, um outro estudo retrospectivo foi realizado por Exposto *et al.* (2021) com objetivo de avaliar a sobreposição entre CA-DTM e mialgia do músculo temporal, dos 671 pacientes que procuraram tratamento na Seção de Dor Orofacial e Função da Mandíbula, Aarhus University, Dinamarca, 89 pacientes foram diagnosticados com cefaleia atribuída a DTM e/ou mialgia do temporal quando preencheram os critérios diagnósticos CD/DTM, destes, 2 tiveram diagnóstico de CA-DTM, 16 de mialgia temporal e 71 foram diagnosticados com ambas as condições (97,3%) (Exposto *et al.*, 2021).

A CA-DTM é um diagnóstico recente, portanto, existem apenas estudos limitados sobre a sua prevalência, que variam de acordo com amostras pequenas e os critérios de diagnóstico aplicados, pelo que ainda não há uma verdadeira noção populacional da sua prevalência.

4. Opções de tratamento na cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular

Devido aos diversos fatores etiológicos envolvidos na CA-DTM existem diferentes métodos terapêuticos, que podem ser escolhidos para que os pacientes possam controlar a sua condição e estes devem ser escolhidos em função da história individual de cada paciente (Sassi *et al.*, 2018).

O tratamento conservador, não invasivo e reversível, continua a ser o meio mais eficaz de intervenção na maioria dos pacientes, considerando-se a abordagem de eleição. Assim, as medidas mais eficazes e escolhidas passam por uma terapia conservadora baseada em terapia cognitiva comportamental, fisioterapia, terapia oclusal com goteira oclusal, devendo ser uma abordagem multidisciplinar que pode envolver as áreas de medicina e medicina dentária, fisioterapia, fisioterapia, psicologia e/ou psiquiatria, entre outras (Fertout *et al.*, 2022).

A terapia cognitiva-comportamental visa evitar ou controlar comportamentos orais nocivos, pois desempenham um papel importante na etiologia e perpetuação da CA-DTM. Comportamentos orais como o bruxismo, nas suas diferentes dimensões, roer unhas ou morder objetos inapropriados pode colocar uma carga excessiva sobre a ATM, músculos da mastigação e estruturas associadas. Ao consciencializar o paciente sobre esses fatores e fornecer orientações sobre como evitá-los ou controlá-los, é possível reduzir a sobrecarga nos tecidos envolvidos, promover a recuperação e prevenir recidivas das CA-DTM (Zamperini *et al.*, 2005).

Recentemente, têm sido criadas formas de monitorização em ambiente natural, do bruxismo e comportamentos orais de vigília, através de dispositivos móveis ou mesmo aplicações para *smartphones*, indicando ao seu utilizador em tempo real a realização deste comportamento e ajudando ao treino cognitivo de interrupção (Zani *et al.*, 2019).

Também uma intervenção psicológica pode ser eficaz, quando os fatores psicossociais desempenham um papel importante na cronificação das queixas de CA-DTM. Redução de nível de stress emocional e ansiedade podem envolver a consciencialização do paciente sobre sua situação, fornecendo informações educacionais sobre a DTM e promovendo mudanças no estilo de vida, como alimentação balanceada, prática regular de exercícios físico, técnicas de relaxamento em casa e a adoção de estratégias de autocuidado. Esta intervenção exige a participação ativa do paciente, e as vezes, estes devem ser encaminhados para profissionais mais treinados em modificação comportamental e terapia psicológica, como psiquiatras e psicólogos (Graff-Radford, 2007; Conti *et al.*, 2016; Okeson, 2019).

A integração de uma perspetiva biopsicossocial no raciocínio clínico e na tomada de decisão pode ser um ponto chave no controlo da dor e na reabilitação musculoesquelética de pacientes com CA-DTM (La Touche *et al.*, 2015).

Segundo a literatura, o tratamento com goteira de estabilização oclusal é considerado uma

intervenção não invasiva, simples, de baixo custo, acessível em todas as classes sociais, onde na maioria dos casos minimizam ou eliminam a dor (Ferreira *et al.*, 2017). Portanto, esse é um tratamento que apresenta evidências científicas de qualidade, sendo uma intervenção segura e efetiva para controlar a dor, tanto em curto como em longo prazo, especialmente, quando há evidência de bruxismo de sono de causa primária (Portero *et al.*, 2009). A goteira de estabilização oclusal é concebida para eliminar qualquer instabilidade ortopédica entre as posições oclusais e articulares, atenuando os sinais e sintomas da DTM. Geralmente é confeccionada para a arcada maxilar para melhorar o posicionamento lingual e quando colocada, o côndilo vai para uma posição músculo-esquelética mais estável, e os dentes estão a contactam de forma uniforme e simultaneamente, fornecendo uma condição oclusal ideal, no sentido de reorganizar a atividade neuromuscular reflexa, reduzindo o bruxismo e estimulando a função muscular, promovendo um método de relaxamento (Sherman *et al.*, 2004; Okeson, 2019).

Os sinais e sintomas de CA-DTM pode ser significativamente melhorados com a fisioterapia sendo vários são os recursos terapêuticos nessa área: aplicações de laser, massoterapia, acupuntura, termoterapia, outras terapias físicas como ultrassons ou aplicações de correntes elétricas, treino postural, exercícios e manipulações (Conti *et al.*, 2016; Moleirinho-Alves *et al.*, 2021).

Entre todos estes recursos terapêuticos utilizados na fisioterapia para reduzir a dor e restabelecer a função dos músculos mastigação encontramos a *TENS*. A *TENS* é uma intervenção não farmacológica, não invasiva, utilizada no tratamento da dor aguda ou crônica que consiste na aplicação de várias formas de ondas elétricas, a várias frequências e a várias amplitudes aos nervos periféricos através de eletrodos (Johnson e Martinson, 2007; Vance *et al.*, 2014). A *TENS* pode ser aplicada com diferentes frequências, sendo considerada baixa >10Hz e alta frequência > 50Hz, intensidades e variações de impulsos (Sluka e Walsh, 2003).

O efeito analgésico da *TENS* é produzido por dois mecanismos diferentes: a teoria porta da dor e liberação de substâncias opióides endógenas. Na teoria da porta da dor, de acordo com Sabino *et al.* (2008), o feixe espinal do trigêmeo, sendo considerado o local de transmissão de impulsos nervosos, é inibido por ação da estimulação das fibras nervosas mielinizadas de grande diâmetro ($A\beta$ e $A\alpha$) o que inibe a transmissão de impulsos nas fibras nervosas não mielinizadas de pequeno diâmetro ($A\delta$ e C), resultando na inibição da condução do impulso

doloroso, no trigêmeo (Sabino *et al.*, 2008). O sistema opioide endógeno desempenha um papel na atenuação da dor, agindo por meio das encefalinas e β -endorfinas, que possuem propriedades analgésicas e influenciam a percepção da estimulação nociceptiva ao interagir com os recetores opióides. Os benefícios na utilização do TENS são: redução nas sensações dolorosas, melhoria de amplitude na abertura bucal, redução da atividade eletromiográfica dos músculos da mastigação durante o repouso e redução do volume dos músculos masséteres (Ferreira *et al.*, 2017; Fertout *et al.*, 2022).

No tratamento da CA-DTM, muitos são os processos terapêuticos empregados até o momento, o critério para escolha deles é de acordo com a particularidade de cada caso clínico e a intervenção multidisciplinar mostra resultados benéficos para esses pacientes, porém são necessários mais estudos nesta área para a existência de protocolos mais eficientes e com um bom custo-benefício (Sassi *et al.*, 2018; Shimada *et al.*, 2019).

II. CASO CLÍNICO

Homem de 23 anos, compareceu em abril do 2023 na consulta de Diagnóstico e Planejamento da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (CPMD-UFP) apresentando como queixa principal: “dor de cabeça na zona temporal e frontal bilateral”. Ele também relatou dor e sensação de fadiga muscular nos músculos da mastigação, desconforto bilateral na ATM e “espasmos” musculares noturnos que o acordavam durante a noite.

O paciente não tem histórico médico relevante, nenhuma doença conhecida e não toma medicamentos regularmente.

Na história médica o paciente relatou que já sofre de episódios de cefaleia desde há 4 anos, mas que no último mês aumentaram e que se agravam com a movimentação da mandíbula, nomeadamente, durante a mastigação de comida dura, o bocejar e o aperto dentário. O paciente indicou que esporadicamente tinha necessidade de tomar anti-inflamatório não esteroide (Ibuprofeno 400mg) e/ou analgésicos de ação periférica (Paracetamol 1000mg) durante as queixas de cefaleia e que estas cessavam se descasasse.

O paciente referiu ser muito ansioso, especialmente associado aos períodos de exames na universidade. Em relação ao comportamento oral e pela história do paciente, foram de ressaltar a presença de bruxismo excêntrico do sono e também bruxismo cêntrico de vigília. O

paciente referiu que já tinha um dispositivo oclusal rígido, realizado há 3 anos atrás, que ainda utilizava, mas que nunca havia sido ajustado em este período que quando se observou verificou-se ser uma placa de acetato termoformada.

No exame clínico extra-oral verificou-se paciente tendencialmente braquifacial, com hipertrofia massetéica bilateral. (Figura 1 e 2).

Figura 1 Fotografia frontal da hipertrofia massetérica



Figura 2 Fotografia lateral da hipertrofia massetérica



No exame clínico intra-oral dos tecidos moles verificou-se linha alba bilateral na bochecha e sinais de mordida da língua na zona pósterio lateral (Figura 3 e 4).

Figura 3 vista lateral direita linha alba

Figura 4 vista lateral esquerda linha alba



O paciente apresentava desgaste dentários nos bordos incisais e nos caninos, compatíveis com lesões de atrição secundárias ao bruxismo do sono, para o qual ele tinha noção e que também companheiros de quarto já haviam referido (Figura 5).

Figura 5 fotografia intra-oral do desgaste dentário



Para o exame clínico do sistema músculo-esquelético da região orofacial seguiu-se o protocolo dos CD/DTM, tendo-se verificado a palpação dolorosa sem irradiação dos músculos masséteres e temporais, sendo que no temporal esquerdo o paciente identificou a sua dor, como familiar e como sendo, a sua dor de cabeça. O paciente apresentou dor na palpação do polo lateral de ambas as ATM também familiar e no tendão do temporal.

Segundo o algoritmo dos CD/DTM foi identificada a presença de artralgia bilateral das ATM, CA-DTM do lado esquerdo e tendinite do temporal bilateral (Anexo 3).

O paciente preencheu do eixo II dos CD/DTM, a escala de limitação funcional (ELFM-8), a lista de controlo de comportamentos orais (LCCO) e o questionário de saúde do paciente (QSP-4). Em relação à ELFM-8 o paciente não apresentou nenhuma limitação funcional apesar de ter referido relação da sua cefaleia com ao mastigar comida dura, abrir a boca, aperto dentário e bocejar durante o último mês aquando do questionário de saúde geral. Relativamente à LCCO, e numa escala de 0-84 pontos, ele apresentou 41 pontos, sendo considerada como, uma alta taxa de comportamentos orais. No resultado do QSP-4 o paciente tem uma pontuação de três que classifica o paciente como tendo um ligeiro “*distress*”, ou seja, uma angústia ligeira (Anexo 4-5-6).

Diante desse quadro clínico, o plano de tratamento proposto para a paciente foi terapia cognitiva-comportamental, goteira de estabilização oclusal e tratamento de fisioterapia com *TENS*.

A terapia cognitiva-comportamental consistiu em consciencializar a paciente sobre os seus comportamentos orais, de forma a evitar ou controlar estes. Foi indicada a utilização da *BruxApp*® como forma de lembrete como forma de controlo comportamental.

Concomitante as nossas consultas o paciente foi tratado na Clínica pedagógicas da Fisioterapia nas primeiras duas semanas de maio com a *TENS*) ao fim de reduzir a dor e restabelecer a função dos músculos da mastigação. Foram realizadas seis sessões de 30 minutos a alta frequência (50 Hz) com os elétrodos posicionados na maior área de dor nos músculos masséteres.

O tratamento para a confecção da goteira de estabilização oclusal realizado entre abril e junho de 2023 o paciente esteve presente nas seguintes consultas:

1ª Consulta (abril 2023): Impressões com moldeiras universais em alginato (*Turboprint*® Ortho, R&S) para obtenção de modelos de estudo; montagem de arco facial, registos intermaxilares em relação cêntrica com cera *Delar*®, na dimensão vertical (DV) que a goteira deveria ter. Montagem de modelos de estudo em articulador semi-ajustável (*Quick Master*®), executada utilizando o registo intermaxilar realizado e no zero do articulador. Houve envio da montagem em articulador para o laboratório com o pedido de confecção de goteira de estabilização oclusal maxilar, com guia canina de lateralidade e incisiva de protrusão e respeitando a DV de registo.

2ª Consulta (maio 2023): Colocação da goteira no maxilar do doente e verificação e ajuste dos seguintes parâmetros:

- Retenção adequada;
- Eliminação de pressões indevidas e incómodas dos dentes;
- Verificação dos contactos simultâneos e uniformes das cúspides funcionais vestibulares mandibulares e dos dentes anteriores inferiores com o uso de papel articular (*Arti-Fol*® metallic 1212µm - Bausch).

- Observação da guia canina de lateralidade e anterior de protrusão, com desocclusão dos dentes posteriores

Entrega da goteira ao paciente e instruções de higiene do dispositivo e de utilização (Figura 6).

Reforço da terapia cognitivo-comportamental.

Figura 6 fotografia frontal da goteira colocada na boca



3ª Consulta (junho 2023): o paciente retornou para fazer controlo ao fim de avaliação 1 mês de utilização da goteira, quando foi avaliado novamente pelo protocolo dos CD/DTM, a LCCO e do QSP-4 para análise comparativa da sintomatologia. O paciente não apresentou nesta data nenhuma sintomatologia dolorosa e em relação à LCCO, desceu para 12 pontos o que classificou o paciente com baixa frequência de comportamentos orais. O paciente referiu, neste controlo que a utilização da aplicação *BruxApp*®, como forma de lembrete de controlo comportamental, foi muito útil. Relativamente ao QSP-4 foi para 0 pontos.

Após a realização do plano de tratamento estabelecido, foram aconselhados controlos periódicos de 6 meses em 6 meses do seu dispositivo oclusal, monitorização cognitivo-comportamental dos comportamentos orais e estratégias para a ansiedade em períodos de exames (atividade física regular e, se necessário, apoio psicológico).

Foi indicada ao paciente a extração dos terceiros molares pelo bloqueio coronóide que exercem os elementos 18 e 28, que explicam a sua tendinite temporal bilateral. Também a

extração sucessiva dos elementos 38 e 48 pela possibilidade de extrusão passiva. Na ortopantomografia é possível ter noção da posição do 18 e 28 e a hipertrofia coronoide (Figura 7).

Figura 7 Ortopantomografia



III. DISCUSSÃO

A reabilitação músculo-esquelética de um paciente com CA-DTM pode representar um desafio clínico considerável para o Médico Dentista, uma vez que:

- As causas da DTM e, conseqüentemente, das CA-DTM são de etiologia complexa e multifatorial, o que significa que vários fatores podem contribuir para o seu desenvolvimento e persistência (Oral *et al.*, 2018).

- A dificuldade no diagnóstico requer precisão ao recolher informações sobre a história do paciente e obriga a que se realize uma avaliação biopsicossocial detalhada e não apenas avaliação física; outras vezes, isso exige o trabalho em equipa multidisciplinar, com o apoio de outras áreas médicas no diagnóstico diferencial (neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outros) (Österlund *et al.*, 2018; Tchivileva *et al.*, 2021).

- A escolha das terapias mais eficazes e direcionadas à causa é complexa, visto que existem diversos recursos clínicos disponíveis para o tratamento da DTM, não apenas na área da medicina dentária, mas também exigindo a colaboração de outros profissionais, como o fisioterapeuta (Costa *et al.*, 2014).

- Além disso, a cooperação e a educação do paciente são fundamentais, é importante destacar a participação do paciente na eliminação ou redução dos comportamentos orais inadequados e no uso correto da goteira estabilizadora (Sherman *et al.*, 2004; Okeson, 2019).

As causas das disfunções temporomandibulares são múltiplas, por isso é necessário que os profissionais façam uma análise adequada, para que os tratamentos aplicados sejam eficazes (Ferreira *et al.*, 2009).

Fundamentada na teoria multifatorial, a literatura aponta como possíveis fatores causais traumas na região de cabeça e pescoço, comportamento orais, fatores psicológicos e má oclusão (Oral *et al.*, 2018; Okeson, 2019).

E importante que o paciente descreva a sua queixa principal, localização, início, características, fatores que a agravam ou aliviam a cefaleia, tratamentos anteriores, e relação com outras queixas de dor (Albrecht, Groto e César, 2021). Portanto, a história anterior e atual de distúrbios sistémicos, comportamentos orais, assim como, as condicionantes psicossociais, são de importante valor diagnóstico, da mesma maneira que a avaliação física por meio da

palpação dos músculos da face e das ATM, da análise estática e dinâmica da mandíbula, da amplitude de abertura bucal e avaliação das ATMs (Tchivileva *et al.*, 2021).

As dores orofaciais e as cefaleias estão intimamente ligadas com aspetos psicoemocionais, que podem atuar como fatores predisponentes (que aumenta o risco de DTM) e/ou perpetuantes (que interfere no controlo da doença). Essa relação entre fatores psicológicos e DTM é tão relevante que o CD/DTM aborda dois eixos de avaliação, um para os fatores físicos denominado eixo 1, e o que avalia a intensidade e gravidade da dor crônica e os níveis de sintomas psicológicos com uma abordagem biopsicossocial constituído pelo eixo 2 (Schiffman *et al.*, 2014; Österlund *et al.*, 2018).

O paciente apresentado neste caso clínico depois preenchimento do Eixo II relativamente à LCCO apresentou 41 pontos, considerado, ou seja, com alta taxa de comportamentos orais (mais que 25 pontos) e no questionário de saúde do paciente (QSP-4) foi classificado com ligeiro “*distress*”.

Entre os comportamentos orais mais problemáticos que acometem o indivíduo está o bruxismo, e o paciente tinha a noção de bruxismo severo, seja da vigília que do sono. Tais comportamentos ocorrem durante períodos de ansiedade ou nervosismo, porque a sua ocorrência resulta em uma diminuição momentânea da tensão nervosa (Fatima *et al.*, 2019; Memmedova *et al.*, 2021). Facto que o paciente corroborou que lhe acontecia.

Diante a pontuação no LCCO e QSP-4, e ao relato do paciente de sentir stress e ser muito ansioso, devido aos exames universitários, foi primariamente abordada uma terapia cognitiva-comportamental antes de iniciar os outros tratamentos.

A terapia cognitiva-comportamental visa a evitar ou controlar comportamentos orais nocivos, pois desempenham um papel importante na etiologia e perpetuação da CA-DTM. Comportamentos como o bruxismo, nas suas diferentes dimensões, roer unhas ou morder objetos inapropriados pode colocar uma carga excessiva sobre a ATM, músculos da mastigação e estruturas associadas. Ao consciencializar o paciente sobre esses fatores e fornecer orientações sobre como evitá-los ou controlá-los, é possível reduzir a sobrecarga nos tecidos envolvidos, promover a recuperação e prevenir recidivas das CA-DTM (Zamperini *et al.*, 2005; Costa *et al.*, 2014).

Assim, inicialmente, o paciente foi esclarecido em relação aos diagnósticos e fatores etiológicos possivelmente envolvidos, a fim de permitir sua participação efetiva no plano de tratamento proposto. Através de aconselhamento adequado, o paciente é orientado sobre a importância de controlar os comportamentos prejudiciais, posturas inadequadas (especialmente relacionadas ao sono), stress/ansiedade, alimentação e exercício físico. Foi aconselhada a utilização da aplicação *BruxApp*® como forma de lembrete de controlo comportamental de vigília, que ele usou e afirmou ter sido útil, tal como corroborado na literatura (Zani *et al.*, 2019).

Ao adotar essas medidas, o paciente adquiriu um papel ativo no tratamento, assumindo a responsabilidade pelo seu bem-estar e colaborando para o sucesso do processo de reabilitação músculo-esquelética (Zamperini *et al.*, 2005). A educação e o comprometimento do paciente foram um componente essencial para alcançar resultados positivos na gestão da CA-DTM deste paciente, contribuindo para a redução da dor, melhoria da função e qualidade de vida global.

O tratamento do doente com CA-DTM pode passar por vários recursos clínicos, com recurso a outros meios conservadores e reversíveis, além da terapia comportamental, que passam por fisioterapia, e terapias com recurso a goteiras oclusais (Conti *et al.*, 2012; Sassi *et al.*, 2018).

Segundo a literatura, o tratamento com goteira de estabilização oclusal apresenta evidências científicas de qualidade, sendo considerada uma intervenção não invasiva, segura, simples, de baixo custo e acessível, onde na maioria dos casos minimizam ou eliminam a dor, tanto em curto como em longo prazo (Portero *et al.*, 2009; Conti *et al.*, 2012; Ferreira *et al.*, 2017).

O paciente realizava bruxismo severo durante o sono e foi optado para ele o confeção de uma goteira de estabilização oclusal para a arcada maxilar, no sentido de reorganizar a atividade neuromuscular reflexa, reduzindo o bruxismo, estimulando a função muscular normal e promovendo um método de relaxamento (Sherman *et al.*, 2004; Okeson, 2019; Saha *et al.*, 2019).

O doente foi instruído acerca da correta utilização da goteira de estabilização oclusal e imediatamente após o início da sua utilização começou-se a sentir muito melhor ao acordar. O sucesso do tratamento da goteira de facto depende muito da cooperação do paciente (da sua adesão), seria importante educar o paciente com instruções de utilização (utilização de forma e tempo adequados) e na marcação de consultas, para que o tratamento seja bem-sucedido

(Okeson, 2019).

A colaboração com outras figuras profissionais é essencial para o tratamento dos pacientes com DTM, entre esse a fisioterapia destina-se a aliviar a dor músculo-esquelética, reduzir a inflamação e restaurar a função motora normal. Entre as intervenções adotadas pela fisioterapia estão as modalidades de eletroterapia, exercícios e técnicas de terapia manual (Oliveira *et al.*, 2006; Shimada *et al.*, 2019).

Muitos estudos têm demonstrado o efeito de alguns recursos terapêuticos para reduzir a dor e restabelecer a função dos músculos mastigatórios, sob esse aspeto, a *TENS*) merece atenção especial (Grossmann *et al.*, 2012; Moleirinho-Alves *et al.*, 2021).

Para o paciente foi escolhida este tipo de estimulação elétrica, pois uma das queixas principais que ele relatou foi dor e fadiga nos músculos da mastigação, ele referiu uma dificuldade no controlo comportamental do forte bruxismo cêntrico de vigília e apresentava hipertrofia massetéica.

A *TENS* é utilizada no tratamento da dor aguda ou crónica que consiste na aplicação de várias formas de ondas elétricas, a várias frequências e a várias amplitudes aos nervos periféricos através de elétrodos parece ser uma estratégia interessante para o manejo da CA-DTM, sendo uma terapia que melhora a dor e a função (amplitude da abertura da boca), não é medicamentosa, não é invasiva, está associado a poucos eventos adversos em condições normais de uso e pode ser usada também pelo paciente em casa (Vance *et al.*, 2014; Fertout *et al.*, 2022).

Neste caso o paciente foi submetido a TENS a alta frequência (50Hz) modulada em 50%, 80µs, limiar sensorial ajustado durante os 30 minutos de aplicação, durante seis sessões realizadas num período de duas semanas (três por semana). Os elétrodos foram colocados diretamente na pele, nos pontos referidos de maior dor em cada masseter (Saranya *et al.*, 2019). Ao fim do tratamento da TENS o paciente relatou uma diminuição da sensação de fadiga nos músculos masseteres e dos episódios de dor noturna/ao acordar.

O paciente quando chegou na última consulta depois de aproximadamente três meses após a primeira consulta, não apresentava nenhuma sintomatologia dolorosa e quando foi avaliado novamente pelo protocolo do CD/DTM em relação à LCCO teve 12 pontos o que classificou o

paciente com baixa frequência de comportamentos orais e relativamente ao QSP-4 teve 0 pontos.

Pode-se afirmar que nossa abordagem terapêutica teve resultados na redução das queixas de cefaleia, através de uma boa terapia cognitivo-comportamental e da colaboração ativa do paciente, como evidenciado pela drástica diminuição dos escores na escala LCCO (da ser classificado como alta frequência de comportamentos orais passou para baixa frequência). e QSP-4 (classificado como ausência de stress).

Ainda é importante ressaltar o papel do fisioterapeuta no tratamento dos sinais e sintomas de CA-DTM, conforme apontado pela literatura, pois eles podem intervir com várias técnicas na redução de dor e melhoria das funções (Abouelhuda *et al.*, 2017; Marcelino *et al.*, 2022). No nosso caso, parece que a *TENS* foi uma boa técnica coadjuvante na melhoria das queixas do paciente, que relatou, uma diminuição da dor e da sensação de fadiga e dor nos músculos da mastigação.

É relevante destacar que a esfera psicológica do paciente teve um impacto significativo na melhora dos sintomas, uma vez que os fatores psicossociais desempenham um papel importante na cronicidade das queixas de CA-DTM (Greenbaum e Emodi-Perlman, 2023).

A última consulta coincidiu com o término dos exames universitários do paciente que afirmou de estar com menos stress, o que pode ter influenciado nos resultados positivos do tratamento. Vários estudos apontam que os sintomas da DTM em estudantes universitários podem variar devido a ansiedade e stress nos períodos de avaliações (Augusto *et al.*, 2016; Matheus *et al.*, 2021). Portanto, em pacientes com níveis elevados de ansiedade e stress, é importante que o dentista esteja preparado para encaminhar o paciente para suporte psicológico, se necessário (van Selms *et al.*, 2020).

Ao paciente foram aconselhadas consultas de 6 em 6 meses, onde exame clínico de palpação dos músculos e ATM deve ser repetido em cada consulta, de forma a tomar conhecimento acerca da evolução dos sinais e sintomas, controlo do seu dispositivo oclusal, monitorização cognitivo-comportamental e o seu reforço principalmente durante os períodos de stress e ansiedade.

Assim um paciente com CA-DTM deve ter seu caso avaliado com muito cuidado, iniciando com autocuidado, modificação de hábitos, terapia comportamental, fisioterapia e terapia

oclusal. É importante avaliar os resultados e acompanhar as terapias antes de decidir se é necessário um suporte adicional (Hara *et al.*, 2016; Manriquez *et al.*, 2021).

IV. CONCLUSÃO

A avaliação e diagnóstico adequados da DTM são fundamentais para um tratamento da CA-DTM. É importante considerar o uso de critérios de diagnóstico validados, como os Critérios de Diagnóstico para DTM (CD/DTM), para uma abordagem precisa e confiável que abrange uma avaliação biopsicossocial.

Portanto, busca-se alertar os profissionais sobre a importância do reconhecimento dos seus sinais e sintomas, visando o diagnóstico correto e precoce da CA-DTM, assim permitindo a escolha da terapia mais eficaz e direcionada ao caso específico.

A reabilitação músculo-esquelética do indivíduo portador da CA-DTM enquanto a etiologia é complexa e multifatorial idealmente deve ser realizada de forma multidisciplinar, incluindo várias terapias conservadoras, como fisioterapia, e terapias cognitivo-comportamentais.

O tratamento proposto neste caso clínico para CA-DTM foi composto pela terapia cognitivo comportamental, TENS e goteira de estabilização oclusal, onde é importante salientar a importância da participação ativa do paciente no tratamento, na mudança dos seus comportamentos orais e no uso correto da goteira conforme as indicações do médico dentista. Verificou-se à data do último controlo do paciente que esta combinação terapêutica, se mostrou ser eficaz, a curto prazo, no controlo da CA-DTM, contudo, o paciente deverá ser seguido no tempo, de forma a verificar o impacto psicossocial na flutuação de sintomas e, se há outras estratégias a implementar, de forma a controlar a sua CA-DTM a longo prazo.

BIBLIOGRAFIA

- Abouelhuda, A. M. *et al.* (2017). Association between headache and temporomandibular disorder. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 43(6), p. 363.
- Albrecht, B. P., Groto, A. D. e César, A. R. de A. (2021). Temporomandibular Disorder sub-diagnosis as a possible cause of headache. *Research, Society and Development*, 10(7), p. e39610716810.
- Augusto, V. G. *et al.* (2016). Temporomandibular dysfunction, stress and common mental disorder in university students. *Acta Ortopedica Brasileira*, 24, pp. 330–333.
- Conti, P. C. R. *et al.* (2012). Behavioural changes and occlusal splints are effective in the management of masticatory myofascial pain: a short-term evaluation. *Journal of Oral Rehabilitation*, 39(10), pp. 754–760.
- Conti, P. C. R. *et al.* (2016). Headaches and myofascial temporomandibular disorders: overlapping entities, separate managements? *Journal of Oral Rehabilitation*, 43(9), pp. 702–715.
- Costa, Y. *et al.* (2014). EHMTI-0078. Headache attributed to masticatory myofascial pain: clinical features and management outcomes. *The Journal of Headache and Pain*, 15(S1), pp. 1–12.
- da Cruz Andrade, A. M. *et al.* (2019). Cefaleia associada à DTM. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*, 5(3), p. 85.
- Exposto, F. G. *et al.* (2021). Pain in the temple? Headache, muscle pain or both: A retrospective analysis. *Cephalalgia*, 41(14), pp. 1486–1491.
- Fatima, R. *et al.* (2019). Association of cheek-biting and depression. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(1), pp. 49–52.
- Fehrenbach, J., da Silva, B. S. G. e Brondani, L. P. (2018). A associação da disfunção temporomandibular à dor orofacial e cefaleia. *Journal of Oral Investigations*, 7(2), pp. 69–78.

Ferreira, A. P. de L. *et al.* (2017). Short-term transcutaneous electrical nerve stimulation reduces pain and improves the masticatory muscle activity in temporomandibular disorder patients: a randomized controlled trial. *Journal of Applied Oral Science*, 25, pp. 112–120.

Ferreira, K. D. M. *et al.* (2009). Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 14(3), pp. 262–267.

Fertout, A. *et al.* (2022). Management of temporomandibular disorders with transcutaneous electrical nerve stimulation: A systematic review. *CRANIO®*, 40(3), pp. 217–228.

Graff-Radford, S. B. (2007). Temporomandibular disorders and headache. *Dental Clinics*, 51(1), pp. 129–144.

Greenbaum, T. e Emodi-Perlman, A. (2023). Headache and orofacial pain: A traffic-light prognosis-based management approach for the musculoskeletal practice. *Frontiers in Neurology*, 14, p. 1146427.

Grossmann, E. *et al.* (2012). Transcutaneous electrical nerve stimulation for temporomandibular joint dysfunction. *Revista Dor*, 13, pp. 271–276.

Hara, K. *et al.* (2016). Headache attributed to temporomandibular disorders and masticatory myofascial pain. *Journal of Oral Science*, 58(2), pp. 195–204.

IHS (2013). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 33(9), pp. 629–808.

Johnson, M. e Martinson, M. (2007). Efficacy of electrical nerve stimulation for chronic musculoskeletal pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain*, 130(1–2), pp. 157–165.

List, T. e Jensen, R. H. (2017). Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*, 37(7), pp. 692–704.

Manriquez, S. L. *et al.* (2021). Reduction of headache intensity and frequency with maxillary stabilization splint therapy in patients with temporomandibular disorders-headache comorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 21(3), p. 183.

Marcelino, V. *et al.* (2022). The Role of Pain Inflexibility and Acceptance among Headache and Temporomandibular Disorders Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), p. 7974.

Matheus, M. *et al.* (2021). Associação entre sintomas de DTM, bruxismo, estresse e fatores sociodemográficos em estudantes universitários. *Research, Society and Development*, 10(14), pp. e201101421832–e201101421832.

van der Meer, H. A. *et al.* (2017). The association between headaches and temporomandibular disorders is confounded by bruxism and somatic symptoms. *The Clinical Journal of Pain*, 33(9), pp. 835–843.

Memmedova, F. *et al.* (2021). Evaluation of temporomandibular joint disorder in headache patients. *Neurological Sciences*, 42(11), pp. 4503–4509.

Moleirinho-Alves, P. M. M. *et al.* (2021). Effects of therapeutic and aerobic exercise programs on pain, neuromuscular activation, and bite force in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Personalized Medicine*, 11(11), p. 1170.

Najafi, S. *et al.* (2017). Prevalence of temporomandibular disorder in patients with chronic headache. *Journal of Craniomaxillofacial Research*, 20(3), pp. 301–306.

Ohrbach, R., Markiewicz, M. R. e McCall Jr, W. D. (2008). Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. *European Journal of Oral Sciences*, 116(5), pp. 438–444.

Okeson, J. P. (2019). *Management of temporomandibular disorders and occlusion-E-book*. Chicago: Elsevier Health Sciences.

Oliveira, A. S. de *et al.* (2006). Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. *Brazilian Oral Research*, 20, pp. 3–7.

Oral, K. *et al.* (2018). Etiology of temporomandibular disorder pain. *Agri*, 21(3), pp. 89–94.

Österlund, C. *et al.* (2018). Diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Diagnostic accuracy for general dentistry procedure without mandatory commands regarding myalgia, arthralgia and headache attributed to temporomandibular disorder. *Journal of Oral Rehabilitation*, 45(7), pp. 497–503.

Piccin, C. F. *et al.* (2016). Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. *Revista Cefac*, 18, pp. 113–119.

Portero, P. P. *et al.* (2009). Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM). *Revista Gestão & Saúde*, 1(1), pp. 36–40.

Reiter, S. *et al.* (2021). Headache Attributed to Temporomandibular Disorders: Axis I and II Findings According to the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 35(2), pp. 119–128.

Ryu, J.-W. *et al.* (2009). Clinical characteristics of headaches in temporomandibular disorder patients: primary headache vs headache attributed to tmd. *Journal of Oral Medicine and Pain*, 34(3), pp. 325–331.

Sabino, G. S. *et al.* (2008). Release of endogenous opioids following transcutaneous electric nerve stimulation in an experimental model of acute inflammatory pain. *The Journal of Pain*, 9(2), pp. 157–163.

Saha, F. J. *et al.* (2019). Effects of occlusal splint therapy in patients with migraine or tension-type headache and comorbid temporomandibular disorder: A randomized controlled trial. *Medicine*, 98(33).

Santos, C. M. T. *et al.* (2013). Cefaleia e disfunção têmporo-mandibular. *Revista Brasileira de Medicina*, 70(7), pp. 272–277.

Saranya, B. *et al.* (2019). Comparison of Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS) and Microcurrent Nerve Stimulation (MENS) in the Management of Masticatory Muscle Pain: A Comparative Study. *Pain Research and Management*, 2019.

Sassi, F. C. *et al.* (2018). Tratamento para disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática. *Audiology-Communication Research*, 23, p. e1871.

Schiffman, E. *et al.* (2012). Diagnostic criteria for headache attributed to temporomandibular disorders. *Cephalalgia*, 32(9), pp. 683–692.

Schiffman, E. *et al.* (2014). 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†. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 28(1), pp. 6–27.

van Selms, M. K. A. *et al.* (2020). The Association Between Self-Reported Awake Oral Behaviors and Orofacial Pain Depends on the Belief of Patients That These Behaviors Are Harmful to the Jaw. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 34(3), pp. 273–280.

Sharma, S. *et al.* (2023). A rose by another name? Characteristics that distinguish headache secondary to temporomandibular disorder from headache that is comorbid with temporomandibular disorder. *Pain*, 164(4), pp. 820–830.

Sherman, J. J. *et al.* (2004). The relationship of somatization and depression to experimental pain response in women with temporomandibular disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), pp. 852–860.

Shimada, A. *et al.* (2019). Effects of exercise therapy on painful temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 46(5), pp. 475–481.

Sluka, K. A. e Walsh, D. (2003). Transcutaneous electrical nerve stimulation: basic science mechanisms and clinical effectiveness. *The Journal of Pain*, 4(3), pp. 109–121.

Svechtarov, V., Nencheva-Svechtarova, S. e Uzunov, T. (2015). Analysis of chronic temporomandibular disorders based on the latest diagnostic criteria. *Acta Medica Bulgarica*, 42(1), pp. 49–55.

Tchivileva, I. E. *et al.* (2021). Clinical, psychological, and sensory characteristics associated with headache attributed to temporomandibular disorder in people with chronic myogenous temporomandibular disorder and primary headaches. *The Journal of Headache and Pain*, 22(1), pp. 1–11.

La Touche, R. *et al.* (2015). Masticatory sensory-motor changes after an experimental chewing test influenced by pain catastrophizing and neck-pain-related disability in patients with headache attributed to temporomandibular disorders. *Journal of Headache and Pain*, 16(1), pp. 1–14.

Vainionpää, R. *et al.* (2019). Prevalence of temporomandibular disorders (TMD) among Finnish prisoners: cross-sectional clinical study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 77(4), pp. 264–268.

Vance, C. G. T. *et al.* (2014). Using TENS for pain control: the state of the evidence. *Pain Management*, 4(3), pp. 197–209.

Vivaldi, D. *et al.* (2018). Headache attributed to TMD is associated with the presence of comorbid bodily pain: A case-control study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(10), pp. 1593–1600.

Wieckiewicz, M. *et al.* (2020). Prevalence and Overlaps of Headaches and Pain-Related Temporomandibular Disorders Among the Polish Urban Population. *Journal of Oral & Facial Pain & Headache*, 34(1), pp. 31–39.

Zamperini, C. *et al.* (2005). Tratamento de dor de cabeça relacionada com a dor miofascial : relato de caso clínico / Management of headache related to myofascial pain: clinical case report. *Revista de Odontologia da UNESP*, 34, pp. 31–36.

Zani, A. *et al.* (2019). Ecological momentary assessment and intervention principles for the study of awake bruxism behaviors, part 1: general principles and preliminary data on healthy young Italian adults. *Frontiers in Neurology*, 10, p. 169.

ANEXOS

Anexo 1 - Comissão de Ética



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/MED – 428/23	20 de Junho de 2023

Exma. Senhora Professora Doutora,

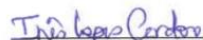
A Comissão de Ética apreciou a submissão do projeto apresentado por Veronica Aberi, intitulado "Cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular- a propósito de um caso clínico", a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

O objetivo do estudo é fazer a descrição de um caso clínico tratado e seguido nas CPMD-FCS-UFP, discutindo as características mais comuns da cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular (DTM), apresentando os possíveis fatores etiológicos, bem como, discutindo a abordagem terapêutica e preventiva dirigida ao caso clínico descrito.

A Comissão de Ética considera o projeto pertinente e nada tem a opor quanto à sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Inês Lopes Cardoso



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"

NIPC. 502 057 602 • Reg. Comercial nº26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal
T. +351 22 507 1300* • <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Carlos da Maia, 296 • 4200-150 Porto • Portugal
T. +351 22 507 4630* • <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal
T. +351 22 507 1300* • <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

* (chamada para a rede fixa nacional)

Anexo 2 - Comunicação com a Direção Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária (pedido e autorização)

Ex.ma Senhora Diretora Técnica das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária

Professora Doutora Sandra Gavinha,

Sob orientação e autorização da Prof. Doutora Cláudia Maria Rebelo Barbosa, na aula de Diagnóstico e Planeamento II, a decorrer às segundas-feiras das 14-17h, eu, Veronica Aberi, aluna n.º 39362 do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, venho, por este meio, solicitar a V/Exa. o acesso aos dados clínicos, registo radiográfico e registos fotográficos do paciente Gian Marco Perrotti, com o processo **34293**, bem como, o seguimento clínico deste mesmo paciente, a fim de desenvolver a minha dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária que consistirá na revisão da bibliográfica sobre as características clínicas, etiologia, opções de tratamento e de prevenção da “cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular” tendo por base a apresentação do caso clínico do supracitado paciente.

Comprometo-me ao uso exclusivo dos dados (informação de registo clínico, quer escrito quer fotográfico e imagiológico) para fins académicos e científicos assegurando o anonimato e confidencialidade do paciente.

Fico a aguardar deferimento com a maior brevidade possível para que possa submeter o meu trabalho à Comissão de Ética.

Disponível para esclarecimentos adicionais que entenda necessários.

Respeitosos cumprimentos,

Veronica Aberi



Direção Técnica CPMD

para Claudia, mim ▾

Ex.ma Senhora Veronica Aberi

26/06/2023, 09:01 (há 5 dias)



Autoriza-se a realização do trabalho proposto nas CPMD-UFP sob as condições metodológicas apresentadas.

A Direção Técnica relembra que as publicações resultantes deste trabalho têm de estar obrigatoriamente afiliadas à UFP:
FP-I3ID, CPMD FCS, Universidade Fernando Pessoa, Porto - Portugal.

Quando terminar a sua investigação, terá de informar esta direção relativamente ao término da mesma, assim como, deverá proceder ao envio de um documento com indicação da data limite de publicação do referido trabalho, propriedade intelectual da UFP.
O cumprimento do solicitado é da responsabilidade da sua orientadora.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Gavinha

Direção Técnica CPMD



Anexo 3 - Formulário de exame clínico CD/DTM

Formulário de exame DC/TMD		Data (dd-mm-yyyy)																																																																																																																																																				
Ficha nº _____ Examinador _____		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																																																																																																																																																				
<p>1a. Localização da dor: Últimos 30 dias (Selecione todos os que se aplicam)</p> <table style="width:100%;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Dor Direita</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Dor Esquerda</th> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Outros músculos m <input type="radio"/> Estruturas <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> ATM não mastigatórias </td> <td> <input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Outros músculos m <input type="radio"/> Estruturas <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> ATM não mastigatórias </td> </tr> </table> <p>1b. Localização da cefaleia: Últimos 30 dias (Selecione todos os que se aplicam)</p> <input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Outra			Dor Direita	Dor Esquerda	<input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Outros músculos m <input type="radio"/> Estruturas <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> ATM não mastigatórias	<input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Outros músculos m <input type="radio"/> Estruturas <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> ATM não mastigatórias																																																																																																																																																
Dor Direita	Dor Esquerda																																																																																																																																																					
<input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Outros músculos m <input type="radio"/> Estruturas <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> ATM não mastigatórias	<input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Outros músculos m <input type="radio"/> Estruturas <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> ATM não mastigatórias																																																																																																																																																					
<p>2. Relações incisais Dente de referência <input type="radio"/> FDI #11 <input type="radio"/> FDI #21 <input type="radio"/> Outro</p> <p>Sobremordida Incisal horizontal <input type="radio"/> Se negativa <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm Sobremordida Incisal Vertical <input type="radio"/> Se negativa <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm Desvio linha média Dir. Esq. N/A <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</p>																																																																																																																																																						
<p>3. Padrão de abertura (Suplementar; Selecione todos os que se aplicam)</p> <input type="radio"/> Recto <input type="radio"/> Desvio Corrigido Desvio Não Corrigido <input type="radio"/> Direita <input type="radio"/> Esquerda																																																																																																																																																						
<p>4. Movimentos de abertura</p> <p>A. Abertura sem dor <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">LADO DIREITO</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">LADO ESQUERDO</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Dor</th> <th style="text-align: center;">Dor Familiar</th> <th style="text-align: center;">Cefaleia Familiar</th> <th style="text-align: center;">Dor</th> <th style="text-align: center;">Dor Familiar</th> <th style="text-align: center;">Cefaleia Familiar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B. Abertura máxima sem assistência <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td>C. Abertura máxima com assistência <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td>D. Terminada? (N) (S)</td> <td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> </tbody> </table>				LADO DIREITO			LADO ESQUERDO			Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar	Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar	B. Abertura máxima sem assistência <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)			ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)			Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)			Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		C. Abertura máxima com assistência <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)			ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)			Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		D. Terminada? (N) (S)	Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)																																														
	LADO DIREITO			LADO ESQUERDO																																																																																																																																																		
	Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar	Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar																																																																																																																																																
B. Abertura máxima sem assistência <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																														
	Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
C. Abertura máxima com assistência <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																														
	Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
D. Terminada? (N) (S)	Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
<p>5. Movimentos laterais e protusivos</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">LADO DIREITO</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">LADO ESQUERDO</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Dor</th> <th style="text-align: center;">Dor Familiar</th> <th style="text-align: center;">Cefaleia Familiar</th> <th style="text-align: center;">Dor</th> <th style="text-align: center;">Dor Familiar</th> <th style="text-align: center;">Cefaleia Familiar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Lateralidade Direita <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td>B. Lateralidade Esquerda <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td>C. Protusão <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td>Temporal</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Masseter</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>ATM</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Outros Musc M</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Se negativa</td> <td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td><td>Não-mast</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td style="text-align: center;">(N) (S)</td><td></td> </tr> </tbody> </table>				LADO DIREITO			LADO ESQUERDO			Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar	Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar	A. Lateralidade Direita <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)			ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)			Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)			Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		B. Lateralidade Esquerda <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)			ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)			Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)			Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		C. Protusão <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)			ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)			Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		<input type="radio"/> Se negativa	Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)	
	LADO DIREITO			LADO ESQUERDO																																																																																																																																																		
	Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar	Dor	Dor Familiar	Cefaleia Familiar																																																																																																																																																
A. Lateralidade Direita <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																														
	Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
B. Lateralidade Esquerda <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																														
	Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
C. Protusão <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																														
	Masseter	(N) (S)	(N) (S)		Masseter	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	ATM	(N) (S)	(N) (S)		ATM	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
	Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)		Outros Musc M	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															
<input type="radio"/> Se negativa	Não-mast	(N) (S)	(N) (S)		Não-mast	(N) (S)	(N) (S)																																																																																																																																															

Cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular- a propósito de um caso clínico

6. Ruídos articulares durante movimentos de abertura e fecho

ATM DIR.					ATM ESQ.						
	Examinador		Paciente	Dor com Click	Dor Familiar		Examinador		Paciente	Dor com Click	Dor Familiar
	Aber.	Fecho					Aber.	Fecho			
Click	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(S) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(S) (S)	(N) (S)
Crepitação	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)

7. Ruídos articulares durante movimentos de lateralidade e protusão

ATM DIR.					ATM ESQ.				
	Examinador	Paciente	Dor com Click	Dor Familiar		Examinador	Paciente	Dor com Click	Dor Familiar
Click	(N) (S)	(N) (S)	(S) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(S) (S)	(N) (S)
Crepitação	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)

8. Bloqueio Articular

ATM DIR.					ATM ESQ.				
	Bloqueio		Redução			Bloqueio		Redução	
	Paciente	Examinador	Paciente	Examinador		Paciente	Examinador	Paciente	Examinador
Durante abertura	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Posição abertura máx.	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)

9. Dor muscular e articular com palpação

LADO DIR. (1 kg)					LADO ESQ. (1 kg)						
	Dor Familiar	Cefaleia Familiar	Dor Referida		Dor Familiar	Cefaleia Familiar	Dor Referida		Dor Familiar	Cefaleia Familiar	Dor Referida
Dor											
Temporal (posterior)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Temporal (médio)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Temporal (anterior)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masseter (origem)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masseter (corpo)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Masseter (inserção)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
ATM											
Pólo Lateral (0.5 kg)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Em torno pólo lateral (1 kg)	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)

10. Dor à palpação dos músculos suplementares

LADO DIR. (0.5 kg)				LADO ESQ. (0.5 kg)			
	Dor	Dor Familiar	Dor Referida		Dor	Dor Familiar	Dor Referida
Região mandibular posterior	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Região Submandibular	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Área pterigoideu lateral	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)
Tendão Temporal	(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)		(N) (S)	(N) (S)	(N) (S)

11. Comentários (Ficha nº _____)

INDICE DE BEIGHTON- _____

Anexo 4 - Escala de Limitação Funcional Maxilar-8(ELFM-8)

Critérios de diagnóstico de Disfunção Temporomandibular

Eixo II - R3

Escala de Limitação Funcional Maxilar - 8

Para cada um dos itens abaixo, por favor indique o grau de limitação durante o último mês. Se a atividade foi completamente evitada porque é muito difícil de realizar, faça um círculo no número 10. Se a atividade foi evitada por razões que não a dor ou a dificuldade, deixe o item em branco.

	Sem limitação					Limitação grave				
1. Mastigar alimentos rijos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Mastigar frango (por exemplo, assado no forno)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ingerir alimentos moles que não requeiram mastigação (por exemplo, puré de batata, creme de maçã, pudim, alimentos esmagados)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Abrir a boca o suficiente para beber de um copo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Engolir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Bocejar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Falar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Sorrir	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 5 - Lista de Controlo de Comportamentos Orais (LCCO)

Critérios de diagnóstico de Disfunção Temporomandibular

Exo II - C7/R3

Lista de Controlo de Comportamentos Orais

**Com que frequência faz cada uma das seguintes atividades, tendo como base o último mês?
Se a frequência da atividade varia, escolha a opção mais elevada. Por favor, coloque um (✓)
em cada item de resposta e não avance nenhum item.**

Atividades durante o sono		Nenhuma vez	<1 Noites/mês	1-3 Noites/mês	1-3 Noites/semana	4-7 Noites/semana
1.	Aperta ou range os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que possa ter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Dorme numa posição em que coloca pressão na mandíbula (por exemplo, de barriga para baixo, de lado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades durante o dia		Nenhuma vez	Um pouco do tempo	Algum do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
3.	Range os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Aperta os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pressiona, toca ou mantém os dentes juntos sem que seja para comer (isto é, contato entre os dentes de cima e os de baixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Segura, aperta ou cria tensão muscular sem apertar ou juntar os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Mantém ou projeta a mandíbula para a frente ou para o lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pressiona com força a língua contra os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Coloca a língua entre os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Morde, mastiga ou brinca com a sua língua, bochechas ou lábios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Mantém a mandíbula numa posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Mantém entre os dentes ou morde objetos, tais como, cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Utiliza pastilha elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Toca instrumento musical que envolva o uso da boca ou mandíbula (por exemplo, instrumentos de sopro, metal ou madeira, ou instrumentos de corda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Inclina-se com a mandíbula sobre a sua mão, por exemplo, em concha ou a descansar o queixo na mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Mastiga a comida só de um lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Come entre refeições (isto é, comida que requeira mastigação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensina, vende, apoio ao consumidor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Canta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Boceja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Segura o telefone entre a sua cabeça e os ombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 6 - Questionário de Saúde do Paciente (QSP-4)

Critérios de diagnóstico de Disfunção Temporomandibular

Eixo II- R4

Questionário de Saúde do Paciente - 4

Nas últimas 2 semanas, com que frequência foi incomodado pelos seguintes problemas? Por favor coloque um visto na caixa para indicar a sua resposta.

	Nenhum 0	Vários dias 1	Mais de metade dos dias 2	Quase todos os dias 3
1. Sinto-me nervoso, ansioso e inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não consigo parar ou controlar a preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se em baixo, deprimido ou sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTADO TOTAL = ____

Se assinalou qualquer um destes problemas, quão difícil é que estes problemas tornaram para si trabalhar, realizar as tarefas em casa, ou relacionar-se com outras pessoas?			
Nada difícil <input type="checkbox"/>	Algo difícil <input type="checkbox"/>	Muito difícil <input type="checkbox"/>	Extremamente difícil <input type="checkbox"/>