Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”
UNIGRANRIO

Érica Bernardo Signorini do Espírito Santo

Aspectos Físicos e Psicossociais em Mulheres com Disfunção Temporo-mandibular: Uma Comparação Entre Brasileiros e Israelenses

Duque de Caxias
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Érica Bernardo Signorini do Espírito Santo

Aspectos Físicos e Psicossociais em Mulheres com Disfunção Temporo-mandibular: Uma Comparação entre Brasileiros e Israelenses

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio "Profº José de Souza Herdy" como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Orientadores:
Profº Francisco Pereira Jr.
Profº Rodrigo Reis

Duque de Caxias
2010

E77a Espírito Santo, Érica Bernardo Signorini do.

Aspectos físicos e psicossociais em pacientes com disfunção temporomandibular : uma comparação entre brasileiros e israelenses / Érica Bernardo Signorini do Espírito Santo. – 2009.

49 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Odontologia) – Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy", Escola de Ciências da Saúde, 2009.
"Orientador: Prof. Francisco Pereira Junior".
"Orientador: Prof. Rodrigo Reis".
Bibliografia: f. 33

1. Odontologia. 2. Articulação temporomandibular. 3. Dor facial. I. Pereira Junior, Francisco. II. Reis, Rodrigo. III. Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy". IV. Título.

CDD – 617.6

Érica Bernardo Signorini do Espírito Santo

ASPECTOS FÍSICOS E PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR: UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASILEIROS E ISRAELENSES

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy" para obtenção do grau de Mestre em Odontologia

Área de Concentração:
Disfunção Temporo-Mandibular

Aprovada em 05 de Fevereiro de 2010

Banca Examinadora

Prof. Dr. Roberto da Gama Silveira
UNIGRANRIO

Prof. Dr. Edson Jorge Lima Moreira
UNIGRANRIO

Profa. Dra. Anna Paula kalix França Mendes
UERJ

Aos meus pais, Fabio e Tania, que com esforço, carinho e dedicação me colocaram na caminhada da vida.
Ao meu filho Matheus, que mesmo sem entender, esteve presente em todos os momentos dessa sinuosa jornada.

AGRADECIMENTOS

À Deus porque sei que Dele tudo parte e tudo depende. Sem a Sua interferência em todas as grandes e difíceis etapas pelas quais passei durante este trabalho, eu não teria vencido.

Ao Professor Dr. Francisco, que mais do que um mestre, sempre foi um grande amigo, agradeço o apoio em todos os momentos e pela confiança em mim depositada.

A Professora Dra. Norma Fleming, que nos ensinou mais que *Neurologia e Dor*, dividiu conosco a sua grande experiência de vida e sei que seus ensinamentos ficarão marcados em todos nós.

Ao Professor Dr. Rodrigo Reis, que se prontificou a nos auxiliar a completar essa jornada.

A todos os demais professores e funcionários que contribuíram para a realização deste trabalho.

As amizades que construí durante essa caminhada, que com certeza se tornaram peças importantes na minha vida: Karen, Jacqueline e Nilda.

RESUMO

Os critérios de diagnósticos em pesquisa (RDC/TMD) foram desenvolvidos para pesquisa das disfunçõess temporomandibulares. O RDC/ TMD foi traduzido para diversas clínicas de DTM e dor orofacial espalhadas pelo mundo. Estas comparações são necessárias para que ajudem a identificar fatores de risco e outras características contribuindo para o aumento do nosso conhecimento em relação às DTM e tendo impacto subseqüente no desenvolvimento de novas modalidades de tratamento mais direcionadas as causas. A dor Crônica é atualmente estudada dentro de um modelo biopsicossocial. De acordo com este modelo, a experiência dolorosa é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, isto é, os mesmos fatores englobados pelo termo etnia. A distinção entre raça e etnia é particularmente relevante para pesquisas da dor. Enquanto raça distingue pessoas de acordo com as respectivas características físicas e biológicas, etnia se baseia em uma língua comum, perfil social, além de tradições e crenças que são particulares e se perpetuam de geração em geração. Sendo assim, o termo etnia se refere às características de natureza social, psicológica, cultural e política. Uma análise retrospectiva comparando brasileiros, israelenses árabes e israelenses judeus, que se queixavam de DTM, foi feita através do RDC/TMD. Foram avaliadas somente as variáveis do Eixo II (Depressão, Somatex, Somatic, Grau de Dor Crônica e Dias de Incapacidade) em mulheres. A dor crônica foi o único fator que ditou a diferença significativa entre os três grupos em relação aos resultados. Ambos os grupos relataram dias de incapacidade semelhantes. Brasileiros e israelenses judeus apresentaram as contagens de depressão e de somatização semelhantes, enquanto que israelenses árabes tiveram uma grande discrepância com relação aos itens anteriores.

Palavras-chaves: Disfunção Temporo-mandibular, RCD, Dor Orofacial, Etnia.

ABSTRACT

Diagnostic criteria for RDC/TMD research were developed for investigation of temporo-mandibular disorders. The RDC/ TMD has been translated into several TMD and orofacial pain clinics around the world. These comparison are useful to help identifying risk factors and other characteritics contributing to the increase our knowledge regarding TMD, therefore influencing development of new treatment modalities aiming the source of the condition. Chronic pain is currently studied within a biopsychosocial model. According to this model, the experience of pain is influenced by biological, social and psychological factors, that is, the same factors related to the term ethnycity. The distinction between race and ethnicity is particularly relevant to studies of pain. While race distinguishes people according to their physical and biological characteristics, ethnicity is based on a common language, social profile, and also traditions and beliefs which are private and are passed from generation to generation. Thus, the term ethnicity refers to characteristics of social, psychological, cultural and political. A retrospective analysis comparing Brazilian, Israeli Arabs and Israeli Jews, who complained of TMD, was performed using the RDC / TMD. We evaluated only the variables Axis II (Depression, Somatex, Somatic, Degree of Chronic Pain and Disability Days) in women. Chronic pain was the only factor which made the difference between the three groups in relation to the results. Both groups reported similar disability days. Brazilian and Israeli Jews had scores of depression and somatization similar, while Israeli Arabs had a great discrepancy with regard to the previous items.

Keywords: Temporo mandibular Dysfunction, RCD, Orofacial Pain, Ethinic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 Depressão em relação à etnia 28

QUADRO 2 Somatização em relação à etnia 29

QUADRO 3 Grau de Dor Crônica 29

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

ATM – Articulação Temporo Mandibular

DTM – Disfunção Temporo Mandibular

RDC/TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Ho – Hipótese Nula

Há – Hipótese Alternativa

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

MPI – Inventário de Dor Multidimensional

SES – Status Socioeconômico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IA – Israelenses Árabes

IJ – Israelenses Judeus

Br – Brasileiros

SOMATEX – Somatização com Item de Dor Excluído

SOMATIC – Somatização de Item de Dor Incluído

CPGrade – Chronic Pain Grade ou Grau de Dor Crônica

EUA – Estados Unidos da América

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 REVISÃO DA LITERATURA 13

2.1 DOR FACIAL / DOR CRÔNICA 13

2.2 DISFUNÇÃO TEMPORO MANDIBULAR 15

2.3 QUALIDADE DE VIDA E DTM 16

2.4 GÊNERO 18

2.5 RAÇA E ETNIA 18

2.6 RAÇA/ETNIA NA DOR 20

3 PROPOSIÇÃO 25

4 MATERIAIS E METODOS 26

4.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 27

5 RESULTADOS 28

5.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE EIXO II E AS ETNIAS 28

5.2 GRAU DE DOR CRÔNICA 29

5.3 DIAS DE INCAPACIDADE 29

6 DISCUSSÃO 31

7 CONCLUSÃO 34

REFERÊNCIAS 35

FICHA DE RDC/TMD 41

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética 49

1 Introdução

O termo desordens temporomandibulares (DTM) é um coletivo que representa problemas clínicos envolvendo a musculatura mastigatória e/ou a articulação temporomandibular e estruturas associadas (PEREIRA, 1994). Alguns estudos apontam como etiologia das desordens temporomandibulares: maloclusão, hábitos parafuncionais e o estresse (SCHIFFMAN et al, 1992). Outros autores consideram a DTM multifatorial (PEREIRA, 1994; SILVA, 1992) e inclusive defendem que os aspectos biológicos, sociais e psicológicos interagem para desempenhar um papel relevante nesta desordem (OKESON, 1992; WEXLER, 1998). Um obstáculo crítico para o nosso entendimento sobre as desordens temporomandibulares é o estabelecimento de um critério definindo os subtipos clínicos dessas desordens. Atualmente a dor crônica é normalmente incluída dentro da estrutura do modelo biopsicossocial, e de acordo com esse modelo, a experiência de dor é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, os mesmos fatores que compreendem etnicidade (EDWARDS et al, 2001). Enquanto raça distingue as pessoas de acordo com as características biológicas e físicas, etnia é baseada em um idioma comum, aspecto social, tradições e crenças, que são distintas, e mantidas de geração para geração. Então, etnia não só inclui raça, mas também se referem às características de natureza social, psicossocial, cultural e política (REITER, 2006). Segundo Chrisman e Kleinman (1980), semelhanças e diferenças intra e intergrupos étnicos têm sido relatadas por dois principais fatores. O primeiro fator seria a cultura, que influencia no significado de sintomas e na forma com que os problemas de saúde são tratados. O segundo seria o fator social, envolvendo as famílias, parentes ou grupos locais e afetando o comportamento das pessoas, o relacionamento da saúde com a doença e, como as expectativas étnicas influenciam na relação profissional-paciente (CHRISMAN e KLEINMAN, 1980).

O objetivo desse trabalho é comparar os aspectos físicos e psicossociais de pacientes brasileiros utilizando o RDC/TMD, com dados

obtidos também pelo RDC/TMD de pacientes israelenses, publicados em estudo de Reiter et al (2006).

2 Revisão de Literatura

Os sinais e sintomas cardinais da DTM são ruídos nas articulações, limitações ou distúrbios no movimento mandibular, a dor e o desconforto nos músculos da mastigação e das ATMs. Estes sinais e sintomas podem estar presentes em uma grande variedade de DTM. A maioria dos estudos epidemiológicos concentra – se nos sinais e sintomas da dor e da disfunção do que nas várias desordens que constituem as DTM (CARLSSON, 1999).

Distúrbios psicológicos e DTM são bastante correlacionados na literatura, onde a ansiedade, depressão (KROGSTAD et al, 1996), e o estresse (KORSZUN et al, 1998) estão comumente presentes em pacientes com desordens temporomandibulares.

2.1 Dor Facial / Dor Crônica

De acordo com Oliveira e Nadanovsky (2006), há muito tempo se sabe que a dor influencia diretamente no convívio social de cada indivíduo, e sabe-se inclusive que quando a dor dentária afeta um grande número de trabalhadores há uma redução na produtividade e causa transtornos à sociedade (OLIVEIRA e NADANOVSKY, 2006). A dor facial é um sintoma comum que causa desconforto, sofrimento e eventualmente problemas psicossociais. Além disso, os autores mostraram que em um grupo de indivíduos depressivos, aproximadamente 30 % apresentava dor facial concomitantemente a dor difusa. Nesse estudo citado acima, a proporção de sujeitos com dor facial e dor difusa foi quase a mesma entre homens e mulheres. A dor facial não é a manifestação de uma desordem em particular mais de um conjunto de sintomas relatados para diferentes desordens. Para Sipilã et al (2006) mais de um quarto dos sujeitos com dor facial e dor difusa são ou já foram depressivos .

Apesar da etiologia da dor facial ser multifatorial, um recente estudo epidemiológico de Sipilã et al (2006), demonstrou a importância dos sintomas

de DTM presentes na dor facial, fazendo com que a associação entre DTM e dor facial seja significante (SIPILÃ et al, 2002).

Segundo Suviven et al (2004), indivíduos que têm problemas na função mastigatória, como por exemplo: dor ou disfunção no sistema mastigatório, comumente apresentam outros problemas de origem somática ou psicológica. Essa associação pode ser importante na determinação: da tolerância dos pacientes aos sintomas, da necessidade de tratamento, do risco de desenvolver desordens crônicas e resolução destes sintomas. Os achados desse estudo, portanto, suportam a associação entre os sintomas de dor e os fatores psicológicos (SUVIVEN et al, 2004).

List e Dworkin (1996) observaram que os pacientes com DTM apresentam sinais físicos e sintomas clínicos variados, e por isso grandes partes desses pacientes buscam tratamento, cuja meta predominante é o alívio da dor persistente.

Segundo aos mesmos autores (1996), a dor crônica envolve fatores psicológicos, comportamentais e sociais além de patologias físicas. Porém houve poucas tentativas em integrar o resultado desses fatores a um diagnóstico coerente ou um esquema de avaliação para DTM, com exceção do sistema multiaxial de classificação para dor crônica desenvolvido pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e o Inventário de Dor Multidimensional (MPI) desenvolvido por Turk e Rudy. Embora o sistema de classificação IASP separe por eixos “fatores físicos e fatores comportamentais”, há uma carência em relação à especificidade necessária para distinguir um tipo de DTM de outro. O MPI é limitado porque classifica apenas fatores psicossociais e dor ou comportamento, classificando a dor dos pacientes de acordo com o nível e tipo de funcionamento psicossocial. O MPI não incorpora simultaneamente a classificação de pacientes com dor de acordo com achados físicos ou fisiopatológicos. Mas, existem algumas complicações no diagnóstico de DTM, como presença de comportamento negativo ou que não se adapta, problemas emocionais, fatores psicossociais, que tem sido extensivamente documentado em pacientes com DTM (LIST e DWORKIN, 1996).

2.2 Disfunção Temporo Mandibular

Os princípios de caracterização da DTM como moléstia ou doença desenvolvido por Dworkin (1994), parte do princípio de que a DTM não é representada somente por um evento biológico com a ruptura de uma estrutura corporal e dano anatômico ou mudança fisiológica. Tal desordem envolve-se na experiência subjetiva do enfermo, produzindo desconforto físico, estresse, limitações comportamentais e ruptura psicossocial. Segundo este autor, as DTM devem ser referidas, não como doença, mas como moléstia pelo seu comprometimento biológico, psicológico, comportamental e social (DWORKIN, 1994).

Segundo Okeson (1992), existem teorias que caracterizam a DTM como manifestação psicofisiológica do estresse, e os pacientes com esta alteração expressam sintomas psicológicos, físicos e comportamentais do estresse junto com os sintomas provenientes do estresse primário ou diretamente das desordens temporomandibulares, interferindo na saúde e na vida social e afetiva dos pacientes, e contribuindo para a diminuição da qualidade de vida de tais indivíduos. As interferências psicológicas, no entanto, devem ser sempre pesquisadas, pois podem não ser etiologia primária da DTM, mas podem agravar ou precipitar uma condição subclínica latente. A relação compatível entre DTM e o estresse é explicado pelo efeito cíclico do estresse na DTM proposto por Okeson (1992): dor e disfunção, aumentam o nível de estresse do paciente, que juntamente com a maloclusão trazem hiperatividade muscular com o colapso da estrutura mais fraca do sistema estomatognático e, desta maneira, mais dor e disfunção, estabelecendo-se o ciclo.

Os componentes psicológicos mais comumente presentes em pacientes com DTM são: ansiedade (KROGSTAD, 1996), depressão e o estresse (KORSZUN, 1998). Um estudo da análise de aspectos psicológicos em sujeitos com DTM realizado na Universidade de Roma propõe que distúrbios psicológicos presentes em pacientes com DTM levam à tensão muscular crônica expressa como rangimento ou apertamento dentário, por exemplo,

tornando-se a base para instalação do fenômeno maloclusivo e, consequentemente, da disfunção e da dor (DWORKIN, 1994).

O interesse na epidemiologia da DTM surgiu pela primeira vez na Escandinávia e norte da Europa com Helkimo. Ele criou um índice de desenvolvimento, que ainda é utilizado, para facilitar uma classificação e uma avaliação padronizadas dos sinais e sintomas, especialmente para análise epidemiológica. No entanto, este índice gradua a severidade da disfunção e não é um instrumento para diagnósticos de subgrupos de DTM[45].

Nos últimos anos foram feitas tentativas de apresentar outros índices, até que Dworkin e contribuidores (1992) criaram um projeto específico de diagnóstico, entitulado ***Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*** (RDC/TMD), que oferece classificação no estabelecimento e replicação das formas mais comuns de DTM musculares e articulares. O diagnóstico é feito através de um formulário de exame aplicado por um examinador calibrado, onde o mesmo faz palpações em determinados sítios musculares (intra e extra-oral), medições durante os movimentos mandibulares, e observação de ruídos articulares. Durante essas avaliações, os participantes são questionados quanto à presença de dor, e onde esta se localiza (articulação, músculo ou ambos)[47]. Nesta proposta, os pacientes com DTM e/ou dor orofacial são avaliados não somente pelo aspecto físico, mas também psicossocial, o chamado eixo dual: Eixo I e Eixo II. O primeiro inclui os aspectos clínicos e físicos da sintomatologia e permite a divisão dos pacientes em três grupos de diagnóstico: dor miofascial, deslocamento do disco, e artralgia/artrite/artrose. Já o segundo engloba aspectos psicossociais relacionados à dor crônica e permite a avaliação de variáveis, tais como: dias de incapacidade, grau de dor crônica, escala de depressão e índice de somatização (DWORKIN et al, 1992).

2.3 Qualidade de vida e DTM

Para Ferreira et al (2002) a qualidade de vida é habilidade à capacidade individual de enfrentamento e investimento em um estilo de vida mais saudável que abrange o bem estar geral (fisiológico, psicológico, sexual, desempenho e satisfação no trabalho, estado emocional e participação social). A baixa qualidade de vida possui um papel relevante na etiologia dos problemas

psicossociais e de saúde. Diante disso, faz-se necessário investigar a inter-relação existente entre desordem temporomandibular, estresse e qualidade de vida. Com isso, para se obter uma boa qualidade de vida é necessário que se tenha êxito nas quatro áreas básicas da vida: social, afetiva, profissional e saúde (FERREIRA, 2002).

Para Dworkin (1990), há uma associação entre o estatus socioeconômico (SES) e a prevalência e o impacto da dor orofacial. Embora o impacto e a prevalência da dor orofacial tenham sido documentados, há alguns estudos que examinaram os efeitos do baixo SES na prevalência e severidade da dor orofacial. A dor orofacial é um sintoma comum para muitas condições afetando estruturas orais e faciais, e teve ocorrência estimada de 22% em adultos de 18 anos ou mais na população americana em um período de seis meses. Dworkin et al (1990) relatou que a dor mandibular apresentou - se mais comum em pessoas com renda familiar anual abaixo de UD$35.000, e sem graduação, comparado com os que não apresentavam dor. Conseqüentemente, há uma associação entre baixo SES e a dor orofacial (RILEY et al, 2003).

Com relação à dor durante a mastigação, no modelo usado por Riley et al (2003), não houve melhora com a adição da demografia ou da demografia através de variáveis de interação socioeconômica. Ou seja, no modelo final, baixa condição financeira e raça negra foram fatores significantes de risco nesse aspecto. Os resultados sugerem que baixo SES é prognóstico de dor reportada, e impacto da dor sobre alguns, mas não todos locais orofaciais. Assim, foi concluído que, apenas quando consideradas as diferenças entre SES em modelos multivariáveis, os sintomas de dor orofacial relatados eram associados a grupos demográficos específicos. Isso foi o suficiente para encontrar outros estudos que determinassem as interações entre SES, sexo e raça como determinantes de dor orofacial. A partir deste artigo encontramos os efeitos da condição financeira na probabilidade de relatar a dor orofacial diferida em relação ao sexo. Em cada caso, mulheres com baixo status financeiro foram as de maior risco, enquanto em homens, o status financeiro não representou um fator de risco significante (HASTIE et al, 2005).

2.4 Gênero

De acordo com Johansson et al (2003), a predominância feminina é grande entre pacientes em clínicas de DTM. Isto não foi completamente esclarecido através de estudos epidemiológicos e freqüentemente fatores psicossociais têm sido apontados como explicação para a distribuição de gênero. Recentes investigações encontraram maior prevalência de sinais e sintomas de DTM em mulheres do que em homens. Porém, estas diferenças não foram o bastante para explicar por que as mulheres buscam mais cuidados do que homens. Segundo Carlsson (1999), explicações adicionais que foram discutidas estão relacionadas a fatores de comportamento, hormonais e outros fatores constitucionais, já que durante o período de observação, homens pareciam se recuperar de sinais e sintomas de DTM melhor do que as mulheres. Essa duração normalmente mais longa de sintomas de DTM em mulheres pode ajudar explicar por que elas buscam cuidados com mais freqüência. Mas nenhum resultado conclusivo foi apresentado, e o assunto de diferenças de gênero em relação às DTM recomenda uma investigação adicional.

Segundo Dao e LeResche (2000), a taxa de homens/mulheres relatada em seu estudo foi de 1:3,6 em pacientes suecos, 1:3.1 em pacientes asiáticos e 1:5 em pacientes americanos.

2.5 Raça e Etnia

De acordo com Green e Chakravarti (2001), etnia é a variável que é usada cada vez mais para definir populações de estudos epidemiológicos. Para Marmot (1989), etnia é uma palavra derivada do grego cujo significado é povo ou tribo. A concepção de etnia não é simples nem precisa, mas isto implica numa ou em varias das seguintes características: origens compartilhadas ou

contexto social; cultura compartilhada e as tradições que são distintivas, mantidas entre as gerações, que levam a um sentido de identidade e de grupo; e uma língua comum ou tradição religiosa.

Segundo Sênior e Bhopal (1994), a etnia deve ser diferenciada de raça, que nas ciências biológicas significa uma das divisões do gênero humano como diferenciado por características físicas. O conceito de raça foi o primeiro aplicado aos seres humanos no século XVII como uma classificação arbitraria para ajudar a compreensão da evolução e a observação da variação. Os termos etnia e raça são, muitas vezes, usados de modo cambiável. A etnia também é usada como um eufemismo de raça, já que este termo foi em parte desacreditado pela associação com o racismo (SENIOR e BHOPAL,1994).

É possível observar um conflito nas definições de raça e etnia. De acordo com o IBGE, o termo raça é mais uma construção social e cultural do que biológica. Do ponto de vista genético, não existem raças humanas. O homem moderno distribui-se geograficamente e desenvolveu características físicas, incluindo cor de pele, por adaptação ao ambiente de cada nicho geográfico. Geneticamente, no entanto, não houve diversificação suficiente entre esses grupos geográficos para caracterizar raças em um sentido biológico. Isso introduz uma dificuldade: como podemos nos referir a certos grupos? Uma nomenclatura que tem sido crescentemente usada é a de “etnia”, que deveriam ser definidas como grupos populacionais que tem características físicas ou culturais em comum. A definição de etnia como “um grupo biológico e culturalmente homogêneo” dada pelo Novo Dicionário Aurélio é errada, já que não existe na Terra nenhum grupo humano biologicamente nem culturalmente homogêneo (PENA, 2000). Já para Barbujani (2007), se a classificação racial se baseia em verdadeiras diferenças biológicas, e se quisermos usar as raças para prever os riscos de doenças, três coisas devem ser possíveis: chegar a um acordo sobre a lista de raças humanas, localizar cada raça no mapa, e demonstrar que cada raça é caracterizada por variantes genéticas específicas, que faltam ou pelo menos são muito raras em outras raças.

Para melhorar o valor da etnia como uma variável epidemiológica, Sênior e Bhopal (1994) recomendam o seguinte:

- A etnia deveria ser entendida como difere do conceito da raça e não deveria ser usada como sinônimo deste último termo biologicamente desacreditado.
- A natureza complexa e fluida da etnia deveria ser mais amplamente apreciada
- As limitações de todos os métodos atuais de classificar grupos étnicos devem ser reconhecidas, e todos os relatórios devem afirmar explicitamente tais classificações foram feitas.
- As diferenças socioeconômicas devem ser consideradas ao mesmo tempo, e com pelo menos igual peso, como fatores culturais ou genéticos, quando estas explicam as diferenças na saúde entre grupos étnicos
- A pesquisa em métodos da classificação étnica deve ser dada a mais alta prioridade.
- A observação de variações na prevalência de uma doença deve ser seguida pelo exame detalhado da importância do ambiente familiar, estilo de vida, da cultura e das influencias genéticas.

Segundo Edwards, Fillingim e Keefe (2001), conceitos como gênero, estado socioeconômico, raça e etnia são geralmente muitos mais difíceis de oferecer confiança devido às definições incoerentes na determinação de características humanas externas. Muitos estudos usam termos como raça e etnia permutavelmente, e dedicam pouca atenção às suas verdadeiras definições e significâncias históricas. Raça distingue grupos de pessoas de acordo com sua ancestralidade e ou algumas combinações distintas das características físicas. O termo etnicidade focaliza a distinção entre grupos de pessoas baseando-se no comportamento e na cultura, bem como nas características biológicas e físicas (EDWARDS et al, 2001).

2.6 Raça / Etnia na Dor

De acordo com Edwards et al (2001), a distinção entre raça e etnia é particularmente relevante para pesquisas da dor, baseadas em um modelo biopsicossocial da dor. Esse modelo mantém a idéia de que a experiência da dor é esculpida por interações em torno de fatores biológicos, psicossociais e

sociais, que são os muitos fatores que incluem a etnia. Uma variedade de mecanismos biológicos, sociais e psicossociais podem ser responsáveis pelas diferenças raciais e étnicas observadas na dor reportada. É possível que fatores étnicos possam influenciar ativamente nos mais altos centros nervosos que modulam a dor.

Um estudo prévio desenvolvido por Reed et al (1995) mostrou que indivíduos de pele mais escura têm diferentes efeitos de barreira protetora que podem alterar a percepção da dor. Para Kennedy e Wendelshafer-Crabb (1993), bem como para Ochoa e Torebjörk (1983), a epiderme e a derme são inervadas com fibras nociceptivas A delta e C, que transmitem sensação de dor, temperatura e toque. Há evidências de que receptores da epiderme com propriedades fisiológicas especializadas existem, e geram atividades, quando estimulados nas fibras nervosas periféricas aferentes (KENNEDY e WENDELSHAFER-CRABB, 1993; OCHOA e TOREBJÖRK, 1983). Segundo Yosipovitch et al (2004), grupos étnicos com diferentes tipos de pele podem variar com respeito a esses receptores epidermais. Porém, para Zatzick e Dimsdale (1990), estudos anteriores sugeriram que mecanismos periféricos de nocicepção não respondem por diferenças entre negros americanos e brancos na resposta da dor.

Há um acúmulo de evidências identificando diferenças étnicas nas experiências da dor, e um crescente interesse no entendimento da influência da raça e etnia na experiência da dor. Desde o trabalho pioneiro de Zborowski (1952) em diferenças étnicas e culturais na experiência da dor, numerosos estudos clínicos investigaram uma larga variedade das condições dolorosas que tem sido observada nas diferenças étnicas da prevalência e gravidade da dor (EDWARDS et al, 2001). Muitos artigos e livros recentes citam o trabalho de Zborowski, que realizou um estudo da etnicidade e da dor clínica no inicio dos anos 50, como evidencia de apoio para as diferenças interétnicas na resposta à dor. Ele ainda mencionou outros fatores que devem ser considerados, além da etnicidade. São eles: idade, geração, nível educacional e tipo de patologia básica (LIPTON e MARABACH,1984; ZBOROWSKI, 1952).

Uma pesquisa prévia realizada por Edwards et al (2001) não relatou interações potenciais entre membros de grupos étnicos e outras variáveis

importantes, como gênero e idade, que são conhecidamente importantes na influência da resposta da dor. Por exemplo, é possível que diferenças étnicas sejam mais pronunciadas em mulheres do que em homens (ou vice e versa). Além disso, isso seria interessante para saber se o aumento ou a diminuição das diferenças étnicas avança com a idade. As relações em torno desses fatores merecem uma atenção empírica. Estudos clínicos da dor devem incluir as proporções biológicas, psicossociais e socioculturais e relatar as diferenças étnicas na dor, para permitir, dessa forma, a observação de seus efeitos interativos e independentes.

De acordo com Gazerani e Arendt-Nielsen (2005), nos EUA muitas condições clínicas de dor diferem em torno dos diferentes grupos étnicos. Por um momento, afro-americanos com dor miofascial relataram maiores níveis de dor (NELSON et al, 1996), na dor orofacial (RILEY e GILBERT, 2002) e na enxaqueca (STEWART et al, 1996) quando comparados com brancos. Para Njobvu et al (1999), no Reino Unido, as doenças músculo esqueletais e artrites variaram entre asiáticos e brancos. Stewart et al (1996) demonstraram uma maior prevalência de enxaqueca em caucasianos do que em negros ou asiáticos, enquanto Stang et al (1996) observou o contrário.

Segundo Lipton e Marbach (1984), alguns clínicos e pesquisadores têm esteriotipado o comportamento da dor de determinados grupos étnicos ou de uma pequena amostra dos pacientes de um determinado grupo. Por exemplo, a resposta à dor de certos grupos étnicos tem sido descrita como choro, reclamação, exigência e enfatização da percepção da dor, enquanto outros grupos étnicos tem sido caracterizados como sem emoção, racional, negando a dor e afastando-se de outras pessoas quando estão sofrendo.

Num estudo desenvolvido por Lipton e Marbach (1984), cada grupo étnico relatou todas as respostas como parte da sua experiência da dor, mas num grau diferente. A porcentagem de membros do grupo que concordaram ou não se um determinado comportamento ou atitude foi característico da sua experiência da dor, variou. Isto foi demonstrado nos dois tipos básicos de diferenças interétnicas encontradas neste estudo. O primeiro envolveu respostas nas quais a maioria dos grupos étnicos concordou que um determinado comportamento ou atitude foi característico da sua experiência da

dor. Por exemplo, 73% dos pacientes irlandeses relataram que a dor afetou no seu apetite. No segundo tipo de diferença inter étnica, vários grupos étnicos concordaram que um determinado comportamento, atitude ou descrição caracterizou a experiência da sua dor. Por exemplo, todos os cinco grupos étnicos (porto riquenhos, negros, italianos, irlandeses e judeus) relataram que reclamar da dor facial não fazia bem. Logo, puderam concluir que: Primeiro, as bases da variação intra-étnica apresentam-se complexas e se diferem de acordo com o grupo étnico. Embora certos fatores sejam importantes a serem considerados numa tentativa de entender a experiência da dor (ex. o grau de assimilação psicológica, perduração da dor, e presença de patologia orgânica detectável), sua utilidade e relação atual dependem do grupo étnico que está sendo considerado. Segundo, dada a multiplicidade dos fatores sócio-cultural, psicológicos e clínicos, os quais parecem influenciar a variação intra-étnica na resposta à dor, é inapropriado, e provavelmente irrelevante, basear o comportamento e as atitudes, dos grupos étnicos, baseadas, nos estereótipos. Isto é correto afirmar com relação aos fatores estudados nesta investigação. Terceiro, embora os cinco grupos étnicos fossem parecidos nas respostas à dor consideradas neste estudo, cada grupo foi um pouco diferente com relação aos fatores que influenciaram as respostas. Deste modo, enquanto a homogeneidade interétnica está presente na maioria dos aspectos da experiência da dor, a heterogeneidade intra-étnica domina os fatores, influenciando na experiência (LIPTON e MARABACH, 1984).

De acordo com Yap et al (2003), somente 1% da população chinesa de Hong Kong teve DTM. Entretanto, relatos de dor mandibular de intensidade moderada a severa ocorreram com freqüência. Somente 0,6% da população solicitou tratamento para dor mandibular, limitação de abertura mandibular ou articulação com estalido. No presente estudo, mulheres em idade reprodutiva representam a maioria dos pacientes. A distribuição de gênero e idade sugere uma possibilidade de elo entre DTM e eixo hormonal feminino. Enquanto que para Plesh et al (2005), diferentemente de pacientes americanos e suecos, os pacientes asiáticos sofrem mais com dor miofascial, e esta foi associada à limitação de abertura bucal. Isso pode ser atribuído pelo fato de as estruturas mandibulares serem menores, e conseqüentemente levando a uma diminuição

da abertura mandibular em asiáticos. É importante perceber se as diferenças relatadas são relacionadas aos aspectos das diferenças culturais quando o paciente tem dor ou se estão relacionadas com sintomas físicos. A prevalência de dor orofacial auto relatada e sintomas relatados para DTM foi duas vezes mais alta em mulheres jovens caucasianas que em mulheres jovens afro-americanas comparando com o status socioeconômico. O grupo de caucasianas também relatou o inicio precoce de relatos de DTM comparando com mulheres afro-americanas (PLESH et al, 2005). Segundo Yap et al (2003), achados do Eixo II para depressão e somatização foram muito similares entre asiáticos e caucasianos.

Todd et al (2000) relataram que fatores sociais, como disparidades de condições socioeconômicas, podem influenciar no acesso do cuidado com a saúde, fazendo então com que grupos étnicos e raciais sejam desproporcionalmente expostos a tratamentos médicos inadequados. Para Clark et al (1999), as minorias étnicas e raciais são mais freqüentemente expostas a altos níveis de estresse crônico, pois geralmente estão associados com as diferenças de tratamento, o racismo, e a discriminação.

De acordo com Edwards et al (2001), fatores étnicos podem ter uma maior influencia em como a dor é encarada e respondida emocionalmente e com relação ao comportamento. O significado da dor pode ser influenciado por fatores socioculturais relatados no cenário étnico. Uma variedade de mecanismos biológicos, sociais e psicológicos pode ser responsável por diferenças raciais e étnicas observadas em relatórios de dor. É possível que fatores étnicos possam influenciar nas atividades de centros nervosos mais altos que modulam a dor pela ativação de controles inibitórios neurais. A dor proveniente da imitação de diferentes estilos de grupos étnicos também pode influenciar em como o paciente reporta a dor e, conseqüentemente, o quanto ela o torna incapacitado (EDWARDS et al, 2001).

3 Proposição

O objetivo desse trabalho é testar as seguintes hipóteses:

- Ho (hipótese nula): Não existem diferenças entre brasileiros, israelenses árabes e israelenses judeus nos aspectos psicossociais (EIXO II) utilizando o RDC/TMD.
- Ha (hipótes alternativa): Existem diferenças entre brasileiros, israelenses árabes e israelenses judeus nos aspectos psicossociais (EIXO II) utilizando o RDC/TMD.

4 Materiais e Métodos

Os pacientes desse estudo foram selecionados de um grupo de pacientes de uma amostra inicial de 164 pacientes que tinham queixa de DTM e procuraram atendimento na clínica de DTM e Dor Orofacial da Escola de Odontologia da UNIGRANRIO, em Duque de Caxias – RJ. Da amostra inicial, um total de 164 pacientes foram selecionados, uma vez que pacientes com idade inferior a 18 anos (n = 12), sem diagnóstico de DTM (n = 9), com diagnóstico exclusivo de bruxismo (n = 14) e aqueles que não responderam corretamente o formulário (n = 13), foram excluídos do estudo, restando 116 pacientes.

Para cada paciente foi aplicado o formulário do RDC/TMD, no qual cada paciente fornecerá informações considerando idade, gênero, etnia e tempo que vem sentindo a dor. Um completo exame clínico de acordo com o RDC/TMD também é realizado através de um examinador calibrado(a autora). A partir daí cada paciente receberá uma avaliação de Eixo I e Eixo II, incluindo cálculo do dias de incapacidade, grau de dor crônica, escala de depressão e índice de somatização.

Os dados obtidos foram comparados com os dados retirados do estudo de Reiter et al (2006), sobre análise com RDC/TMD de pacientes israelenses árabes e israelenses judeus.

A população total de israelenses (árabes e judeus) foi de 197 pacientes consecutivos encaminhados pela primeira vez com uma proposta de diagnóstico de DTM. Pacientes menores de 18 anos (n = 23), pacientes que apresentavam bruxismo (n = 20), pacientes que se recusaram a preencher o questionário ou por causa da dificuldade lingüística (n = 15), os referentes a um grande trauma (n = 08), e os que não preencheram os critérios para receber um diagnóstico de DTM segundo RDC/TMD (n = 16), foram excluídos, restando somente 115 pacientes.

O estudo de Reiter et al (2006), comparou duas populações distintas, os judeus israelenses e árabes israelenses, que podem ser encontrados no norte de Israel. Estas populações oferecem a rara oportunidade de examinar a

associação entre etnia e dor orofacial, onde ambas as populações pertencem à mesma raça (caucasianos), mas diferem significativamente em sua etnia. Basicamente, as duas populações são distintas na educação e a na preservação de sua própria cultura e idioma.

Os dados foram analisados estatisticamente pelo teste Z para comparação entre proporções a 5% de significância ($p < 0,05$). Foi feita a comparação para cada fator entre as populações.

4.1 Critérios de Exclusão

Para essa pesquisa foram excluídos os pacientes menores de 18 anos, os pacientes com diagnóstico exclusivo de bruxismo (bruxismo não é considerado diagnostico de DTM de acordo com o RDC), os pacientes que não responderam corretamente o formulário (RDC/TMD), e os pacientes sem diagnostico.

Na pesquisa israelense o Eixo I foi desconsiderado, pois não foram encontradas grandes diferenças estatísticas entre israelenses árabes (IA) e judeus (IJ). Com isso, resolvemos também trabalhar somente com o Eixo II assim tendo uma apropriada comparação entre estudos.

O item ansiedade presente na pesquisa israelense foi descartado, pois não consta no RDC. Para usarmos esse item teríamos que saber a escala utilizada pela pesquisadora para descobrir esses dados.

Como no estudo de Reiter et al (2006) a maioria dos pacientes era do sexo feminino, e por consideração a influência do gênero na dor crônica, pacientes do sexo masculino foram omitidos.

5 Resultados

5.1 Associação entre as variáveis do Eixo II e as Etnias

Não foi evidenciada diferença entre associação significativa entre brasileiros e IJ com relação à depressão (normal – p = 0,17/ moderada – p = 0,82/ severa – p = 0,08) bem como na depressão moderada de brasileiros x IA (p = 0,25) e IJ x IA (p = 0,18). Já na depressão normal e severa de brasileiros x IA (p = 0,02 e p = 0,02, respectivamente) e IJ x IA (p= 0,001 e p= 0,0001, respectivamente) houve significância.

Quadro 1. Depressão em relação à etnia

Etnia	Depressão		
	Normal	Moderada	Severa
Brasileiros	26,6%	38,1%	35,3%
Ìsraelenses Judeus	37%	41,3%	21,7%
Ìsraelenses Árabes	9,1%	27,3%	63,6%

Na somatização com item de dor excluído (SOMATEX) em relação às etnias, foi encontrada associação significativa na Somatex severa nos três grupos (Br x IJ p = 0,04; Br x IA p = 0,001; IA x IJ p = 0,001). Também houve significância entre Israelenses Árabes e Israelenses Judeus nas três divisões de Somatex (normal p = 0,0001; moderada p = 0,04; severa p = 0,0001). O que também chamou a atenção foi o grande percentual de Israelenses Árabes com Somatex severa (83,3%).

Na somatização de item de dor incluído (SOMATIC) em relação às etnias, somente não houve significância entre Br x IJ na Somatic severa (p =

0.98), Br x IA na Somatic moderada (p = 0,7) e entre IJ x IA (p = 0,12).

Quadro 2. Somatização em relação à etnia

Etnia	Somatic			Somatex		
	Normal	Moderada	Severa	Normal	Moderada	Severa
Brasileiros	31,4%	20%	48,6%	25,7%	21%	53,3%
Israelenses Judeus	15,2%	34,8%	50%	4,8%	29,5%	36,4%
Israelenses Árabes	4,5%	16%	79,5%	34,1%	11,9%	83,3%

5.2 Grau de Dor Crônica

Com relação às etnias, o grau de dor crônica I e II é onde está concentrada a grande parte dos pacientes avaliados. Somente nos Israelense Árabes essa proporção se estende ao grau III de dor crônica.

Quadro 3. Grau de dor crônica em relação à etnia

Etnia	CPGrade				
	Grau 0	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV
Brasileiros	3%	20,8%	45,6%	16,8%	13,8%
Israelenses Judeus	6,5%	34,8%	43,5%	6,5%	8,7%
Israelenses Árabes	4,5%	25%	27,3%	31,8%	11,4%

5.3 Dias de Incapacidade

Não houve diferenças estatísticas aparentes entre IA x IJ com relação

aos dias não trabalhados (6,4 +/- 16,4 dias para IJ e 8,6 +/- 20,8 dias para IA). Já entre os brasileiros essa diferença é maior (15,78 +/- 12,3 dias).

6 Discussão

A maioria dos pacientes israelenses está entre 25 e 44 anos (62% IA e 58,5% IJ). Já entre os brasileiros esta faixa etária corresponde a 49% do total, mas podemos observar que ela se extende até os 55 anos, aumentando mais 20%.

Somente os resultados considerados quanto ao sexo feminino foram comparados (n israelenses = 90/ n brasileiros = 108). Entre homens e mulheres, respectivamente, 1:7,3 para IA, 1:2,4 para IJ e 1:9,93 para brasileiros.

O estudo de Reiter et al (2006) não avaliou os fatores socioeconômicos e educacionais, o que poderia afetar os resultados. Riley et al (2003) relataram que pacientes com menor nível socioeconômico têm maior risco para dor orofacial e dor de impacto comportamental. Riqueza, status social, o casamento, e a aculturação podem mudar o grau de identificação com um determinado grupo étnico. Sem dúvida, pesquisas futuras deveriam se esforçar para incluir fatores socioeconômicos e educacionais.

A religião também pode influenciar a pontuação do Eixo II. Por exemplo, Hamdi et al (1997) refere à influência da religião sobre a expressão do Eixo II, indicando que, o suicídio na fé islâmica é expressamente proibido. Portanto, a tendência seria responder negativamente às perguntas sobre os pensamentos de suicídio, presentes no RDC.

Plesh et al (2005) mostraram níveis mais elevados de somatização em um grupo africano americano em comparação a um grupo caucasiano com a diversidade sócio-econômico semelhante. O estudo indicou que as diferenças na dor facial e sintomas relacionados à DTM entre mulheres jovens africanas americanas e mulheres jovens caucasianas não foram influenciadas pelo nível socioeconômico. Entretanto, ambos os estudos examinaram as diferenças raciais, e não a etnia.

No estudo de Reiter et al (2006), as normas para a escala de notas do eixo II do RDC / TMD foram usadas. Embora essas normas permitam comparações entre diferentes populações, tais normas também podem ser afetadas pela cultura, fato que pode ter influenciado os resultados. Além disso,

como não existe uma avaliação da sensibilidade cultural das traduções realizadas, mais estudos sobre a confiabilidade e a validade dos questionários hebraico e árabe seriam essenciais.

No presente estudo, brasileiros e israelenses judeus apresentaram as contagens de depressão e de somatização semelhantes. Já os israelenses árabes tiveram uma grande discrepância com relação aos itens anteriores, quando comparados aos dois outros grupos. A dor crônica foi o único fator que ditou a diferença significativa entre os três grupos em relação aos resultados.

Ambos os grupos relataram dias de incapacidade semelhantes, mas diferiram significativamente no comportamento da dor crônica, como expresso por suas contagens. Este fator ditou a diferença significativa entre os três grupos em relação aos resultados de grau de dor crônica. Esses resultados destacam a importância do aspecto social do modelo biopsicossocial da dor crônica em esculpir o comportamento da dor crônica.

Depressão severa, somatização severa e grau de dor crônica grau II foram significativamente elevados nas mulheres IA comparado com as mulheres IJ e as brasileiras. Essa investigação pode elucidar os fatores que causam diferenças no comportamento dos pacientes com DTM em todo o mundo e até mesmo lançar alguma luz sobre as diferentes etiologias da DTM, já que todos sabemos que as mulheres árabes são contidas, nunca lascivas, vivem cobertas por véus e muitas das vezes oprimidas.

De acordo com Reiter et al (2006) depressão e somatização foram significativamente elevados nas mulheres IA comparado com as mulheres IJ.

Hamdi et al (1997) discutiu o uso freqüente de metáforas somáticas para descrever o estado de sentimento de depressão. Isto está em contraste com a tendência a responder negativamente às perguntas que descrevem as descrições: humor e depressão. Isto pode explicar a elevada taxa de somatização encontrada no presente estudo, o que poderia ser secundária à depressão. Nobles e Sciarra (2000) observaram que os árabes podem usar relatórios exagerados e descritores de extremos, como excelente e terrível, e salientar a importância do que está sendo dito. Isso poderia influenciar Eixo II nos escores de depressão, somatização e dor crônica.

Hoje, as diferenças de gênero na dor são indiscutíveis. Fatores como cultura e etnia também devem ser referidos quando se utiliza o RDC / TMD eixo II. Talvez a criação de um terceiro eixo, o Eixo III, para representar a componente social do modelo biopsicossocial da dor deve ser considerado. Isso pode incluir sexo, status socioeconômico, nível educacional e etnia, e que possam afetar a apresentação do eixo II de uma forma que seja única para cada cultura. O efeito de tais fatores deve ser reconhecido se quisermos compreender o significado do perfil dos pacientes de eixo II. Temos de analisar se a diferença nos resultados no eixo II reflete numa verdadeira diferença na prevalência de determinadas condições psicológicas ou se as diferenças apenas refletem na etnia.

No decorrer desse trabalho pudemos observar a dificuldade da descrição real das raças nas quais os pacientes pertenciam, já que os questionários do RDC eram preenchidos pelos próprios, e muitos negros se consideravam pardos. Com isso, não podemos considerar esse fator como determinante na nossa avaliação. Outro obstáculo observado na vivência clínica foi a tentativa de descobrir realmente o que cada paciente estava sentindo, pois enquanto alguns extremavam a dor, outros não relatavam o que sentiam.

7 Conclusão

No que tange a comparação entre Israelenses Judeus e Brasileiros avaliados a hipótese nula (Ho) é aceita, pois não existiram diferenças entre as populações, exceto para Somatex severa, Somatic normal e moderada. Já entre Israelenses Árabes e Brasileiros a hipótese nula (Ho) foi rejeitada, pois existiram algumas diferenças entre as populações no tocante a depressão, Somatex e Somatic moderadas, e grau de dor crônica 0,1 e 4.

Referências*

BARBUJANI, G.A invenção das raças. **Contexto**, São Paulo. p. 155-191, 2007.

CARLSSON, G.E. Epidemiology and Treatment Need for TMD. **Journal Orofacial Pain**, v. 13, p. 232-237, 1999.

CARLSSON, G.E.; DeBOEVER, J.A. **Epidemiologia**, Cap. 06, p. 159 – 170,1999.

CLARK, R. et al. Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. **American Psychologist**, v. 54, n. 10, p. 805- 816, 1999.

CHRISMAN, N.; KLEINMAN, A. Health beliefs and practices. **Harvard Encyclopedia os American Ethnic Groups**, p. 452 - 461, 1980.

DAO,T.T.; LeRESCHE, L. Gender differences in pain. **J Orofac Pain**; v.14, p.169- 195, 2000.

DWORKIN, S.F. Perspectives on the Interaction of Biological, Psycological and Social Factors. **JADA**, v. 125, p. 856 - 863, 1994.

DWORKIN, S.F. et al. Epidemiology of Signs and Symptoms in TMD: Clinical Signs in Cases and Controls. **JADA**, v. 120, p. 273-281, 1990.

DWORKIN, S.F. et al. RDC for TMD: Review, Criteria, Examinations and Specifications, Critique. **Journal of Craniomandibular Disorders: Facial e Oral Pain**, v. 6, n. 4, p. 301 – 326, 1992.

EDWARDS, C.L.; FILLINGIM, R.B.; KEEFE, Francis. Race, Ethnicity and Pain. **Pain**, v. 94, p. 133–137, 2001.

---

* Referências de acordo com o estilo Vancouver (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

EDWARDS, R.R. et al. Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. **Psychosomatic Medicine**, v. 63, p. 316-323, 2001.

FERREIRA, L.A.; BARRA, V.S.O.; GUIMARÃES, S.M.R. Quadro Biopsicossocial de Pacientes com DTM: Avaliação do Estresse e da Qualidade de Vida. **Rev Serviço ATM**, v. 2, n. 1, p. 36-43, 2002.

GAZERANI, P.; ARENDT-NIELSEN, L. The impact of ethnic differences in response to capsaicin-induced trigeminal sensitization. **Pain**, v. 117, p. 223 - 229, 2005.

GLAROS, A.G.; URBAN, D.; LOCKE, J. Headache and temporomandibular disorders : evidence for diagnostic and behavioural overlap. **Cephalalgia**, v. 27, p. 542 - 549, 2007.

GREEN, E.D.; CHAKRAVARTI, A. The Human Genome Sequence Expedition: Views from the 'Base Camp'. **Genome Research**, v. 11, p. 645–651, 2001.

HAMDI, E. et al. Problems in validating endogenous depression in the Arab culture by contemporary diagnostic criteria. **J Affect Disord**; v. 44, p. 131- 143, 1997.

HAMDI, E.; AMIN, Y.; ABOU-SALEH, M.T. Problems in validating endogenous depression in the Arab culture by contemporary diagnostic criteria. **J Affect Disord**, v. 44, p. 131 – 143, 1997.

HASTIE, B.A.; RILEY, J.L.; FILLINGIM, R.B. Ethnic differences and responces to pain in healthy young adults. **Pain Medicine,** v. 6, n.1, p. 61-71, 2005.

JOHANSSON, A. et al. Gender difference in symptoms related to Tmd in a population of 50-year-old subjects. **Journal Orofacial Pain,** v. 17, n. 1, p. 29-35, 2003.

KENNEDY, W.R.; WENDELSCHAFER-CRABB, G. The inervation of human epidermis. **J Neurol Sci**, v. 115, p. 184 - 190, 1993.

KORSZUN, A. et al. The Relationship Between TMD and Stress-Associated Syndromes. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 86, p. 416-420, 1998.

KROGSTAD, B.S. et al. The Reporting of Pain, Somatic Complaints, and Anxiety in a Group of Patientes with TMD Before and 2 Years After Treatment: Sex Differences. **Journal Orofacial Pain,** v. 10, p. 263 - 269, 1996.

LASKIN, D.M.; Block, S. Diagnosis and treatment of myofacial pain - dysfunction syndrome. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 56, n. 1, p. 75-84, 1986.

LIPP, M.; ROCHA, J.C. Você está hipertenso. In: Lipp M, Rocha JC. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas (SP): Papirus, p. 9-17, 1994.

LIPTON, J.A.; SHIP, J.A.; LARACH-ROBINSON, D. Estimated Prevalence and Distribution of Reportd Orofacial Pain in the US. **JADA**, v. 124, p. 115-121, 1993.

LIPTON, J.A.; MARBACH, Joseph J. Ethinicity and the pain experience. **Soc. Sci. Med**., v. 19, n. 12, p. 1279-1298, 1984.

LIST, T.; DWORKIN, S.F. Comparing TMD Diagnoses and Clinical Findings at Swedish and US TMD Centers Using Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. **Journal Orofacial Pain**, v. 10, n. 3, p. 240-253, 1996.

MARMOT, M.G. General approaches to migrant studies: the relation between disease, social class and ethnic origin. In: Crulckshank JK, Beevers DG, eds. **Ethnic factors in health and disease**, p. 12 - 17, London 1989.

McNEILLY, M.D. et al. Effects of racist provocation and social support on cardiovascular reactivity in African Americans. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 2, n. 4, p.321–338, 1995.

NELSON, D.V. et al. Ethnic comparability of the MMPI in pain patients. **Journal of Clinical Psychology,** v. 52, n. 5, p. 485 - 497, 1996.

NJOBVU, P. et al. Pain amongst ethnic minority groups of South Asian origin in the United Kingdom: a review. **British Society for Rheumatology**, v. 38, p. 1184-1187, 1999.

NOBLES, A.Y.; SCIARRA, D.T. Cultural determinants in the treatment of Arab Americans: A primer for mainstream therapists. **Am J Orthopsychiatry**; v. 70, p. 182 – 191, 2000.

OCHOA, J.; TOREBJÖRK, E. Sensations evoked by intraneural microstimulation of single mechanoreceptor units innervating the human hand. **J Physiol**, v. 342, p. 633 - 654, 1983.

OKESON, P.J. - Fundamentos de Oclusão e Desordens Tempo-mandibulares. Ed. Artes Médicas 1992 (617643O41f 2ed)

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. The Impact of Oral Pain on Quality of Life During Pregnancy in Low-Income Brazilian Women. **Journal of Orofacial Pain**, v.20, p. 297 – 305, 2006.

PENA, S.D.J. et al. Retrato molecular do Brasil. **Rev Ciência Hoje**, v. 27, n. 159, p. 16 – 25, 2000.

PEREIRA, F.J. et al. Clinical findings related to morphologic changes in TMJ autopsy specimens. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology**, v. 78, n. 3, p. 288-95, 1994.

PLESH, O. et al. Diagnoses based on the RDC for TMD in biracial population of young women. **Journal Orofacial Pain**, v. 19, p. 65 - 75, 2005.

REED, J.T.; GHADIALLY, R.; ELIAS, P.M. Skin type, but neither race nor gender, influence epidermal permeability barrier function. **Arch Dermatol,** v. 131, p. 1134-1138, 1995.

REITER, S. et al. Etnic differences in Temporomandibular disorders between jewish and arab populations in Israel according to RDC/TMD evaluation. **Journal Orofacial Pain**, v. 20, n. 1, p. 36 - 42, 2006.

RILEY, J.L.; GILBERT, G.H. Racial differences in orofacial pain. **The Journal of Pain**, v. 3, n. 4, p. 284 - 291, 2002.

RILEY, J.L.; GILBERT, G.H.; HEFT, M.W. Socioeconomic and Demographic Disparities in Symptoms of Orofacial Pain. **J Public Health Dent**, v. 63, p. 166-73, 2003.

SCHIFFMAN, E.L.; FRICTON, J.R.; HALEY, D. Relationship of occlusion, parafunctional habits and recents life events to mandibular dysfunction in a non-patient population. **Journal of Oral Rehabilittion**, v. 19, p. 201 - 223, 1992.

SENIOR, P.A.; BHOPAL, R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. **British Medical Journal**, v. 309, n. 6950, p. 327 - 333, 1994.

SILVA, A.C. de A. *Estresse, Estressores e Qualidade de Vida de Bancários: um estudo exploratório com uma amostra de funcionários do Banco do Brasil.* Dissertação de Mestrado em Psicologia da PUCCAMP: 1992.

SIPILÃ, K. et al. Comorbidity Between Facial Pain, Widespread Pain, and Depressive Symptoms in Young Adults. **Journal Orofacial Pain**, v. 20, n. 1, p. 24-30, 2006.

SIPILÄ, K. et al. Temporomandibular disorders, occlusion and neck pain in subjects with facial pain – A case control study. **J Craniomandib Pract,** v. 20, p. 158 - 164, 2002.

STANG, C.N. et al. Capsaicin-evoked mechanical allodynia and hyperalgesia cross nerve territories: evidence for a central mechanism. **American Society of Anesthesiologists,** v. 85, n. 3, p. 491 - 496, 1996.

STEWART, W.F.; LIPTON, R.B.; LIBERMAN, J. Variation in migraine prevalence by race. **Neurology**, v. 47, p. 52-59, 1996.

SUVINEN, T.I. et al. An 8 Year Follow-up Study of TMD and Psychosomatic Symptoms from Adolescence to Young Adulthood. **Journal Orofacial Pain**, v. 18, n. 2, p. 126-130, 2004.

TODD, K.H. et al. Ethnicity and analgesic practice. **Annals of Emergency Medicine,** v. 35, p. 11–16, 2000.

WANG, S. Epidemiology of migraine and other types of headache in Asia. **Curr Neurol Neurosci Rep,** v. 3, n. 2, p. 104 – 108, 2003.

WEXLER, G.B.; STEED, P.A. Psychological Factors and temporomandibular outcomes. **The Journal of Craniomandibular Pratice**, v. 16, n. 2, p. 72-77, 1998.

YAP, A. U. J. et al. Prevalence of tmd subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in asian patients. **J Orofacial Pain**, v. 17, p. 21-28, 2003.

YOSIPOVITCH, G. et al. Do ethnicity and gender have an impact on pain thresholds in minor dermatologic procedures? A study on thermal pain perception thresholds in asian ethnic groups. **Skin Res Technol**, v. 10, n. 1, p. 38 - 42, 2004.

ZATZICK, D.F.; DIMSDALE, J.E. Cultural variations in response to painful stimuli. **Psychosom Med,** v. 52, n. 5, p. 544 - 557, 1990.

ZBOROWSKI, M. Cultural components in response to pain. **J Soc Issues**, v.8, p.16-30, 1952.

Ambulatório	Diagnóstico
☐ DTM ☐ Neurologia ☐ Reumatologia	DTM_____ Neurologia _____ Reumatologia _____

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY
ESCOLA DE ODONTOLOGIA
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA

CLÍNICA DE DOR OROFACIAL

- RDC / TMD -

Nome	Prontuário/matrícula nº	RDC nº
Examinador	Data _____ / _____ / _____	

HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO

Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.

1. Como você classifica sua saúde em geral?
   [1] Excelente
   [2] Muito boa
   [3] Boa
   [4] Razoável
   [5] Ruim

2. Como você classifica a saúde da sua boca?
   [1] Excelente
   [2] Muito boa
   [3] Boa
   [4] Razoável
   [5] Ruim

3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?
   [0] Não
   [1] Sim
   [Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 14.a**]
   [Se a sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta.**]

4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?
   [Se começou **há um ano ou mais**, responda a **pergunta 4.a**]
   [Se começou **há menos de um ano**, responda a **pergunta 4.b**]

4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?
   [ ][ ] Ano(s)

4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?
   [ ][ ] Mês(es)

5. A dor na face ocorre?
   [1] O tempo todo
   [2] Aparece e desaparece
   [3] Ocorreu somente uma vez

6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?
   [1] Não
   [2] Sim, nos últimos seis meses
   [3] Sim, há mais de seis meses

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, **neste exato momento**, que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível" ?

Nenhuma dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A pior dor Possível

8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível" ?

Nenhuma dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A pior dor Possível

9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é "a pior dor possível" ?

Nenhuma dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A pior dor possível

10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?
   [ ][ ] Dias

11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma interferência" e 10 é "incapaz de realizar qualquer atividade" ?

Nenhuma Interferência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Incapaz de realizar qualquer atividade

12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer , sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema" ?

Nenhuma mudança	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mudança extrema

13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?

Nenhuma mudança	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mudança extrema

14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?
[0] Não
[1] Sim
[Se você **nunca** teve travamento da mandíbula, PULE para a **pergunta 15.a**]
[Se **já teve** travamento da mandíbula, PASSE para a **próxima pergunta**]

14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?
[0] Não
[1] Sim

15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?
[0] Não
[1] Sim

15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?
[0] Não
[1] Sim

15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?
[0] Não
[1] Sim

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?
[0] Não
[1] Sim

15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) "cansada" ou dolorida quando você acorda pela manhã ?
[0] Não
[1] Sim

15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos ?
[0] Não
[1] Sim

15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/ estranha?
[0] Não
[1] Sim

16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?
[0] Não
[1] Sim

16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. já teve artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?
[0] Não
[1] Sim

16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?
[0] Não
[1] Sim
[Se você **não** teve dor ou inchaço, PULE para a **pergunta 17.a.**]
[Se você **já teve**, dor ou inchaço, PASSE para a **próxima pergunta**]

16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?
[0] Não
[1] Sim

17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?
[0] Não
[1] Sim
[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 18**]
[Se sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

17.b. A sua dor na face (em locais como a região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma?
[0] Não
[1] Sim

18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?
[0] Não
[1] Sim

19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo), impedem, limitam ou prejudicam?

	NÃO	SIM
a. Mastigar	0	1
b. Beber (tomar líquidos)	0	1
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	0	1
d. Comer alimentos duros	0	1
e. Comer alimentos moles	0	1
f. Sorrir/gargalhar	0	1
g. Atividade sexual	0	1
h. Limpar os dentes ou a face	0	1
i. Bocejar	0	1
j. Engolir	0	1
k. Conversar	0	1
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	0	1

20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:

	Nem um pouco	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?

[1] Excelente
[2] Muito bom
[3] Bom
[4] Razoável
[5] Ruim

22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?

[1] Excelente
[2] Muito bom
[3] Bom
[4] Razoável
[5] Ruim

23. Qual a data do seu nascimento?
Dia ☐☐ Mês ☐☐ Ano ☐☐☐☐

24. Qual seu sexo?
[1] Masculino
[2] Feminino

25. Qual a sua cor ou raça?
[1] Aleútas, Esquimó ou Índio Americano
[2] Asiático ou Insulano Pacífico
[3] Preta
[4] Branca
[5] Outra [Se sua resposta foi **outra**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua cor ou raça]
[6] Parda
[7] Amarela
[8] Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?
[1] Porto Riquenho
[2] Cubano
[3] Mexicano
[4] Mexicano Americano
[5] Chicano
[6] Outro Latino Americano
[7] Outro Espanhol
[8] Nenhuma acima
[Se sua resposta foi **nenhuma acima**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua origem ou de seus familiares]
[9] Índio
[10] Português
[11] Francês
[12] Holandês
[13] Espanhol
[14] Africano
[15] Italiano
[16] Japonês
[17] Alemão
[18] Árabe
[19] Outra, favor especificar _____
[20] Não sabe especificar

27. Até que ano da escola / faculdade você freqüentou?

Nunca freqüentei a escola		[0]
Ensino fundamental (primário)	1ª Série	[1]
	2ª Série	[2]
	3ª Série	[3]
	4ª Série	[4]
Ensino fundamental (ginásio)	5ª Série	[5]
	6ª Série	[6]
	7ª Série	[7]
	8ª Série	[8]
Ensino médio (científico)	1°ano	[9]
	2°ano	[10]
	3°ano	[11]
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1°ano	[12]
	2°ano	[13]
	3°ano	[14]
	4°ano	[15]
	5°ano	[16]
	6°ano	[17]

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?
[0] Não
[1] Sim
[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]
[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?
[0] Não
[1] Sim
[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]
[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?
[1] Sim, procurando emprego
[2] Sim, afastado temporariamente do trabalho
[3] Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho
[4] Não

29. Qual o seu estado civil?
[1] Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa
[2] Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa
[3] Viúvo (a)
[4] Divorciado (a)
[5] Separado (a)
[6] Nunca casei
[7] Morando junto

30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?
R$ ☐☐☐☐☐,☐☐

Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional
☐ Até ¼ do salário mínimo
☐ De ¼ a ½ salário mínimo
☐ De ½ a 1 salário mínimo
☐ De 1 a 2 salários mínimos
☐ De 2 a 3 salários mínimos
☐ De 3 a 5 salários mínimos
☐ De 5 a 10 salários mínimos
☐ De 10 a 15 salários mínimos
☐ De 15 a 20 salários mínimos
☐ De 20 a 30 salários mínimos
☐ Mais de 30 salários mínimos
☐ Sem rendimento

31. Qual o seu CEP? ☐☐☐☐☐-☐☐☐

Muito Obrigado.
Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

EXAME CLÍNICO

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

[0] Nenhum
[1] Direito
[2] Esquerdo
[3] Ambos

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

DIREITO		ESQUERDO	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Articulação	[1]	Articulação	[1]
Músculos	[2]	Músculos	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

3. Padrão de Abertura

[0] Reto
[1] Desvio lateral direito (não corrigido)
[2] Desvio lateral direito corrigido ("S")
[3] Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
[4] Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")
[5] Outro tipo _____
(Especifique)

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado [1] [2]

a. Abertura sem auxílio sem dor [ ][ ] mm

b. Abertura máxima sem auxílio [ ][ ] mm

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

c. Abertura máxima com auxílio [ ][ ] mm

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

d. Transpasse incisal vertical [ ][ ] mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

DIREITO		ESQUERDO	
Nenhum	[0]	Nenhum	[0]
Estalido	[1]	Estalido	[1]
Crepitação grosseira	[2]	Crepitação grosseira	[2]
Crepitação fina	[3]	Crepitação fina	[3]

[ ][ ] mm. [ ][ ] mm.

(Medida do estalido na abertura)

b. Fechamento

DIREITO		ESQUERDO	
Nenhum	[0]	Nenhum	[0]
Estalido	[1]	Estalido	[1]
Crepitação grosseira	[2]	Crepitação grosseira	[2]
Crepitação fina	[3]	Crepitação fina	[3]

[ ][ ] mm. [ ][ ] mm.

(Medida do estalido no fechamento)

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

DIREITO		ESQUERDO	
Não	[0]	Não	[0]
Sim	[1]	Sim	[1]
NA	[8]	NA	[8]

6. Excursões

a. Excursão lateral direita [1][0] mm.

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

b. Excursão lateral esquerda [ ][ ] mm.

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

c. Protrusão [ ][ ] mm.

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

d. Desvio de linha média [ ][ ] mm.

[1] Direito
[2] Esquerdo
[8] NA

NA: NENHUMA DAS OPÇÕES ACIMA

EXAME CLÍNICO

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

[0] Nenhum
[1] Direito
[2] Esquerdo
[3] Ambos

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

DIREITO		ESQUERDO	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Articulação	[1]	Articulação	[1]
Músculos	[2]	Músculos	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

3. Padrão de Abertura

[0] Reto
[1] Desvio lateral direito (não corrigido)
[2] Desvio lateral direito corrigido ("S")
[3] Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
[4] Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")
[5] Outro tipo _____
(Especifique)

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado [1] [2]

a. Abertura sem auxílio sem dor [ ][ ] mm

b. Abertura máxima sem auxílio [ ][ ] mm

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

c. Abertura máxima com auxílio [ ][ ] mm

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

d. Transpasse incisal vertical [ ][ ] mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

DIREITO		ESQUERDO	
Nenhum	[0]	Nenhum	[0]
Estalido	[1]	Estalido	[1]
Crepitação grosseira	[2]	Crepitação grosseira	[2]
Crepitação fina	[3]	Crepitação fina	[3]

[ ][ ] mm. [ ][ ] mm.

(Medida do estalido na abertura)

b. Fechamento

DIREITO		ESQUERDO	
Nenhum	[0]	Nenhum	[0]
Estalido	[1]	Estalido	[1]
Crepitação grosseira	[2]	Crepitação grosseira	[2]
Crepitação fina	[3]	Crepitação fina	[3]

[ ][ ] mm. [ ][ ] mm.

(Medida do estalido no fechamento)

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

DIREITO		ESQUERDO	
Não	[0]	Não	[0]
Sim	[1]	Sim	[1]
NA	[8]	NA	[8]

6. Excursões

a. Excursão lateral direita [1][0] mm.

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

b. Excursão lateral esquerda [ ][ ] mm.

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

c. Protrusão [ ][ ] mm.

Dor Muscular		Dor Articular	
Nenhuma	[0]	Nenhuma	[0]
Direito	[1]	Direito	[1]
Esquerdo	[2]	Esquerdo	[2]
Ambos	[3]	Ambos	[3]

d. Desvio de linha média [ ][ ] mm.

[1] Direito
[2] Esquerdo
[8] NA

NA: NENHUMA DAS OPÇÕES ACIMA

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos - direito	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação Fina
7.a Excursão Direita	0	1	2	3
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.c Protrusão	0	1	2	3

Ruídos - esquerdo	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação Fina
7.d Excursão Direita	0	1	2	3
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.f Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

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

0 = somente pressão (sem dor)
1 = dor leve
2 = dor moderada
3 = dor severa

8. Dor muscular extra-oral com palpação	Direita				Esquerda			
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.)"abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Dor articular com palpação								
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.)"Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Dor muscular intra oral com palpação								
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3

DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E EXECUÇÃO DE TRATAMENTO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

NOME DO PACIENTE: _____
MATRÍCULA: _____ *CPF:* _____

Através deste documento por mim assinado autorizo e dou pleno consentimento ao Serviço de Dor Orocraniofacial, da Escola de Odontologia UNIGRANRIO para, por intermédio de seus professores e alunos devidamente supervisionados, fazer exames, estabelecer diagnósticos, planejar qualquer tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Tenho pleno conhecimento que tais procedimentos objetivam resolver as minhas necessidades de saúde, bem como, à instrução e demonstração para estudantes e profissionais da Odontologia e de Medicina. Concordo, pois, com a orientação seguida, seja para fins didáticos e/ou tratamento.

Concedo, à título gratuito, permissão para que o Serviço de Dor Orocraniofacial das Escolas de Odontologia e Medicina da UNIGRANRIO, através de seus professores, odontólogos, médicos e alunos, esses devidamente supervisionados, obtenham fotografias minhas para uso educacional, odontológico, médico, científico e/ou para pesquisas em geral.

Eu, também autorizo, à título gratuito, que as minhas fotografias sejam publicadas e exibidas em aulas, palestras, conferências e publicações científicas impressas ou virtuais (Internet), com os propósitos científicos julgados necessários pelo Serviço, sendo certo que tenho ciência e concordo que minhas feições poderão ficar visíveis, portanto reconhecíveis.

Entretanto, eu só não autorizo ser identificado (a) pelo seu nome em nenhuma publicação ou qualquer outro uso.

Concordo, ainda, que as fotografias permanecerão como propriedade do Serviço.

Eu renuncio a quaisquer direitos relacionados a presente autorização para uso de publicação de minhas fotografias, isentando o Serviço, as Faculdades e a Universidade, seus integrantes profissionais e qualquer outra pessoa que esteja relacionada e/ou participando do meu material fotográfico, de qualquer ação judicial que tenha como objeto esses mesmos direitos.

Estou ciente que quando necessário a colocação de placa, a mesma somente será entregue mediante o pagamento total. Neste pagamento não estão inclusos os valores de outros procedimentos. E a partir da colocação da placa, devo comparecer à clínica nas 3(três) consultas posteriores de acompanhamento, que são gratuitas, nas datas marcadas. Estas 3 (três) consultas de acompanhamento serão cobradas em caso remarcação ou falta.

Declaro que as informações sobre a necessidade do tratamento, os seus riscos, as vantagens e desvantagens, os custos, assim como o seu planejamento, me foram passados de forma simples, clara e transparente, numa linguagem que pude entender, não restando qualquer duvida para início do tratamento, passando a assinar ao final, o acordo para realização do mesmo. Afirmo ainda que me foram passadas, informações de que para o tratamento alcançar o pretendido (resultado), não depende apenas do profissional médico e/ou odontólogo, mas sim, de um conjunto de situações que envolvem o mesmo, assim como: a minha presença nas datas e horários marcados para a realização das consultas e quando necessário, será feito acompanhamento por outros profissionais de saúde, e principalmente de uma resposta do organismo favorável ao bom desempenho do tratamento. Em sendo assim o profissional não pode dar o prazo preciso para o final do tratamento, porém se compromete a atendê-lo com respeito e dignidade.

Duque de Caxias, RJ / / .

_____
(Assinatura do paciente ou responsável)

UNIVERSIDADE
UNIGRANRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Duque de Caxias, 11 de setembro de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO
Para Investigadora Principal: Érica B. Signorini do E. Santo Von Held
Orientadora: Prof. Dr. Francisco José Pereira Junior

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO, após avaliação considerou aprovado o projeto de pesquisa protocolado sob o nº. 0050.0.317.000-08, "ASPECTOS FÍSICOS E PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. COMPARAÇÃO ENTRE BRASILEIROS E ISRAELENSES", encontrando-se a referida pesquisa e o Consentimento Livre e Esclarecido de conformidade com a Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a este comitê um sumário dos resultados do projeto, previsto para dezembro de 2008, a fim de que seja expedido o certificado de aprovação final.

Prof. Ms Renato Cerqueira Zambrotti
Coordenador CEP/UNIGRANRIO

Márcia Ribeiro Pedra Fixe
Secretária do CEP/UNIGRANRIO

CEP/UNIGRANRIO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA da UNIGRANRIO
Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – 25 de Agosto – Duque de Caxias – CEP: 25071-202
Tel.: 21 2672-7871/7733 – E-mail: rzambrotti@unigranrio.com.br

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo