



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PREVALÊNCIA DE DTM EM ESTUDANTES DE MEDICINA DENTÁRIA
DO INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por

Susana Rodrigues Correia de Almeida e Paiva

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

novembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PREVALÊNCIA DE DTM EM ESTUDANTES DE MEDICINA DENTÁRIA
DO INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por

Susana Rodrigues Correia de Almeida e Paiva

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Prof. Doutora Iman Bugaighis

e coorientado por

Prof. Doutora Cristina Manso e Mestre André Mariz de Almeida

novembro de 2021

AGRADECIMENTOS

À Cooperativa Egas Moniz que me acolheu na família que levo comigo para sempre, e que me proporcionou o curso superior e ensinamentos para a vida.

À minha orientadora Prof. Doutora Iman Bugaighis e coorientadores, Mestre André Mariz de Almeida e Prof. Doutora Ana Cristina Manso, por toda a disponibilidade e orientação. Por todos os meios que me forneceram para a realização da investigação e conclusão desta minha etapa.

Ao Mestre Francisco Santos pela ajuda e apoio. Por todas as chamadas “fora de horas”.

Ao prof. Doutor Luís Proença, pela disponibilidade, não apenas no tratamento de dados, mas também pela sua orientação a nível logístico.

Ao meu namorado Pedro David Burgos que me apoiou nos momentos mais difíceis. Que ficou do meu lado todas as longas horas a escrever a tese, dando-me força para continuar e para ser sempre mais e melhor, acreditando sempre em mim. Que me deu a estabilidade emocional para enfrentar todos estes anos e atingir finalmente, este meu objetivo.

Aos meus pais Salete Paiva e Pedro Miguel Paiva, por todo o amor e carinho. Por desde pequena me educarem e incentivarem a concluir o ensino superior, e seguir o meu sonho de ser médica dentista, e fornecerem todos os meus para tal, acreditando sempre em mim.

À minha tia Susana Martins, por ter sido sempre o meu exemplo a seguir, e uma motivação para me formar.

À minha avó Dádá, por todo o carinho e educação, e pela força que sempre me deu para superar todas as barreiras. Por todas as rezas feitas, durante todos os meus exames.

Aos meus irmãos Miguel Paiva e Rita Agapito, que me acompanharam de perto, e desde sempre, todo o meu percurso, dando-me sempre motivação para ser um exemplo.

Ao meu grande amigo e colega André Silva, que partilhou comigo todos os bons e maus momentos vividos na faculdade, desde os tempos de Ciências da Saúde.

À minha grande amiga Letícia Garcia, que apesar da distância, faz sempre questão de estar lá para mim, e me “puxar os pés à terra”.

Às minhas amigas e colegas, Beatriz Martins, Matilde Roque, Carolina Fernandes e Inês Allen, e amigos António Baptista, João Machado e Rui Costa, por toda a companhia e carinho, por me ouvirem e aconselharem, e por toda a paciência para o meu mau feitio.

Por último, às minhas parceiras de box, Felícia Almeida, Raquel Malveiro e Beatriz Amorim, que partilharam comigo todas as experiências e ensinamentos vividos na clínica, sendo sempre o apoio umas das outras.

RESUMO

Objetivos: As disfunções temporomandibulares (DTM) são condições multifatoriais associadas à articulação temporomandibular, músculos da mastigação e estruturas relacionadas. O modelo biopsicossocial tem sido amplamente estudado para explicar a etiopatogenia da DTM. Assim, o presente estudo teve como objetivo determinar a prevalência de DTM entre estudantes de medicina dentária matriculados no Instituto Universitário Egas Moniz e avaliar a associação de DTM com os parâmetros psicossociais.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal. A amostra examinada foi composta por 138 estudantes de medicina dentária do Instituto Universitário Egas Moniz. Cada aluno foi examinado através dos componentes de Eixo I e II do *Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders* (DC/TMD), e questionário PSS-10 (Escala de Stress Percecionado – 10 itens). A estatística descritiva foi realizada para todas as variáveis.

Resultados: A prevalência de DTM foi de 39,1%; 12,3% dos casos com DTM associada a dor/cefaleia, 17,4% com DTM do tipo intra-articular e 9,45%, com os dois tipos. Além disso, 50,7% dos participantes apresentaram manifestações de depressão; e destes, 44,2% apresentaram DTM. No total, 58,0% dos alunos experienciaram ansiedade, dos quais, 43,8% apresentaram DTM e algum tipo. No geral, 77,8%, dos alunos manifestaram stress moderado a elevado, destes, 41,6%, apresentaram DTM.

Conclusões: A prevalência de DTM na amostra de alunos de medicina dentária do Instituto Universitário Egas Moniz foi de 39,1%. Não foi encontrada correlação estatística entre a prevalência de DTM e a avaliação psicossocial dos alunos.

Palavras-chave: DTM; DC/TMD; Avaliação Psicossocial; Estudantes de Medicina Dentária

ABSTRACT

Objectives: Temporomandibular disorders (TMD) are multifactorial conditions associated with the temporomandibular joint, masticatory muscles and related structures. The biopsychosocial model has been widely studied to explain the etiopathogenesis of TMD. Thus, the present study aimed to determinate the prevalence of TMD among dental students enrolled at the Egas Moniz University Institute. A further aim was to access the association between the TMD and psychosocial parameters.

Materials and methods: This is a descriptive, cross-sectional epidemiological study. The sample examined consisted of 138 dental students from the Instituto Universitário Egas Moniz. Each student was examined using Axis I and II components of the Diagnostic Criteria for TMD, and PSS-10 questionnaire (Perceived Stress Scale- 10 items). Descriptive statistics were performed for all variables.

Results: The prevalence of TMD was 39.1%; 12.3% of TMD cases were associated with pain/headache, 17.4% were presented with intra-articular TMD and 9.45%, showed pain/headache TMD in additional of intra-articular TMD. Furthermore, 50.7% of the participants manifested depression; of these, 44.2% had TMD. A total of 58.0% of the students experienced anxiety, out of which 43.8% presented with TMD. Overall, 77.8% of the students showed moderate to high levels of stress; out of which 41.6%, presented TMD.

Conclusions: The prevalence of TMD among the examined dental students at Instituto Universitário Egas Moniz was 39.1%. No statistical correlation was found between the prevalence of TMD and the psychosocial assessment of students.

Keywords: DTM; DC/DTM; psychosocial assessment; dental students

INDÍCE GERAL

I. INTRODUÇÃO	13
1. Disfunção Temporomandibular	13
2. Etiologia	13
3. Fatores Predisponentes, Inicianes e Perpetuantes	13
4. Prevalência.....	16
5. Sinais e Sintomas.....	17
6. Sistemas de Classificação	18
7. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)	20
7.1. Classificação das DTM mais comuns.....	23
7.2. Classificação Taxonómica das DTM.....	24
II. MATERIAIS E MÉTODOS	27
1. Objetivo do Estudo	27
2. Identificação do Tipo de Estudo	27
3. Amostra	28
4. Questionários Aplicados.....	29
4.1. Questionário de Sintomas (SQ).....	30
4.2. Escala Graduada de Dor Crónica (GCPS).....	30
4.3. Distúrbio de Ansiedade Generalizada – 7 itens (GAD-7).....	31
4.4. Questionário de Saúde do Paciente – 9 itens (PHQ-9).....	31
4.5. Questionário de Saúde do Paciente – 15 itens (PHQ-15).....	31
4.6. Escala de Stress Percecionado – 10 itens (PSS-10).....	32
5. Calibração do Examinador	32
6. Protocolo Formulário de Exame Clínico DC/TMD	32
7. Diagnóstico Temporomandibular	39
8. Variáveis Analisadas	40
9. Recolha de Dados	41

10. Análise Estatística	41
III. RESULTADOS	43
IV. DISCUSSÃO	59
Prevalência de DTM.....	59
Associação com a variável demográfica “sexo”.....	61
Associação com a avaliação psicossocial.....	61
Limitações	64
Conselhos para estudos futuros	64
V. CONCLUSÃO	65
VI. BIBLIOGRAFIA	67
VII. ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma dos participantes no estudo.....	29
Figura 2- Localização da dor nos últimos 30 dias (E1a). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	33
Figura 3- Marcação a lápis e medição do overjet e overbite (E2). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	33
Figura 4- Identificação do padrão de abertura (E3). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	34
Figura 5- Medição da abertura sem dor, abertura máxima não assistida e abertura máxima assistida (E4). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)	34
Figura 6- Medição da lateralidade esquerda, direita e da protrusão (E5). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	35
Figura 7- Identificação de ruídos articulares em movimentos de abertura e fecho, lateralidades e protrusão (E6 e E7). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)	35
Figura 8- Palpação do temporal (anterior, médio e posterior). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	36
Figura 9- Palpação do masséter (origem, corpo e inserção). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	36
Figura 10- Pontos de palpação no temporal e masséter (E9). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	37
Figura 11- Palpação da ATM (E9). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	37
Figura 12- Palpação da região mandibular posterior e região submandibular (E10). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	38
Figura 13- Palpação do pterigóideo lateral e tendão do temporal (E10). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	38
Figura 14- Árvore de diagnóstico DC/TMD- DTM associadas a dor e cefaleia. Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	39
Figura 15- Árvore de diagnóstico DC/TMD- DTM articulares e degenerativa. Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).....	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências dos diagnósticos de DTM.	43
Tabela 2 - Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e a variável sociodemográfica “sexo”.	43
Tabela 3 - Frequências dos tipos de diagnóstico de DTM.	44
Tabela 4 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e a variável sociodemográfica “sexo”.	44
Tabela 5 - Frequências dos graus de incapacidade (GCPS).	45
Tabela 6 - Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o grau de incapacidade (GCPS).	46
Tabela 7 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o grau de incapacidade (GCPS).	47
Tabela 8 - Frequências dos níveis de ansiedade (GAD-7).	47
Tabela 9 - Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o nível de ansiedade (GAD-7).	48
Tabela 10 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o nível de ansiedade (GAD-7).	49
Tabela 11 - Frequências dos níveis de depressão (PHQ-9).	50
Tabela 12 - Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o nível de depressão (PHQ-9).	51
Tabela 13 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o nível de depressão (PHQ-9).	52
Tabela 14 - Frequências dos de severidade de sintomas somáticos (PHQ-15).	52
Tabela 15 - Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e a severidade de sintomas somáticos (PHQ-15).	53
Tabela 16 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e a severidade de sintomas somáticos (PHQ-15).	54
Tabela 17 - Frequências dos níveis de stress (PSS-10).	55
Tabela 18 - Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o nível de stress (PSS-10).	56
Tabela 19 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o nível de stress (PSS-10).	57

LISTA DE SIGLAS

AACD – American Academy of Craniomandibular Disorders

AAOP – American Association of Orofacial Pain

AASM - American Academy of Sleep Medicine

ATM – Articulação temporomandibular

DC/TMD – Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

DTM – Disfunção temporomandibular

GAD-7 – Distúrbio de Ansiedade Generalizada – 7 itens

GCPS – Escala Graduada de Dor Crónica

IADR – International Association for Dental Research

IASP – International Association for the Study of Pain

ICSD-3 - International Classification of Sleep Disorders 3rd Edition

IHS – International Headache Society

INFORM – International Network for Orofacial Pain and Related Disorders

Methodology

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

PHQ-4 – Questionário de Saúde do Paciente – 4 itens

PHQ-9 – Questionário de Saúde do Paciente – 9 itens

PHQ-15 – Questionário de Saúde do Paciente – 15 itens

PSS-10 – Escala de Stress Percecionado – 10 itens

RDC/TMD – Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

SC – Sensibilização Central

SQ – Questionário de Sintomas

SSC – Síndrome da Sensibilização Central

I. INTRODUÇÃO

1. Disfunção Temporomandibular

O termo Disfunção Temporomandibular (DTM) refere-se a um tipo de distúrbio musculoesquelético, neuromuscular ou psicofisiológico, que engloba a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes da região orofacial (Khalifa et al., 2021; Maia et al., 2012; Su et al., 2018; Valesan et al., 2021). A DTM, quando acompanhada de dor, designa-se distúrbio da dor temporomandibular, sendo a maior causa de dor orofacial de origem não odontogénica (Maia et al., 2012) e a condição musculoesquelética mais prevalente, a seguir à cervicocalgia e lombalgia (LeResche, 1997). É frequentemente classificada como sendo uma condição de jovens adultos e adultos (Chaput et al., 2012). A dor é característica e compromete os músculos envolvidos na mastigação, a ATM e outras estruturas anatómicas da região orofacial (Su et al., 2018). Esta dor poderá apresentar-se como aguda ou crónica, dependente ou não da função e/ou durante a palpação (LeResche, 1997) (Mena et al., 2020). A presença e tipo de dor é decisiva para os resultados e mostra ter grande impacto na função e qualidade de vida dos pacientes com DTM (Herrera-Valencia et al., 2020).

2. Etiologia

A etiologia das DTM, é um assunto que gera muita controvérsia na comunidade científica, e assim permanece por ser esclarecido completamente (Farrar, 1972; Benoliel *et al.*, 2012). No entanto, é de concordância geral entre os autores, que a etiologia das DTM é multifatorial (Almeida et al., 2016). Contudo, do ponto de vista etiológico, parece existir uma correlação funcional entre os fatores neuromusculares, fisiológicos, biomecânicos, oclusais, anatómicos, ortopédicos e psicológicos, mesmo não sabendo qual dos anteriores é predominante (Makino et al., 2009).

3. Fatores Predisponentes, Iniciais e Perpetuantes

A DTM apresenta-se como uma condição multifatorial, em que as causas estão divididas entre fatores predisponentes, fatores iniciais e fatores perpetuantes, podendo

estes ser do foro neurológico, biomecânico, neuromuscular e/ou psicossocial (Martins et al., 2016; Samra & Singh, 2021; Srivastava et al., 2021).

Entre as causas, estão descritas associações com desequilíbrios oclusais e posturais, por stress emocional e/ou ansiedade associado principalmente a um fenómeno de sobrecarga, seja muscular ou articular (Zotelli et al., 2017). No entanto, e apesar da controvérsia sobre o papel da oclusão na DTM, esta parece ter uma contribuição apenas como fator predisponente ou perpetuante (Srivastava et al., 2021). Para além das alterações oclusais (má oclusão, interferências oclusais; má posição dentária; pacientes edêntulos e próteses desadaptadas) existem outros fatores que podem estar na origem das DTM (Rostamkhani et al., 2015). Entre esses, estão o trauma, hábitos parafuncionais, alterações estruturais, neuromusculares e psicossociais, e variáveis sociodemográficas. (Lajnert et al., 2010; Samra & Singh, 2021).

Sobre os fatores estruturais, apresenta-se também a hipótese, da assimetria mandibular ser um fator iniciante de algumas disfunções temporomandibulares. A assimetria mandibular, por causar inclinação do plano frontal oclusal e deslocamento condilar, desequilibra as cargas articulares, tornando-as desiguais entre os dois lados, o que dá origem a desarranjos internos (Toh et al., 2021). Pensa-se que por si só, o aumento de carga oclusal, resultado de trauma, tenha esta mesma consequência, consideram-se assim, fatores iniciantes. (Srivastava et al., 2021). Hábitos parafuncionais, como onicofagia e mastigar pastilhas elásticas, provocam microtraumas, e por isso, são considerados também, fatores iniciantes. No entanto, estes hábitos, quando não são alterados, tornam-se fatores com uma influência perpetuante nas DTM (Glaros et al., 2005).

Pôs-se a hipótese, do bruxismo ser fator etiológico para DTM. Tratando-se de uma alteração neuromuscular, o bruxismo de sono, é considerado um distúrbio de movimento de sono de acordo com a *American Academy of Sleep Medicine (AASM) International Classification of Sleep Disorders 3rd Edition (ICSD-3)* (2014), no entanto, de acordo com o consenso de 2018 é uma actividade muscular repetitiva durante o sono e/ou durante o período de vigília (Lobbezoo et al., 2018). A associação entre o bruxismo e as DTM ainda é controversa, contudo, recentemente Manfredini e Lobbezoo (2021), concluem que a chave que sustenta a hipótese da associação clínica entre o bruxismo e condições temporomandibulares, do ponto de vista musculoesquelético, passa pela consideração sobre o aumento da tonicidade e atividade muscular e consequente sobrecarga em todo o sistema estomatognático, que pode ser traduzido em possíveis consequências

temporomandibulares, e assim contribuir como fator predisponente ou perpetuante (Manfredini & Lobbezoo, 2021).

Outro dos campos bastante explorados, em busca de justificação para o aparecimento de desordens temporomandibulares, são os factores psicossociais. A influência psicossocial no aumento da tensão dos músculos da mastigação, tem-se mostrado como uma possível causa de DTM (Feng et al., 2019). Vivemos atualmente numa sociedade moderna, na qual a pressão social está aumentada, tendo por isso efeitos diretos no aparecimento de vários distúrbios psicológicos e sociais, tais como a ansiedade, a depressão e o stress (Klatkiewicz et al., 2018). Tem-se proposto que desequilíbrios emocionais, como os referidos, têm influência no aparecimento e agravamento de inúmeras patologias, como fatores predisponentes e perpetuantes, entre estas, a patologia da ATM (Samra & Singh, 2021; Srivastava et al., 2021). Por isso, atualmente, o modelo biopsicossocial é considerado como o mais aceite para explicar a complexidade das patologias que envolvem a ATM, músculos mastigatórios e dor orofacial não odontogénica (Costa et al., 2015) (Srivastava et al., 2021). Com isto, põe-se também a hipótese que alterações e patologias psicossociais, como a depressão, podem exacerbar sintomas nos pacientes, ao diminuir o limiar da dor. Num estudo com 1.494 estudantes universitários portugueses, pertencentes ao Instituto Piaget, Minghelli *et al.* (2014), encontraram, quando associada a ansiedade e depressão, uma elevada prevalência de DTM. Também Vassend *et al.* (1995), encontraram uma forte correlação entre DTM e ansiedade, quando estudados 106 pacientes, da Universidade de Oslo, com DTM. Segundo Liao *et al.* (2011), num estudo feito na China, em dois grupos, um com depressão e outro sem depressão, a incidência de DTM era 2,65 vezes maior no grupo com depressão. Podemos então considerar que a ansiedade e depressão são possíveis fatores etiológicos das DTM e que podem alterar a perceção da dor e conseqüentemente, a sua intensidade.

Através de uma melhor compreensão das patologias da ATM, estas passaram a ser consideradas como uma unidade da Síndrome da Sensibilização Central (SSC), caracterizada pela dor crónica. Na SSC a dor é desproporcional ao dano que a causa. De outra forma, nesta condição, a perceção da dor está alterada, havendo uma exacerbação da mesma. Há, portanto, uma hipersensibilidade à dor. A Sensibilização Central (SC), é o mecanismo da SSC, no qual certos neurónios sofrem alterações morfológicas que resultam numa mudança funcional. Estes neurónios hiperexcitáveis estão implicados na amplificação da resposta à dor, resultando numa mudança de comportamento da mesma.

A área da SC é estabelecida e torna-se autónoma, o que explica a cronicidade da DTM e a sua natureza de dor exacerbada (Konzen et al., 2020; Monaco et al., 2017).

Bagis *et al.* (2012), reportou um risco 2,3 vezes mais elevado de DTM em mulheres (Bagis et al., 2012). Um risco aumentado para DTM em mulheres pode ser explicado por variações entre género, tais como hormonais, anatómicas e comportamentais (Patil et al., 2015; Roda et al., 2007) A nível hormonal, no sexo feminino, há uma influência do estrogénio na distensão ligamentar. Este efeito dá-se também ao nível dos ligamentos da ATM. O aumento da distensão desses ligamentos, acentua os movimentos mandibulares, podendo, desta forma, criar irritação na ATM (LeResche et al., 1997). Anatomicamente, os côndilos mandibulares masculinos, são normalmente de maiores dimensões, o que poderá ter influência a nível biomecânico da ATM (Coogan et al., 2018). Além disso, uma maior densidade mineral óssea está relacionada com a osteoartrite, fenómeno observado no côndilo mandibular feminino (LeResche et al., 1997). Por último, existem diferenças comportamentais observadas entre os géneros. Foi observado que as mulheres mostram ter níveis mais altos de stress e depressão, bem como maior perceção da dor. Posto isto, o sexo feminino é considerado como factor predisponente, e do ponto de vista comportamental, perpetuante (Østensjø et al., 2017).

4. Prevalência

A prevalência de DTM é de aproximadamente 31% em jovens adultos e adultos, e de 11% em crianças e adolescentes, segundo uma revisão sistemática de 2021 (Valesan et al., 2021). Contudo, os valores variam muito na literatura (Bugaighis et al., 2017). Essa variação pode ser explicada pela diferença entre as populações estudadas, bem como na metodologia e ferramentas aplicadas no diagnóstico de DTM (Manfredini et al., 2011).

Muitos estudos de prevalência referem que 75% da população tem, pelo menos, um sinal de DTM, que 33% tem, pelo menos, um sintoma associado a disfunção e 3,5 a 7% procurou tratamento devido a sintomas severos (Conti et al., 2000; De Coster et al., 2005). Num estudo sobre prevalência de grupos de diagnóstico em pacientes com DTM concluiu-se que as disfunções musculares são mais prevalentes que as disfunções articulares. Concluíram também que apenas 24% dos pacientes apresentavam só um diagnóstico, enquanto que 93,3% apresentaram um segundo diagnóstico e que 13,7% apresentavam 5 problemas diagnosticados simultaneamente (Pimenta e Silva Machado et

al., 2009). As DTM apresentam-se majoritariamente entre as idades 25 a 44 anos, e a sua incidência diminui com a idade (Fillingim, 2000). É reportada uma elevada prevalência de DTM no sexo feminino. Quando comparado com o sexo masculino, estudos apresentam um risco aparecimento de DTM 2 vezes superior em mulheres (Bagis et al., 2012; Lövgren et al., 2018).

A prevalência depende da população estudada, pois os estudos sobre prevalência muitas vezes relacionam o contexto social, a etnia, a cultura e a personalidade, contribuindo assim para variações entre os resultados.

5. Sinais e Sintomas

A dor, de entre todos os sinais e sintomas relatados pelos pacientes com patologia da ATM, mostra ser um sintoma com grande impacto na redução da qualidade de vida dos pacientes (Barros et al., 2009; Maia et al., 2011). A dor é o sintoma mais frequentemente reportado entre estes pacientes, sendo esta agravada em função, associada a uma elevada tensão dos músculos envolvidos e consequentemente a fadiga muscular (Carlsson & Magnusson, 2000; Makino et al., 2009; Okeson, 1987). Assim, as DTM normalmente caracterizam-se pela presença de dor. Podem apresentar disfunção na articulação e ou nos músculos envolvidos na mastigação (Rostamkhani et al., 2015). Tipicamente, apresentam sinais e sintomas como: dor orofacial na zona da articulação, nos músculos da mastigação em função e/ou em repouso e na zona da cabeça e pescoço. Os pacientes, muitas vezes, experienciam sons articulares, como clicks e/ou crepitações, que podem também estes apresentar-se com ou sem dor, em movimentos de abertura ou de lateralidade, com ou sem limitação dos mesmos. Notam-se desvios e/ou padrões de abertura/encerramento alterados (Rostamkhani et al., 2015; Zhao et al., 2021). Podem ainda manifestar-se sintomas otorrinolaringológicos, como acufenos, tonturas, vertigens e otalgia. Sendo a última, otalgia, a mais frequente destas (Kusdra et al., 2018). Também as cefaleias são um sintoma comum entre pacientes com patologia da ATM, reportado por grande parte dos indivíduos (Di Paolo et al., 2017).

6. Sistemas de Classificação

Grande parte dos sistemas de classificação para as DTM e dor orofacial são com base no conhecimento adquirido das patologias, através de achados que resultam de um exame clínico não definido e nas presunções acerca da presença de certos sinais e sintomas (Belvis et al., 2015; Straube & Gaul, 2015). Há necessidade de uma uniformidade relativa ao diagnóstico de DTM. Não apenas na sua definição, mas também ao nível dos métodos de avaliação e sistemas de classificação. Tem-se investigado nesse sentido ao longo dos anos, e assim, proposto e publicado com o intuito de esclarecer essas problemáticas. Na literatura destacam-se metas importantes no que diz respeito à dinâmica classificativa (Almeida et al., 2016).

Farrar em 1972, sugeriu uma classificação com 8 dimensões da disfunção: hiperatividade dos músculos mastigatórios, capsulite e sinovite, rutura ou distensão dos ligamentos capsulares, deslocamento anterior do disco, descoordenação muscular, redução da mobilidade mandibular associada a patologia degenerativa da articulação (Farrar, 1972). No entanto, este sistema não tinha em consideração a dor resultante de alterações musculares.

Já **Block**, em 1980, baseia-se em padrões neurológicos e ortopédicos de dor e disfunção. Contribuindo com uma classificação a partir de uma ótica médica, a qual estabelece uma correlação entre a dor disfuncional miofascial e achados no resto do corpo (Reiter et al., 2012).

Em 1986, **Welden Bell** desenvolveu uma classificação baseada num modelo ortopédico-mecânico em que fazia a distinção entre algumas das categorias mais relevantes de DTM (Manfredini et al., 2007).

Em 1990, foi proposta pela *American Academy of Craniomandibular Disorders* (AACD) uma classificação que integrava o sistema taxonómico da *International Headache Society* (IHS). Foram distintas duas grandes categorias: distúrbios musculares e distúrbios articulares. Também foi estabelecida a condição de múltiplos diagnósticos de DTM. Foi desenvolvido um sistema de classificação, o qual definia critérios de diagnóstico clínicos para cada categoria clínica de DTM: alterações musculares; alterações articulares internas e patologias degenerativas. (Winocur et al., 2009)

Em 1992, foi desenvolvido e introduzido o ***Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*** (RDC/TMD), com o objetivo de ser utilizado em investigação padronizada, para o estudo da prevalência de DTM em várias populações. Este terá sido o primeiro grande passo no sentido de definir uma classificação internacional para as DTM (Schiffman et al., 2014).

Para o RDC/TMD, foram desenvolvidos dois eixos de avaliação. O eixo I para avaliação da componente biológica e o eixo II para a avaliação da componente psicossocial. Este diagnóstico terá sido aprovado pela comunidade científica internacional, por se mostrar como um meio de diagnóstico fiável (Srivastava et al., 2021).

Assim, o RDC/TMD mostrou-se como uma das abordagens mais bem-sucedidas, no que toca a diagnósticos de DTM e a procedimentos de recolha de dados. A avaliação dupla dos aspetos físicos e psicossociais trouxe confiabilidade diagnóstica. O protocolo RDC/TMD foi então traduzido em diferentes idiomas, e é referência em inúmeros estudos sobre DTM. Durante anos, foi utilizado mundialmente, numa ampla gama de estudos experimentais, clínicos e populacionais entre adolescentes, jovens adultos e adultos. No entanto, aquando da sua publicação, a comunidade científica afirmou que a sua validade precisava de ser testada, por ser pouco científico. Desde a mesma, em 1992, o RDC/TMD promoveu a discussão crítica sobre os diagnósticos de DTM, levantando questões e preocupações sobre a validade de alguns dos parâmetros da avaliação (Schiffman et al., 2014).

As classificações para a DTM e dor orofacial mais aceites e utilizadas são resultado da organização entre a ***International Association for the Study of Pain*** (IASP), a ***International Headache Society*** (IHS), a ***American Association of Orofacial Pain*** (AAOP) e o grupo ***Research Diagnostic Criteria for TMD*** (RDC/TMD) (Almeida et al., 2016). Todavia, as classificações da AAOP e RDC/TMD são os que apresentam o modelo biopsicossocial. (Reiter et al., 2012).

Em 2008, relataram que os critérios de diagnóstico do eixo I do RDC/TMD eram cientificamente inadequados, pela sua sensibilidade e especificidade questionáveis. Foi então proposta uma revisão dos critérios de diagnóstico do eixo I do RDC/TMD para as DTM mais comuns. Esta proposta estendeu-se a pesquisadores não associados ao estudo, que foram convidados a criticar e sugerir mudanças no RDC/TMD. Criou-se a primeira

oportunidade pública para a contribuição para a classificação de DTM (Naeije et al., 2009; Schiffman et al., 2014; M. H. Steenks & de Wijer, 2009).

Em 2009, marca-se o início de uma nova era, resultado de esforços no sentido de uniformizar *guidelines* para o processo de diagnóstico e classificação de DTM. Em Miami, através da **International Association for Dental Research** (IADR) realiza-se o “*International Consensus Workshop: Convergence on an Orofacial Pain Taxonomy*”. Uma comissão internacional é formalizada com o intuito de desenvolver o Projeto Taxonómico. Formada por membros e grupos de sociedades com interesse nesta área, tais como o RDC/TMD, IASP e AAOP. Este projeto tinha o objetivo de definir uma classificação, em consenso, que fizesse frente aos requisitos da atual abordagem às DTM. Para isto, teria de ser proposta uma taxonomia que superasse o processo de validação clínica (Peck et al., 2014).

Em 2014, foi introduzido o DC/TMD, **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders**. Este novo sistema de classificação apresentou alterações no eixo I que aumentavam a sua sensibilidade e especificidade. Também foram acrescentados parâmetros no eixo II (Schiffman et al., 2014; De Leeuw & Klasser, 2008).

Hoje em dia, as ferramentas mundialmente aceites para o diagnóstico de DTM, são o DC/TMD e a classificação da AAOP. A AAOP incluiu os 12 diagnósticos de DC/TMD, de maneira a que o DC/TMD e o sistema de classificação da AAOP para TMD, fossem consistentes. Apesar desta pesquisa ter levado a uma melhoria dos critérios de diagnóstico para as DTM mais comuns, há ainda uma necessidade de a expandir para incluir DTM menos comuns, clinicamente relevantes (Peck et al., 2014).

7. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)

Uma das maiores dificuldades, ao nível da metodologia em pesquisas, é definir com precisão os critérios a serem aplicados. Ferramentas de diagnóstico têm o objetivo de estabelecer esses mesmos critérios padronizados e válidos, de forma confiável, para diagnosticar os vários subtipos de DTM. Com os esforços feitos nesse sentido, o resultado foi o protocolo de diagnóstico e classificação DC/TMD, composto pelo eixo I, de avaliação biológica da componente física, e eixo II de avaliação psicossocial. O desenvolvimento deste protocolo, ao invés de ter a intenção de ser utilizado apenas para

pesquisa, como o RDC/TMD, estendeu a sua aplicação até ao nível clínico (Ohrbach et al., 2014; Schiffman et al., 2014).

O DC/TMD é um protocolo de avaliação baseado em evidências que pode ser imediatamente implementado em ambiente clínico e de pesquisa. Comparado com o original Protocolo RDC/TMD, o novo DC/TMD inclui uma triagem válida e confiável, através de questionários, bem como, algoritmos de diagnóstico para identificar DTM associadas a dor. As ferramentas necessárias para cumprir o diagnóstico do eixo I são o Formulário de Protocolo de Exame Clínico em conjunto com os questionários de anamnese que avaliam a presença de sintomas, tais como: dor na mandíbula; ruídos articulares; bloqueios articulares e cefaleia. Os instrumentos principais de avaliação do eixo II avaliam a intensidade da dor, incapacidade causada pela dor, função, sofrimento psicossocial, comportamentos parafuncionais e dor generalizada (Schiffman et al., 2014).

O novo DC/TMD inclui importantes adições, exclusões, e modificações no RDC/TMD original que resultam de descobertas de pesquisas e contribuições de especialistas e profissionais clínicos e de grupos de pesquisa que partilharam o objetivo de criar um novo DC/TMD baseado na melhor evidência disponível, e que cumprisse com os requisitos de validade (Schiffman et al., 2014). Uma sugestão importante para a melhoria do RDC/TMD foi em relação à reprodução do principal sintoma reportado pelos pacientes. Um dos grandes desafios na aferição de um diagnóstico de DTM é relacionar os sintomas reportados pelos pacientes às estruturas afetadas. Assim, aquando da revisão do RDC/TMD, foi introduzido o conceito de “dor familiar”. O mesmo é definido como sendo, uma dor que o indivíduo sente durante o exame clínico, semelhante a uma dor, anteriormente sentida pelo mesmo, na mesma região, nos últimos 30 dias. A introdução deste conceito melhorou significativamente a confiabilidade para o diagnóstico de dor miofascial (Steenks et al., 2018). Outro conceito introduzido no novo DC/TMD foi o de “dor referida”. Com o objectivo de identificar dor noutras localizações, e assim fazer um diagnóstico diferencial. É uma dor sentida durante o referido exame, que ultrapassa os limites do músculo ou articulação palpada. É, portanto, uma dor sentida numa zona subjacente ou não à área palpada, fora do limite muscular ou articular, palpado (Ohrbach et al., 2014; Schiffman et al., 2014). Neste protocolo, o eixo I apresentou valores de sensibilidade e especificidade de $\geq 0,86$ e $\geq 0,98$, respetivamente para as disfunções mais comuns, relacionadas com dor. Para uma disfunção articular, apresentou valores de sensibilidade de 0,80 e de especificidade de 0,97 (Schiffman et al., 2014).

O DC/TMD apresenta um conjunto de questionários e protocolos de exames clínicos, que se dividem em elementos de triagem e elementos de diagnóstico completo. Assim, no eixo I, o elemento de triagem é o TMD Pain Screener e os elementos de diagnóstico completo são:

- Questionário de sintomas DC/TMD
- Dados Demográficos DC/TMD
- Formulários de exame para a América do Norte e sistema FDI

Para o eixo de avaliação II, como elementos de triagem, têm-se:

- Desenho da dor;
- Escala Graduada de Dor Crônica Versão 2.0
- Escala de limitações funcionais da mandíbula 8 itens
- PHQ-4
- Lista de verificação de comportamentos orais

Já como elementos de diagnóstico completo, para o mesmo eixo são:

- Desenho da dor;
- Escala Graduada de Dor Crônica Versão 2.0
- Escala de limitações funcionais da mandíbula 20 itens
- PHQ-9
- PHQ-15
- GAD-7
- Lista de verificação de comportamentos orais

(Ohrbach et al., 2014)

Por fim, os dados recolhidos, por meio dos elementos anteriormente referidos, passam por um processo de decisão no qual são utilizados dois documentos, para chegar a um diagnóstico final de DTM: Árvores de Decisão de Diagnóstico com base nos critérios de publicação e Tabela de Critérios de Diagnóstico com base nos critérios de publicação (Schiffman et al., 2014). O processo de recolha de dados, através do exame clínico é feito por examinadores, os quais são previamente calibrados. Esta calibração é feita entre o próprio examinador (calibração intrapessoal) e entre examinadores diferentes

(calibração interpessoal). A última apresenta excelente confiabilidade ($\kappa \geq 0,85$). Para a primeira, foi também comprovada confiabilidade diagnóstica, dando confiança à autoinstrução para a aplicação do protocolo DC/TMD. (Schiffman et al., 2014).

A classificação, atualmente mais aceita, é então o DC/TMD. A versão atualizada do RDC/TMD, que engloba parte da classificação da AAOP (Steenks et al., 2018).

7.1. Classificação das DTM mais comuns

O DC/TMD divide as disfunções temporomandibulares em distúrbios associados a dor e distúrbios articulares, contemplando onze subcategorias: Seis subcategorias para DTM associadas a dor e cinco subcategorias para DTM articulares. Assim, as DTM mais comuns, segundo o DC/TMD, são classificadas como:

→ Disfunções relacionadas com dor:

- ◆ Mialgia;
 - Mialgia local;
 - Dor miofascial;
 - Dor miofascial com irradiação;
- ◆ Artralgia;
- ◆ Cefaleia atribuída à DTM.

→ Disfunções articulares, tais como:

- ◆ Deslocamento do disco com redução;
- ◆ Deslocamento do disco com redução e com bloqueio intermitente;
- ◆ Deslocamento do disco sem redução e sem limitação de abertura;
- ◆ Deslocamento do disco com limitação de abertura;
- ◆ Doença articular degenerativa.

(Ohrbach et al., 2014)

7.2. Classificação Taxonómica das DTM

DISTÚRBIOS DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

1) Dor Articular

- a) Artralgia
- b) Artrite

2) Distúrbios Articulares

- A) Distúrbios do Complexo Cântilo-Disco
 - i. Deslocamento do Disco com Redução
 - ii. Deslocamento do Disco com Redução e bloqueios intermitentes
 - iii. Deslocamento do Disco sem Redução e com Limitação de Abertura
 - iiii. Deslocamento do Disco sem Redução e sem Limitação de Abertura
- B) Outras Hipomobilidades articulares
 - i. Adesão/Aderência
 - ii. Anquilose
 - a) Fibrosa
 - b) Óssea
- C) Hiper mobilidade articular (a) Deslocamento fechado; b) Deslocamento recorrente; c) Laxidez ligamentar)
 - i. Subluxação
 - ii. Luxação
 - a) Deslocamento fechado
 - b) Deslocamento recorrente
 - c) Laxidez ligamentar

3) Patologia Articular

- A) Doença articular degenerativa (localizada/primária)
 - i. Osteoartrose
 - ii. Osteoartrite
- B) Artrite sistémica (Artrite reumatóide)
- C) Condilose
- D) Osteocondrite dissecante
- E) Osteonecrose

F) Neoplasia (benigna e maligna)

G) Condromatose sinovial

4) Fratura

A) Fratura fechada do processo condilar

B) Fratura fechada do processo subcondilar

C) Fratura aberta do processo condilar

D) Fratura aberta do processo subcondilar

5) Distúrbios congénitos ou de desenvolvimento

A) Aplasia

B) Hipoplasia

C) Hiperplasia

DISTÚRBIOS MUSCULARES

1) Dor muscular limitada à região orofacial

A) Mialgia

i) Mialgia localizada

ii) Dor miofascial

iii) Dor miofascial com dor referida

B) Tendinite

C) Miosite

i) Não Infecciosa

ii) Infecciosa

D) Espasmo

2) Contratura

A) Muscular

B) Tendinosa

3) Hipertrofia

4) Neoplasia

A) Mandibular

i) Maligna

ii) Benigna

B) Tecidos moles de face, cabeça e pescoço

i) Maligna

ii) Benigna

5) Distúrbios de Movimento

A) Discinesia Orofacial

- i) Movimentos anormais involuntários (tremor não especificado; câimbra ou espasmo; fasciculação)
- ii) Ataxia, não especificada; Incoordenação Muscular
- iii) Subaguda, devido a drogas; Discinesia oral tardia

B) Distonia Oromandibular

- i. Aguda, devido a drogas
- ii. Deformante, familiar, idiopática, de torção

6) Mialgia mastigatória atribuída a perturbações centrais ou sistémicas

A) Fibromialgia

B) Mialgia mediada centralmente

CEFALEIAS

1) Cefaleia atribuída à DTM

ESTRUTURAS ASSOCIADAS

1) Hiperplasia do processo coronóide

Traduzido e Adaptado para Português por: (Almeida et al., 2016), a partir de: (Peck et al., 2014)

O DC/TMD de eixo I e II foi utilizado em vários estudos sobre prevalência em diferentes populações. (Valesan et al., 2021) Muitos efetuados em alunos de medicina dentária (Rauch et al., 2021; Habib et al., 2015; Lövgren et al., 2018; Srivastava et al., 2021; Lung et al., 2018), no entanto, nenhum realizado em Portugal. Por isso, realizou-se o presente estudo com o objetivo de conhecer a prevalência de DTM em alunos de medicina dentária, no Instituto Universitário Egas Moniz, em Almada, Portugal.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Objetivo do Estudo

Este estudo foi realizado com dois objetivos. Um objetivo primário: Determinar a prevalência de DTM em alunos de Medicina Dentária, inscritos no Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) do Instituto Universitário Egas Moniz. E um objetivo secundário: Conhecer o estado psicossocial destes mesmos alunos, e saber qual a relação existente entre ambos.

A proposta de objetivo secundário, é justificada pela possível influência de fatores psicossociais no aparecimento/agravamento de DTM. Tendo em conta, que a área de medicina dentária, é de grande exigência a nível académico, é importante conhecer os riscos associados resultantes da pressão exercida pela multidisciplinaridade exigida durante o MIMD, e assim poder intervir preventivamente e atempadamente neste sentido.

2. Identificação do Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, transversal, no qual foram aplicados protocolos de examinação e questionários, definidos no *International RDC/TMD Consortium Network*, pela versão de 20 de Janeiro de 2014, hoje denominado *International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology* (INFORM). Têm sido utilizadas as traduções portuguesas publicadas em www.rdc-tmdinternational.org por (Faria, 2018), e acessadas a 08 de Agosto de 2020.

Foi também aplicado o questionário PSS-10 desenvolvido por Cohen *et al.* (1983), traduzido e adaptado na versão portuguesa de Trigo *et al.* (2010), consultado em www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/index.html.

As traduções são realizadas de acordo com os padrões aceites, que incluem um tradutor médico profissional que analisa a precisão de cada retrotradução e um comité externo de equivalência cultural.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz, CRL, Almada, Portugal no dia 25 de Março de 2021 (número de aprovação 940) e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, revista em 2013.

A investigação decorreu durante os meses de Março, Abril, Maio e Junho de 2021.

3. Amostra

Para um nível de confiança de 95% com uma margem de erro de 5% e uma população de 730 alunos inscritos no MIMD, resultou um valor amostral de 252 alunos a avaliar. No entanto, face à condição pandémica, durante a qual o estudo decorreu, não foi possível examinar o número de alunos resultante do cálculo amostral.

Para este estudo foram selecionados aleatoriamente 192 alunos, dos 730 inscritos no MIMD pertencentes aos 3º, 4º e 5º anos com idade igual ou inferior a 45 anos. Dos 192 alunos selecionados, 47 recusaram a participação no estudo, e 7 foram excluídos por falta de dados (Figura 2). 138 foi o número total de alunos analisados, resultando num erro de 7,52% para um nível de confiança de 95%. Dos 138 analisados, 108 são do sexo feminino e 30 são do sexo masculino, correspondendo a 78,3% e 21,7%, respetivamente. Não foram considerados para o estudo todos os alunos diagnosticados com patologias neurológicas, inflamatórias, autoimunes (incluindo diabetes tipo 1), endocrinológicas, conectivas, reumáticas, fibromialgia ou cancro. Estudantes com sintomatologia prolongada de dor após trauma na cabeça, ombro ou pescoço, bem como todos os alunos que apresentaram qualquer distúrbio psicológico.

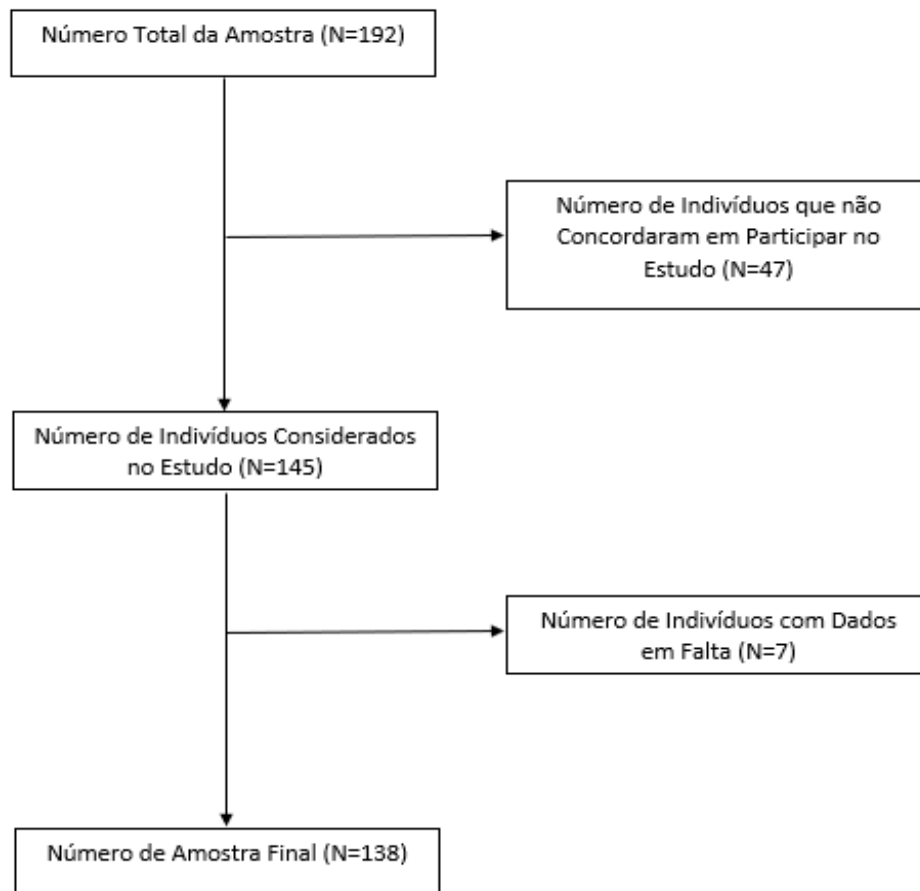


Figura 1- Fluxograma dos participantes no estudo.

4. Questionários Aplicados

Foram utilizadas para este estudo as traduções portuguesas dos questionários e versão original do exame clínico, consultados no www.rdc-tmdinternational.org e acessados a 08 de Agosto de 2020 (Ohrbach et al., 2017) e no www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/index.html (Cohen et al., 1983). Os mesmos correspondem à avaliação física e psicossocial.

Para a avaliação física, foi inicialmente aplicado o Questionário de Sintomas (SQ) (anexo 2) e posteriormente realizado o Formulário de Exame Clínico DC/TMD (anexo 3). Para a avaliação psicossocial aplicaram-se os seguintes questionários, validados e aprovados, que compõem em parte, o eixo II do sistema de classificação DC/TMD: GCPS (Escala Graduada de Dor Crónica) (anexo 4); GAD-7 (Distúrbio de Ansiedade

Generalizada – 7 itens) (anexo 5); PHQ-9 (Questionário de Saúde do Paciente – 9 itens) (anexo 6) e PHQ-15 (Questionário de Saúde do Paciente – 15 itens) (anexo 7). Foi também utilizado o questionário PSS-10 (Escala de Stress Percecionado – 10 itens) (anexo 8).

4.1. Questionário de Sintomas (SQ)

O Questionário de Sintomas, presente no anexo 2, é um novo instrumento de anamnese pertencente ao eixo I do DC/TMD, desenvolvido para avaliar as características da dor, o historial de ruídos articulares, bloqueios mandibulares e a presença de cefaleia. É composto por 14 itens, em que do 1-4 é sobre dor, 5-7 sobre cefaleia, o item 8 é sobre ruídos articulares e do 9-14 sobre os bloqueios mandibulares durante a abertura e fecho. Este questionário juntamente com o exame clínico de eixo I, fornece o necessário para aferir o diagnóstico de DTM (Schiffman et al., 2014).

4.2. Escala Graduada de Dor Crónica (GCPS)

GCPS, presente no anexo 4 é um questionário utilizado para determinar o grau de incapacidade, resultado da dor crónica/limitação do indivíduo. A classificação da GCPS é qualitativa, dada por categorias que classificam os diferentes graus de severidade de dor crónica, a nível global. No caso, foi aplicada com vista a definir, de uma forma geral, o nível de incapacidade nos indivíduos estudados referente à dor compatível com sintomas de DTM.

A GCPS é composta por 8 itens, dos quais dois são de resposta rápida e os restantes são em escala, portanto, para escolher um número de zero a dez, que represente o nível de dor do indivíduo. A classificação é feita através da pontuação obtida no questionário e contempla 5 graus de incapacidade (dor/limitação): Grau 0- ausência de dor; Grau I- baixa incapacidade, dor de baixa intensidade; Grau II- baixa incapacidade, dor de elevada intensidade; Grau III- elevada incapacidade, limitação moderada e Grau IV- elevada incapacidade, limitação severa (Von Korff et al., 1992).

4.3. Distúrbio de Ansiedade Generalizada – 7 itens (GAD-7)

GAD-7, presente no anexo 5, é o questionário que mede o distúrbio de ansiedade generalizada, composto por 7 itens. A cada um destes, deve corresponder, uma das seguintes quatro opções: “Nenhum dia”; “Vários dias”; “Mais de metade dos dias” e “Quase todos os dias” correspondendo respetivamente às pontuações de 0,1,2, e 3. A pontuação final é dada pela soma das pontuações dos 7 itens e dividida por categorias: sem ansiedade; ansiedade ligeira; ansiedade moderada e ansiedade severa (Spitzer et al., 2006).

4.4. Questionário de Saúde do Paciente – 9 itens (PHQ-9)

O Questionário de Saúde do Paciente de 9 itens, presente no anexo 6, avalia a presença e gravidade da depressão. É composto por 9 itens e a cada um corresponde uma das quatro opções: “Nenhum dia”; “Vários dias”; “Mais de metade dos dias” e “Quase todos os dias” correspondendo respetivamente às pontuações de 0,1,2, e 3, que somam no total 27 pontos. A gravidade da depressão é definida através de pontos marcadores: 5,10,15 e 20 que correspondem respetivamente a depressão leve, moderada, moderadamente severa e severa (Kroenke et al., 2001).

4.5. Questionário de Saúde do Paciente – 15 itens (PHQ-15)

O Questionário de Saúde do Paciente de 15 itens, presente no anexo 7, avalia os sintomas somáticos. Composto por 15 itens em que cada um faz corresponder uma das opções: “Nada incomodado”; “Um pouco incomodado” e “Muito incomodado”, as quais têm pontuação de 0,1 e 2 respetivamente, e somam no total 30 pontos. As pontuações de 5, 10 e 15 representam os graus: baixo, médio e elevado de severidade dos sintomas somáticos (Kroenke et al., 2002).

4.6. Escala de Stress Percecionado – 10 itens (PSS-10)

A Escala de Stress Percecionado, presente no anexo 8, é composta por 10 itens com 5 opções de resposta, sobre o último mês: 0= nunca; 1= quase nunca; 2=algumas vezes; 3=frequentemente e 4=muito frequentemente.

Para a pontuação final, as respostas aos itens positivos (4,5,7 e 8) precisam ser revertidas. Para estas: 0=4; 1=3; 2=2; 3=1 e 4=0. O resultado final será a soma dos resultados dos 10 itens, e vai corresponder a: baixo nível de stress percecionado (0-13); nível moderado de stress percecionado (14-26) e elevado nível de stress (27-40) (Suresh Babu et al., 2021).

5. Calibração do Examinador

A calibração do examinador foi feita de três formas. Começou com o mesmo a chegar aos valores necessários para o Formulário de Exame Clínico DC/TMD (0,5kg e 1kg) através de repetidas medições numa balança digital. As mesmas foram repetidas pelo examinador durante uma semana, até atingirem com a maior frequência os valores necessários. De seguida, e após o estudo do protocolo de exame clínico a aplicar, por parte do examinador, foi realizada a calibração intrapessoal e interpessoal.

Na calibração intrapessoal foi aplicado o Formulário de Exame Clínico DC/TMD a 5 sujeitos, por duas vezes, com 1 semana de intervalo, para chegar aos mesmos valores e ao mesmo diagnóstico. Para a calibração interpessoal, esses mesmos 5 sujeitos foram novamente submetidos ao exame clínico, desta vez, aplicado por um 2º examinador, já experiente e previamente calibrado. A concordância de ambas as calibrações, foi absoluta, não havendo diferenças no diagnóstico final.

6. Protocolo Formulário de Exame Clínico DC/TMD

O Formulário de Exame Clínico DC/TMD, presente no anexo 3, é composto por dez grupos de procedimentos (E1-E10). O primeiro ponto (E1a) (Figura 2) é referente à localização da dor nos últimos 30 dias, do lado esquerdo e direito, tendo como hipóteses de resposta: nenhuma localização; temporal; masséter; ATM; outros músculos mastigatórios e/ou estruturas não mastigatórias. As estruturas são indicadas pelo sujeito e confirmadas pelo examinador.



Figura 2- Localização da dor nos últimos 30 dias (E1a). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

O mesmo acontece para a cefaleia nos últimos 30 dias (E1b) podendo ser indicada em nenhuma localização; no temporal e/ou outra localização.

E2 avalia as relações incisais (Figura 3), começando por definir o dente de referência, e assim, medindo os valores de *overjet*; *overbite* e desvio da linha média (para a esquerda; direita, ou sem desvio) através de uma marcação a lápis e de uma régua intraoral.



Figura 3- Marcação a lápis e medição do *overjet* e *overbite* (E2). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

No E3, através da marcação anteriormente feita, ou com auxílio da régua, é identificado o padrão de abertura (retilíneo; corrigido para a esquerda ou direita, ou não corrigido) (Figura 4).

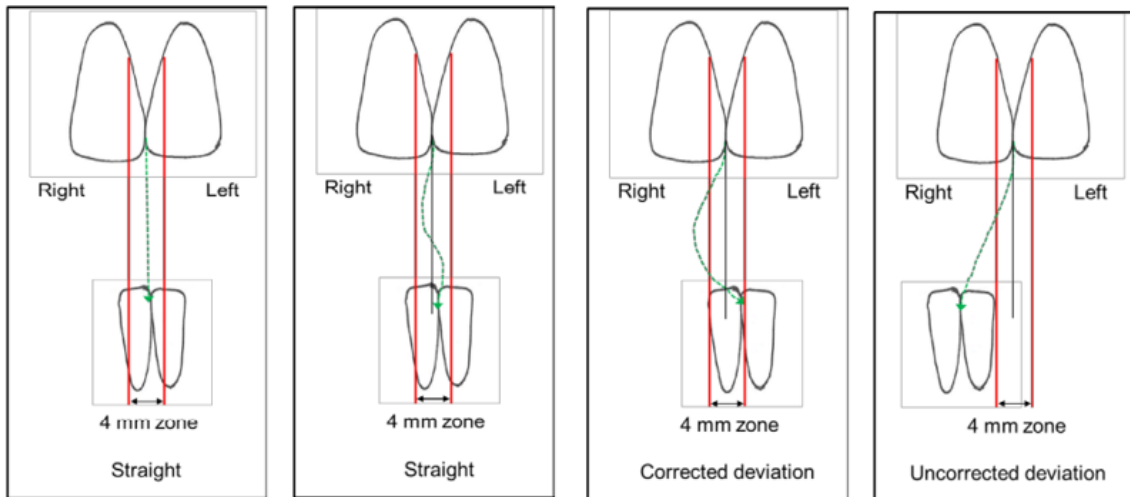


Figura 4- Identificação do padrão de abertura (E3). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

As aberturas (E4) (Figura 5): abertura sem dor; abertura máxima não assistida e abertura máxima assistida, são medidas através de uma régua. Na última, a assistência é feita com o apoio dos dedos do examinador. A estes valores soma-se o valor do *overbite*, resultando no valor total de abertura.

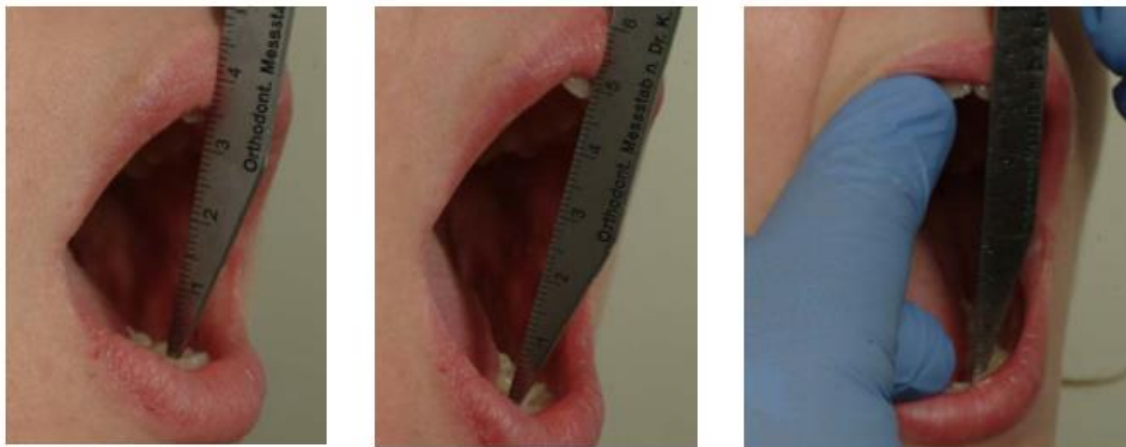


Figura 5- Medição da abertura sem dor, abertura máxima não assistida e abertura máxima assistida (E4). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

Durante as duas últimas medições (abertura máxima não assistida e abertura máxima assistida), o indivíduo identifica, se for o caso, a localização da dor, nas localizações anteriormente referidas (confirmada pelo examinador) e se esta é ou não familiar, bem como, se sentiu ou não, cefaleia familiar, caso tenha identificado dor no músculo temporal.

Faz-se também a medição durante os movimentos laterais e protrusivos (E5) (Figura 6). Medem-se os valores de lateralidade (esquerda e direita) e de protrusão. As

distâncias da linha média superior à inferior, durante os movimentos de lateralidade e do bordo incisal do dente de referência superior ao bordo incisal do dente oponente inferior, durante o movimento de protrusão.



Figura 6- Medição da lateralidade esquerda, direita e da protrusão (E5). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

Aos valores de lateralidade, esquerda ou direita, soma-se ou subtrai-se o valor do desvio da linha média, dependendo do lado do desvio. Ao valor da protrusão, soma-se o overjet. É novamente pedido ao indivíduo para que indique as localizações da dor, da mesma forma que no ponto E4.

No ponto E6 (Figura 7) são avaliados os ruídos articulares durante os movimentos de abertura e encerramento. O examinador coloca os dedos sobre a ATM e pede ao indivíduo para abrir e fechar a boca, enquanto ambos identificam os ruídos, diferenciando o estalo articular da crepitação, de cada lado da articulação, tanto na abertura, como no encerramento. No caso, do indivíduo ouvir um estalo, este poderá ser com ou sem dor, e se houver dor esta poderá ser familiar ou não.

O mesmo acontece no ponto E7 (Figura 7), durante a execução de movimentos de lateralidade e protrusão.

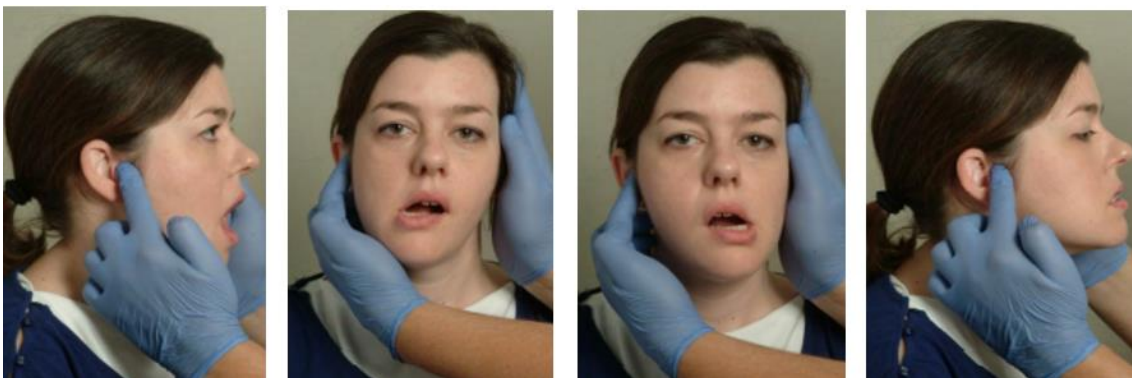


Figura 7- Identificação de ruídos articulares em movimentos de abertura e fecho, lateralidades e protrusão (E6 e E7). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

O ponto E8 é referente aos bloqueios articulares, e é apenas assinalado bloqueio caso aconteça durante o exame clínico. Este poderá acontecer em qualquer um dos movimentos executados e é de notar se o mesmo exige manipulação por parte do indivíduo, ou de forma assistida, feita pelo examinador.

A palpação dos músculos mastigatórios e ATM é no ponto E9 (Figura 8, 9 e 10). São avaliados os músculos: temporal e masséter, nas suas porções: posterior; média e de inserção, através da aplicação de 1kg de pressão no dedo indicador, de cada lado da cabeça, durante 3 segundos.



Figura 8- Palpação do temporal (anterior, médio e posterior). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).



Figura 9- Palpação do masséter (origem, corpo e inserção). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014).

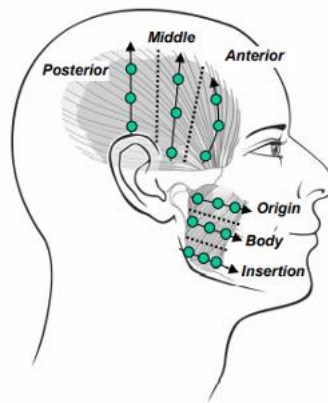


Figura 10- Pontos de palpção no temporal e masséter (E9). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

É pedido ao indivíduo que indique em que zona sente dor durante a palpção, e caso a sinta, o examinador prolonga a pressão até aos 5 segundos para averiguar se há ou não dor referida. Caso haja dor, esta poderá ser ou não familiar, e em específico no temporal, poderá o indivíduo identificar também cefaleia familiar.

Na palpção da ATM, no ponto E9 (Figura 11), começa-se por aplicar uma pressão de 0,5kg, de cada lado da cabeça, na zona à frente do ouvido. De seguida é aplicada pressão de 1kg, com início na zona anteriormente palpada, circundando o côndilo da mandíbula, na posição de encerramento. Para a palpção da articulação são também utilizados os mesmos tempos (3 segundos sem dor e 5 segundo com dor) e é necessário que o sujeito indique quando há dor, e se esta é ou não familiar, e/ou é ou não referida.



Figura 11- Palpção da ATM (E9). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)



Figura 12- Palpação da região mandibular posterior e região submandibular (E10). Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

Por último, é feita a palpação dos restantes músculos da região mandibular posterior; região submandibular, pterigóideo lateral e tendão do temporal, correspondendo à avaliação do ponto E10 (Figura 12 e 13). A pressão exercida é de 1kg e é exercida com as mesmas durações que no ponto E9. O indivíduo indica se há presença de dor, podendo esta ser familiar e/ou referida.



Figura 13- Palpação do pterigóideo lateral e tendão do temporal (E10). Imagem retirada de (Ohrbah et al., 2014)

7. Diagnóstico Temporomandibular

Após a aplicação do Questionário de Sintomas e do Formulário de Exame Clínico DC/TMD, foram feitos os diagnósticos. Os dados recolhidos através das ferramentas referidas, entraram para a árvore de decisão (Figura 15 e 16), da qual resultou, para cada sujeito, zero, um, dois ou mais diagnósticos de DTM.

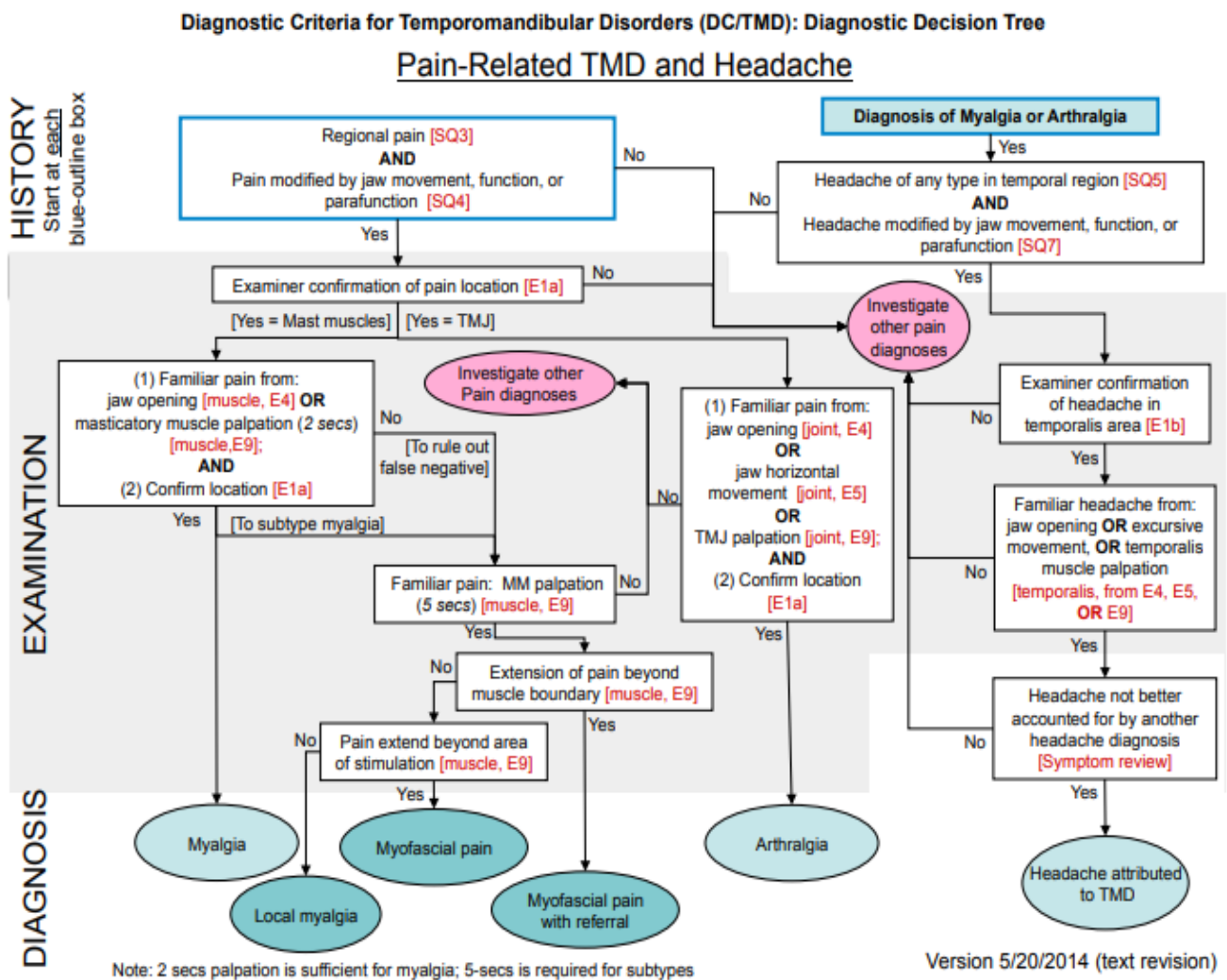


Figura 14- Árvore de diagnóstico DC/TMD- DTM associadas a dor e cefaleia. Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

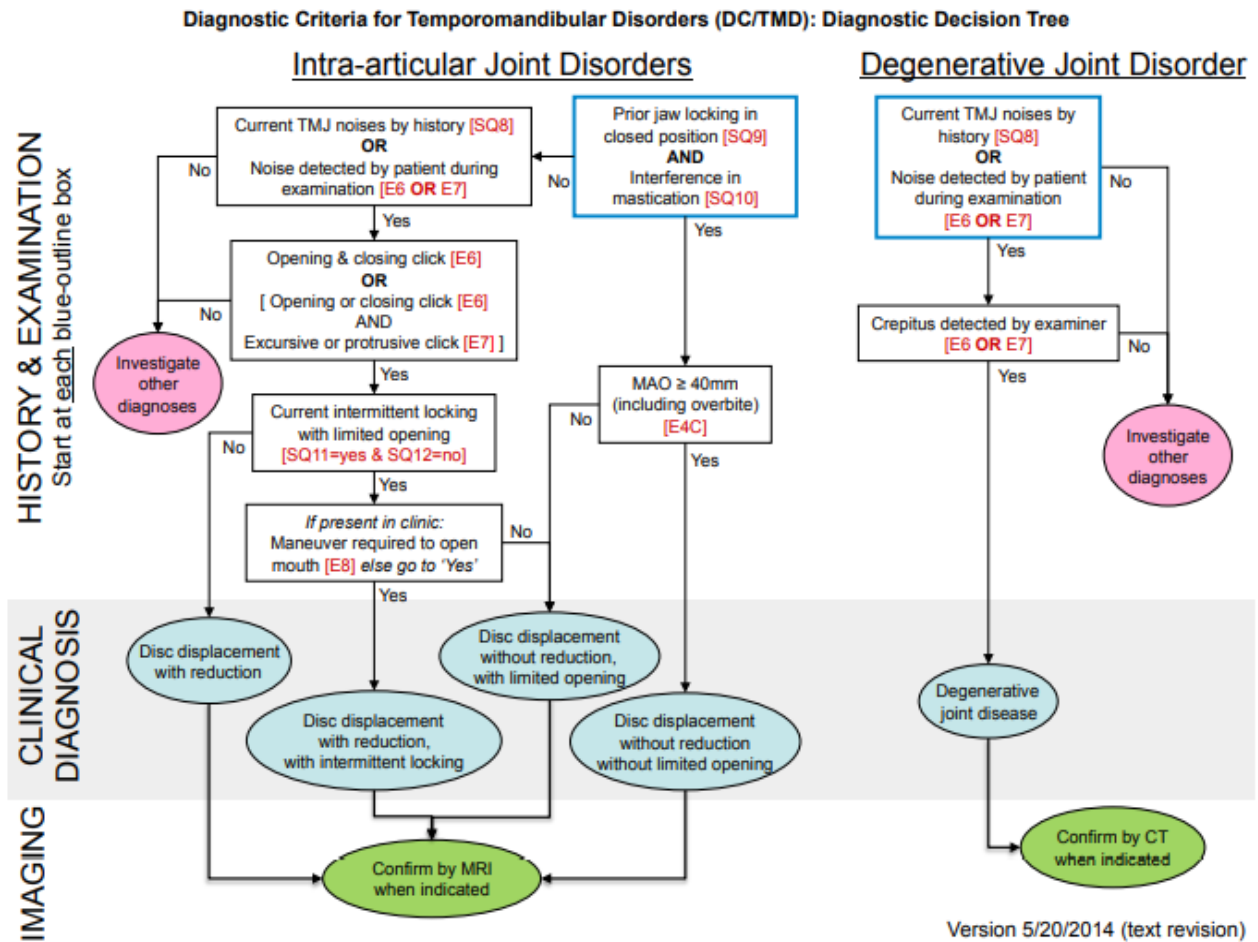


Figura 15- Árvore de diagnóstico DC/TMD- DTM articulares e degenerativa. Imagem retirada de (Ohrbach et al., 2014)

8. Variáveis Analisadas

Neste estudo foi avaliada a variável sociodemográfica “género”. O “nº de diagnósticos temporomandibulares”; “tipo de diagnóstico temporomandibular”; “nível de incapacidade”; “nível de ansiedade”; “nível de depressão”; “nível de sintomas somáticos” e “nível de stress” foram as variáveis qualitativas avaliadas. Para a variável “tipo de diagnósticos temporomandibulares” criaram-se três grupos: 1-diagnóstico de dor/cefaleia, 2-diagnóstico articular e 3-ambos os tipos.

9. Recolha de Dados

Os alunos incluídos no estudo e dispostos a colaborar como voluntários (138) preencheram, de início, o consentimento informado presente no anexo 1, voluntariamente. De seguida responderam ao Questionário de Sintomas do eixo I do DC/TMD e foram examinados através do exame clínico, também pertencente ao eixo I. O último realizado pelo examinador após calibração intraexaminador e interexaminador. Após o exame clínico, os mesmos responderam aos restantes questionários de avaliação psicossocial de eixo II do DC/TMD. Os dados dos questionários e exame clínico, foram aplicados e recolhidos em papel e transpostos para um formulário online (*Google Forms*), o qual dispôs os dados para o Excel online (*Google Sheets*) para serem tratados e analisados estatisticamente.

10. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics* versão 27.0. Foram utilizadas metodologias de análise estatística descritiva e inferencial. Neste último caso, foi utilizado o teste do Qui-quadrado para avaliação da existência de associação entre variáveis qualitativas. Na análise inferencial foi estabelecido um nível de significância de 5%.

III. RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, dos 138 participantes 84 não apresentaram diagnóstico de DTM (60.9%). Dos 54 que apresentaram pelo menos um diagnóstico de DTM (39.1%), 31 apresentaram apenas 1 diagnóstico (22.5%), 14 apresentaram 2 diagnósticos (10.1%) e 9 apresentaram 3 ou mais diagnósticos (6.5%).

Tabela 1 - Frequências dos diagnósticos de DTM.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Sem diagnóstico	84	60,9	60,9	60,9
1	31	22,5	22,5	83,3
2	14	10,1	10,1	93,5
3 ou +	9	6,5	6,5	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Segundo a tabela 2, dos 84 indivíduos que não apresentaram diagnóstico de DTM (60.1%), 66 são do sexo feminino (78.6%) e 18 são do sexo masculino (21.4%). 31 apresentaram 1 diagnóstico (22.5%) em que 22 são do sexo feminino (71.0%) e 9 do sexo masculino (29.0%). Dos 14 que apresentaram 2 diagnósticos (10.1%), 12 são do sexo feminino (85.7%) e 2 do sexo masculino (14.3%). 9 apresentaram 3 ou mais diagnósticos (6.5%), sendo 8 do sexo feminino (88.9%) e 1 do sexo masculino (11.1%).

Tabela 2- Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e a variável sociodemográfica “sexo”.

			Diagnóstico (Nº)				Total
			Sem diagnóstico	1	2	3 ou +	
Sexo	F	Contagem	66	22	12	8	108
		% em Sexo	61,1%	20,4%	11,1%	7,4%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	78,6%	71,0%	85,7%	88,9%	78,3%
		% do Total	47,8%	15,9%	8,7%	5,8%	78,3%
M	Contagem	18	9	2	1	30	
	% em Sexo	60,0%	30,0%	6,7%	3,3%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Nº)	21,4%	29,0%	14,3%	11,1%	21,7%	
	% do Total	13,0%	6,5%	1,4%	0,7%	21,7%	
Total	Contagem	84	31	14	9	138	
	% em Sexo	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Nº)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	

Em relação às frequências dos tipos de diagnóstico, e de acordo com os dados presentes na tabela 3, entre os 54 indivíduos que apresentaram DTM (39.1%), 17 apresentaram DTM associada a dor/cefaleia (12.3%), 24 DTM intra-articular/degenerativa (17.4%) e 13 ambos os tipos de diagnóstico (9.4%).

Tabela 3- Frequências dos tipos de diagnóstico de DTM.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sem diagnóstico	84	60,9	60,9	60,9
	Diagnóstico de DTM relacionado c/dor/cefaleia	17	12,3	12,3	73,2
	Diagnóstico intra-articular/degenerativo	24	17,4	17,4	90,6
	Diagnóstico de dor + articular	13	9,4	9,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Segundo a tabela 4, dos 17 indivíduos que apresentaram DTM associada a dor/cefaleia (12.3%), 14 são do sexo feminino (82.4%) e 3 são do sexo masculino (17.6%). 24, apresentaram DTM intra-articular/degenerativa (17.4%) em que 17 são do sexo feminino (70.8%) e 7 do sexo masculino (29.2%). 13 apresentaram ambos os tipos de diagnóstico (9.4%), 11 do sexo feminino (84.6%) e 2 do sexo masculino (15.4%).

Tabela 4 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e a variável sociodemográfica “sexo”.

			Diagnóstico (Tipo)				Total
			Sem diagnóstico	Diagnóstico de DTM relacionado c/dor/cefaleia	Diagnóstico intra-articular/degenerativo	Diagnóstico de dor + articular	
Sexo	F	Contagem	66	14	17	11	108
		% em Sexo	61,1%	13,0%	15,7%	10,2%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	78,6%	82,4%	70,8%	84,6%	78,3%
		% do Total	47,8%	10,1%	12,3%	8,0%	78,3%
M		Contagem	18	3	7	2	30
		% em Sexo	60,0%	10,0%	23,3%	6,7%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	21,4%	17,6%	29,2%	15,4%	21,7%
		% do Total	13,0%	2,2%	5,1%	1,4%	21,7%
Total		Contagem	84	17	24	13	138
		% em Sexo	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%

Sobre o grau de incapacidade, através da GCPS, presente na tabela 5, de um total de 138 participantes, 66 têm Grau 0, ausência de dor (47.8%), 39 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa intensidade (28.3%), 32 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (23.2%) e apenas 1 têm Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada (0.7%)

Tabela 5- *Frequências dos graus de incapacidade (GCPS).*

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Grau 0- Ausência de dor	66	47,8	47,8	47,8
	Grau I- Baixa incapacidade, dor de baixa intensidade	39	28,3	28,3	76,1
	Grau II- Baixa incapacidade, dor de elevada intensidade	32	23,2	23,2	99,3
	Grau III- Elevada incapacidade, limitação moderada	1	,7	,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Na tabela 6 é possível observar que, de um total de 84 participantes sem diagnóstico de DTM (60.9%), 54 têm Grau 0, ausência de dor (64.3%), 18 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa intensidade (21.4%), 12 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (14.3%) e nenhum participante apresentou Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada.

Dos 31 participantes que apresentaram 1 diagnóstico de DTM (22.5%), 11 têm Grau 0, ausência de dor (35.5%), 12 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa intensidade (38.7%), 8 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (25.8%) e nenhum participante apresentou Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada.

Dos 14 participantes que apresentaram 2 diagnósticos de DTM (10.1%), 1 tem Grau 0, ausência de dor (7.1%), 7 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa intensidade (50.0%), 6 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (42.9%) e nenhum participante apresentou Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada.

Dos 9 participantes que apresentaram 3 ou mais diagnósticos de DTM (6.5%), nenhum apresentou Grau 0, ausência de dor, 2 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa

intensidade (22.2%), 6 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (66.7%) e 1 tem Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada (11.1%)

Tabela 6- Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o grau de incapacidade (GCPS).

			Diagnóstico (Nº)				Total
			Sem diagnóstico	1	2	3 ou +	
Dor crónica (GCPS)	Grau 0- Ausência de dor	Contagem	54	11	1	0	66
		% em Dor crónica (GCPS)	81,8%	16,7%	1,5%	0,0%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	64,3%	35,5%	7,1%	0,0%	47,8%
		% do Total	39,1%	8,0%	0,7%	0,0%	47,8%
	Grau I- Baixa incapacidade, dor de baixa intensidade	Contagem	18	12	7	2	39
		% em Dor crónica (GCPS)	46,2%	30,8%	17,9%	5,1%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	21,4%	38,7%	50,0%	22,2%	28,3%
		% do Total	13,0%	8,7%	5,1%	1,4%	28,3%
	Grau II- Baixa incapacidade, elevada intensidade	Contagem	12	8	6	6	32
		% em Dor crónica (GCPS)	37,5%	25,0%	18,8%	18,8%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	14,3%	25,8%	42,9%	66,7%	23,2%
		% do Total	8,7%	5,8%	4,3%	4,3%	23,2%
Grau III- Elevada incapacidade, limitação moderada	Contagem	0	0	0	1	1	
	% em Dor crónica (GCPS)	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Nº)	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	0,7%	
	% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	
Total	Contagem	84	31	14	9	138	
	% em Dor crónica (GCPS)	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Nº)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	

Segundo os dados apresentados na tabela 7, dos 17 participantes com diagnóstico de DTM associado a dor/cefaleia (12.3%), nenhum tem Grau 0, ausência de dor, 8 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa intensidade (47.1%), 9 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (52.9%) e nenhum participante apresentou Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada.

Dos 24 participantes com diagnóstico de DTM intra-articular/degenerativa (17.4%), 11 têm Grau 0, ausência de dor (45.8%), 7 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa intensidade (29.2%), 6 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (25.0%) e nenhum participante apresentou Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada.

Dos 13 participantes com ambos os tipos de diagnóstico de DTM (9.4%), 1 tem Grau 0, ausência de dor (7.7%), 6 têm Grau I, baixa incapacidade, dor de baixa intensidade

(46.2%), 5 têm Grau II, baixa incapacidade, dor de elevada intensidade (38.5%) e 1 tem Grau III, elevada incapacidade, limitação moderada (7.7%).

Tabela 7- Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o grau de incapacidade (GCPS).

			Diagnóstico (Tipo)				Total
			Sem diagnóstico	Diagnóstico de DTM relacionado c/dor/cefaleia	Diagnóstico intra-articular/degenerativo	Diagnóstico de dor + articular	
Dor crônica (GCPS)	Grau 0- Ausência de dor	Contagem	54	0	11	1	66
		% em Dor crônica (GCPS)	81,8%	0,0%	16,7%	1,5%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	64,3%	0,0%	45,8%	7,7%	47,8%
		% do Total	39,1%	0,0%	8,0%	0,7%	47,8%
	Grau I- Baixa incapacidade, baixa intensidade	Contagem	18	8	7	6	39
		% em Dor crônica (GCPS)	46,2%	20,5%	17,9%	15,4%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	21,4%	47,1%	29,2%	46,2%	28,3%
		% do Total	13,0%	5,8%	5,1%	4,3%	28,3%
	Grau II- Baixa incapacidade, elevada intensidade	Contagem	12	9	6	5	32
		% em Dor crônica (GCPS)	37,5%	28,1%	18,8%	15,6%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	14,3%	52,9%	25,0%	38,5%	23,2%
		% do Total	8,7%	6,5%	4,3%	3,6%	23,2%
Grau III- Elevada incapacidade, limitação moderada	Contagem	0	0	0	1	1	
	% em Dor crônica (GCPS)	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	0,7%	
	% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	
Total	Contagem	84	17	24	13	138	
	% em Dor crônica (GCPS)	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	

Acerca do nível de ansiedade, através do GAD-7, presente na tabela 8, de um total de 138 participantes, 58 têm ausência de ansiedade (42.0%), 42 têm ansiedade leve (30.4%), 19 têm ansiedade moderada (13.8%) e 19 têm ansiedade severa (13.8%).

Tabela 8- Frequências dos níveis de ansiedade (GAD-7).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Ausência de ansiedade (< 5)	58	42,0	42,0	42,0
	Ansiedade leve (5-9)	42	30,4	30,4	72,5
	Ansiedade moderada (10-14)	19	13,8	13,8	86,2
	Ansiedade severa (>= 15)	19	13,8	13,8	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Na tabela 9 é possível observar que, de um total de 84 participantes sem diagnóstico de DTM (60.9%), 39 têm ausência de ansiedade (46.4%), 26 têm ansiedade leve (31.0%), 11 têm ansiedade moderada (13.1%) e 8 têm ansiedade severa (9.5%).

Dos 31 participantes que apresentaram 1 diagnóstico de DTM (22.5%), 13 têm ausência de ansiedade (41.9%), 7 têm ansiedade leve (22.6%), 6 têm ansiedade moderada (19.4%) e 5 têm ansiedade severa (16.1%).

Dos 14 participantes que apresentaram 2 diagnósticos de DTM (10.1%), 4 têm ausência de ansiedade (28.6%), 7 têm ansiedade leve (50.0%), nenhum tem ansiedade moderada e 3 têm ansiedade severa (21.4%).

Dos 9 participantes que apresentaram 3 ou mais diagnósticos de DTM (6.5%), 2 têm ausência de ansiedade (22.2%), 2 têm ansiedade leve (22.2%), 2 têm ansiedade moderada (22.2%) e 3 têm ansiedade severa (33.3%).

Tabela 9- Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o nível de ansiedade (GAD-7).

			Diagnóstico (Nº)				Total	
			Sem diagnóstico	1	2	3 ou +		
Ansiedade (GAD-7)	Ausência de ansiedade (< 5)	Contagem	39	13	4	2	58	
		% em Ansiedade (GAD-7)	67,2%	22,4%	6,9%	3,4%	100,0%	
		% em Diagnóstico (Nº)	46,4%	41,9%	28,6%	22,2%	42,0%	
			% do Total	28,3%	9,4%	2,9%	1,4%	42,0%
	Ansiedade leve (5-9)	Contagem	26	7	7	2	42	
		% em Ansiedade (GAD-7)	61,9%	16,7%	16,7%	4,8%	100,0%	
		% em Diagnóstico (Nº)	31,0%	22,6%	50,0%	22,2%	30,4%	
			% do Total	18,8%	5,1%	5,1%	1,4%	30,4%
	Ansiedade moderada (10-14)	Contagem	11	6	0	2	19	
		% em Ansiedade (GAD-7)	57,9%	31,6%	0,0%	10,5%	100,0%	
		% em Diagnóstico (Nº)	13,1%	19,4%	0,0%	22,2%	13,8%	
			% do Total	8,0%	4,3%	0,0%	1,4%	13,8%
Ansiedade severa (>= 15)	Contagem	8	5	3	3	19		
	% em Ansiedade (GAD-7)	42,1%	26,3%	15,8%	15,8%	100,0%		
	% em Diagnóstico (Nº)	9,5%	16,1%	21,4%	33,3%	13,8%		
		% do Total	5,8%	3,6%	2,2%	2,2%	13,8%	
Total	Contagem	84	31	14	9	138		
	% em Ansiedade (GAD-7)	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%		
	% em Diagnóstico (Nº)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
	% do Total	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%		

Segundo os dados apresentados na tabela 10, dos 17 participantes com diagnóstico de DTM associado a dor/cefaleia (12.3%), 4 têm ausência de ansiedade (23.5%), 7 têm ansiedade leve (41.2%), 1 tem ansiedade moderada (5.9%) e 5 têm ansiedade severa (29.4%).

Dos 24 participantes com diagnóstico de DTM intra-articular/degenerativa (17.4%), 11 têm ausência de ansiedade (45.8%), 4 têm ansiedade leve (16.7%), 5 têm ansiedade moderada (20.8%) e 4 têm ansiedade severa (16.7%).

Dos 13 participantes com ambos os tipos de diagnóstico de DTM (9.4%), 4 têm ausência de ansiedade (30.8%), 5 têm ansiedade leve (38.5%), 2 têm ansiedade moderada (15.4%) e 2 têm ansiedade severa (15.4%).

Tabela 10 - Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o nível de ansiedade (GAD-7).

			Diagnóstico (Tipo)				Total
			Sem diagnóstico	Diagnóstico de DTM relacionado c/dor/cefaleia	Diagnóstico intra-articular/degenerativo	Diagnóstico de dor + articular	
Ansiedade (GAD-7)	Ausência de ansiedade (< 5)	Contagem	39	4	11	4	58
		% em Ansiedade (GAD-7)	67,2%	6,9%	19,0%	6,9%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	46,4%	23,5%	45,8%	30,8%	42,0%
		% do Total	28,3%	2,9%	8,0%	2,9%	42,0%
	Ansiedade leve (5-9)	Contagem	26	7	4	5	42
		% em Ansiedade (GAD-7)	61,9%	16,7%	9,5%	11,9%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	31,0%	41,2%	16,7%	38,5%	30,4%
		% do Total	18,8%	5,1%	2,9%	3,6%	30,4%
	Ansiedade moderada (10-14)	Contagem	11	1	5	2	19
		% em Ansiedade (GAD-7)	57,9%	5,3%	26,3%	10,5%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	13,1%	5,9%	20,8%	15,4%	13,8%
		% do Total	8,0%	0,7%	3,6%	1,4%	13,8%
Ansiedade severa (>= 15)	Contagem	8	5	4	2	19	
	% em Ansiedade (GAD-7)	42,1%	26,3%	21,1%	10,5%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	9,5%	29,4%	16,7%	15,4%	13,8%	
	% do Total	5,8%	3,6%	2,9%	1,4%	13,8%	
Total	Contagem	84	17	24	13	138	
	% em Ansiedade (GAD-7)	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	

Sobre do nível de depressão, através do PHQ-9, presente na tabela 11, de um total de 138 participantes, 68 têm ausência de depressão (49.3%), 40 têm depressão suave (29.0%), 17 têm depressão moderada (12.3%), 10 têm depressão moderadamente severa (7.2%) e 3 têm depressão severa (2.2%).

Tabela 11 - Frequências dos níveis de depressão (PHQ-9).

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Ausência de depressão (< 5)	68	49,3	49,3	49,3
	Depressão suave (5-9)	40	29,0	29,0	78,3
	Depressão moderada (10-14)	17	12,3	12,3	90,6
	Depressão moderadamente severa (15-19)	10	7,2	7,2	97,8
	Depressão severa (>= 20)	3	2,2	2,2	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Na tabela 12 é possível observar que, de um total de 84 participantes sem diagnóstico de DTM (60.9%), 45 têm ausência de depressão (53.6%), 23 têm depressão suave (27.4%), 12 têm depressão moderada (14.3%), 3 têm depressão moderadamente severa (3.6%) e 1 tem depressão severa (1.2%).

Dos 31 participantes que apresentaram 1 diagnóstico de DTM (22.5%), 14 têm ausência de depressão (45.2%), 11 têm depressão suave (35.5%), 2 têm depressão moderada (6.5%), 4 têm depressão moderadamente severa (12.9%) e nenhum participante tem depressão severa.

Dos 14 participantes que apresentaram 2 diagnósticos de DTM (10.1%), 8 têm ausência de depressão (57.1%), 3 têm depressão suave (21.4%), 2 têm depressão moderada (14.3%), nenhum tem depressão moderadamente severa e 1 tem depressão severa (7.1%).

Dos 9 participantes que apresentaram 3 ou mais diagnósticos de DTM (6.5%), 1 tem ausência de depressão (11.1%), 3 têm depressão suave (33.3%), 1 tem depressão moderada (11.1%), 3 têm depressão moderadamente severa (33.3%) e 1 tem depressão severa (11.1%).

Tabela 12- Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o nível de depressão (PHQ-9).

			Diagnóstico (Nº)				Total
			Sem diagnóstico	1	2	3 ou +	
Depressão (PHQ-9)	Ausência de depressão (< 5)	Contagem	45	14	8	1	68
		% em Depressão (PHQ-9)	66,2%	20,6%	11,8%	1,5%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	53,6%	45,2%	57,1%	11,1%	49,3%
	Depressão suave (5-9)	Contagem	23	11	3	3	40
		% em Depressão (PHQ-9)	57,5%	27,5%	7,5%	7,5%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	27,4%	35,5%	21,4%	33,3%	29,0%
	Depressão moderada (10-14)	Contagem	12	2	2	1	17
		% em Depressão (PHQ-9)	70,6%	11,8%	11,8%	5,9%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	14,3%	6,5%	14,3%	11,1%	12,3%
	Depressão moderadamente severa (15-19)	Contagem	3	4	0	3	10
		% em Depressão (PHQ-9)	30,0%	40,0%	0,0%	30,0%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	3,6%	12,9%	0,0%	33,3%	7,2%
	Depressão severa (>= 20)	Contagem	1	0	1	1	3
		% em Depressão (PHQ-9)	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	1,2%	0,0%	7,1%	11,1%	2,2%
	Total	Contagem	84	31	14	9	138
% em Depressão (PHQ-9)		60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	
% em Diagnóstico (Nº)		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% do Total		60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	

Segundo os dados apresentados na tabela 13, dos 17 participantes com diagnóstico de DTM associado a dor/cefaleia (12.3%), 9 têm ausência de depressão (52.9%), 5 têm depressão suave (29.4%), 1 tem depressão moderada (5.9%), 1 tem depressão moderadamente severa (5.9%) e 1 tem depressão severa (5.9%).

Dos 24 participantes com diagnóstico de DTM intra-articular/degenerativa (17.4%), 10 têm ausência de depressão (41.7%), 8 têm depressão suave (33.3%), 2 têm depressão moderada (8.3%), 4 têm depressão moderadamente severa (16.7%) e nenhum participante tem depressão severa.

Dos 13 participantes com ambos os tipos de diagnóstico de DTM (9.4%), 4 têm ausência de depressão (30.8%), 4 têm depressão suave (30.8%), 2 têm depressão moderada (15.4%), 1 têm depressão moderadamente severa (15.4%) e 1 tem depressão severa (7.7%).

Tabela 13- Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o nível de depressão (PHQ-9).

			Diagnóstico (Tipo)				Total
			Sem diagnóstico	Diagnóstico de DTM relacionado c/dor/cefaleia	Diagnóstico intra-articular/degenerativo	Diagnóstico de dor + articular	
Depressão (PHQ-9)	Ausência de depressão (< 5)	Contagem	45	9	10	4	68
		% em Depressão (PHQ-9)	66,2%	13,2%	14,7%	5,9%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	53,6%	52,9%	41,7%	30,8%	49,3%
		% do Total	32,6%	6,5%	7,2%	2,9%	49,3%
	Depressão suave (5-9)	Contagem	23	5	8	4	40
		% em Depressão (PHQ-9)	57,5%	12,5%	20,0%	10,0%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	27,4%	29,4%	33,3%	30,8%	29,0%
		% do Total	16,7%	3,6%	5,8%	2,9%	29,0%
	Depressão moderada (10-14)	Contagem	12	1	2	2	17
		% em Depressão (PHQ-9)	70,6%	5,9%	11,8%	11,8%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	14,3%	5,9%	8,3%	15,4%	12,3%
		% do Total	8,7%	0,7%	1,4%	1,4%	12,3%
Depressão moderadamente severa (15-19)	Contagem	3	1	4	2	10	
	% em Depressão (PHQ-9)	30,0%	10,0%	40,0%	20,0%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	3,6%	5,9%	16,7%	15,4%	7,2%	
	% do Total	2,2%	0,7%	2,9%	1,4%	7,2%	
Depressão severa (>= 20)	Contagem	1	1	0	1	3	
	% em Depressão (PHQ-9)	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	1,2%	5,9%	0,0%	7,7%	2,2%	
	% do Total	0,7%	0,7%	0,0%	0,7%	2,2%	
Total	Contagem	84	17	24	13	138	
	% em Depressão (PHQ-9)	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	

O nível de sintomas somáticos, dado através do PHQ-15, está presente na tabela 14. De um total de 138 participantes, 47 não têm sintomas somáticos (34.1%), 53 têm grau baixo de sintomas somáticos (38.4%), 21 têm grau médio de sintomas somáticos (15.2%), e 17 têm grau elevado de sintomas somáticos (12.3%).

Tabela 14- Frequências dos de severidade de sintomas somáticos (PHQ-15).

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido < 5	47	34,1	34,1	34,1
Baixo (5-9)	53	38,4	38,4	72,5
Médio (10-14)	21	15,2	15,2	87,7
Elevado (>= 15)	17	12,3	12,3	100,0
Total	138	100,0	100,0	

Na tabela 15 é possível observar que, de um total de 84 participantes sem diagnóstico de DTM (60.9%), 32 não têm sintomas somáticos (38.1%), 34 têm grau baixo de sintomas somáticos (40.5%), 13 têm grau médio de sintomas somáticos (15.5%), e 5 têm grau elevado de sintomas somáticos (6.0%).

Dos 31 participantes que apresentaram 1 diagnóstico de DTM (22.5%), 10 não têm sintomas somáticos (32.3%), 12 têm grau baixo de sintomas somáticos (38.7%), 3 têm grau médio de sintomas somáticos (9.7%), e 6 têm grau elevado de sintomas somáticos (19.4%).

Dos 14 participantes que apresentaram 2 diagnósticos de DTM (10.1%), 4 não têm sintomas somáticos (28.6%), 6 têm grau baixo de sintomas somáticos (42.9%), 3 têm grau médio de sintomas somáticos (21.4%), e 1 tem grau elevado de sintomas somáticos (7.1%).

Dos 9 participantes que apresentaram 3 ou mais diagnósticos de DTM (6.5%), 1 não tem sintomas somáticos (11.1%), 1 tem grau baixo de sintomas somáticos (11.1%), 2 têm grau médio de sintomas somáticos (22.2%), e 5 têm grau elevado de sintomas somáticos (55.6%).

Tabela 15- Associação entre o n° de diagnósticos de DTM e a severidade de sintomas somáticos (PHQ-15).

			Diagnóstico (N°)				Total
			Sem diagnóstico	1	2	3 ou +	
Sintomas somáticos (PHQ-15)	< 5	Contagem	32	10	4	1	47
		% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	68,1%	21,3%	8,5%	2,1%	100,0%
		% em Diagnóstico (N°)	38,1%	32,3%	28,6%	11,1%	34,1%
		% do Total	23,2%	7,2%	2,9%	0,7%	34,1%
	Baixo (5-9)	Contagem	34	12	6	1	53
		% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	64,2%	22,6%	11,3%	1,9%	100,0%
		% em Diagnóstico (N°)	40,5%	38,7%	42,9%	11,1%	38,4%
		% do Total	24,6%	8,7%	4,3%	0,7%	38,4%
	Médio (10-14)	Contagem	13	3	3	2	21
		% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	61,9%	14,3%	14,3%	9,5%	100,0%
		% em Diagnóstico (N°)	15,5%	9,7%	21,4%	22,2%	15,2%
		% do Total	9,4%	2,2%	2,2%	1,4%	15,2%
Elevado (>= 15)	Contagem	5	6	1	5	17	
	% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	29,4%	35,3%	5,9%	29,4%	100,0%	
	% em Diagnóstico (N°)	6,0%	19,4%	7,1%	55,6%	12,3%	
	% do Total	3,6%	4,3%	0,7%	3,6%	12,3%	
Total	Contagem	84	31	14	9	138	
	% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	
	% em Diagnóstico (N°)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	

Segundo os dados apresentados na tabela 16, dos 17 participantes com diagnóstico de DTM associado a dor/cefaleia (12.3%), 5 não têm sintomas somáticos (29.4%), 5 têm grau baixo de sintomas somáticos (29.4%), 3 têm grau médio de sintomas somáticos (17.6%), e 4 têm grau elevado de sintomas somáticos (23.5%).

Dos 24 participantes com diagnóstico de DTM intra-articular/degenerativa (17.4%), 8 não têm sintomas somáticos (33.3%), 9 têm grau baixo de sintomas somáticos (37.5%), 3 têm grau médio de sintomas somáticos (12.5%), e 4 têm grau elevado de sintomas somáticos (16.7%).

Dos 13 participantes com ambos os tipos de diagnóstico de DTM (9.4%), 2 não têm sintomas somáticos (15.4%), 5 têm grau baixo de sintomas somáticos (38.5%), 2 têm grau médio de sintomas somáticos (15.4%), e 4 têm grau elevado de sintomas somáticos (30.8%).

Tabela 16- Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e a severidade de sintomas somáticos (PHQ-15).

	Diagnóstico (Tipo)				Total		
	Sem diagnóstico	Diagnóstico de DTM relacionado c/dor/cefaleia	Diagnóstico intra-articular/degenerativo	Diagnóstico de dor + articular			
Sintomas somáticos (PHQ-15)	< 5	Contagem	32	5	8	2	47
		% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	68,1%	10,6%	17,0%	4,3%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	38,1%	29,4%	33,3%	15,4%	34,1%
	Baixo (5-9)	% do Total	23,2%	3,6%	5,8%	1,4%	34,1%
		Contagem	34	5	9	5	53
		% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	64,2%	9,4%	17,0%	9,4%	100,0%
	Médio (10-14)	% em Diagnóstico (Tipo)	40,5%	29,4%	37,5%	38,5%	38,4%
		% do Total	24,6%	3,6%	6,5%	3,6%	38,4%
		Contagem	13	3	3	2	21
	Elevado (>= 15)	% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	61,9%	14,3%	14,3%	9,5%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	15,5%	17,6%	12,5%	15,4%	15,2%
		% do Total	9,4%	2,2%	2,2%	1,4%	15,2%
Total	Contagem	5	4	4	4	17	
	% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	29,4%	23,5%	23,5%	23,5%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Tipo)	6,0%	23,5%	16,7%	30,8%	12,3%	
Total	% do Total	3,6%	2,9%	2,9%	2,9%	12,3%	
	Contagem	84	17	24	13	138	
	% em Sintomas somáticos (PHQ-15)	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	
Total	% em Diagnóstico (Tipo)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	

Acerca do nível de stress, através do PSS-10, presente na tabela 17, de um total de 138 participantes, 37 têm stress baixo (26.8%), 83 têm stress moderado (60.1%), e 18 têm elevado stress (13.0%).

Tabela 17- *Frequências dos níveis de stress (PSS-10).*

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Baixo (0-13)	37	26,8	26,8	26,8
	Moderado (14-26)	83	60,1	60,1	87,0
	Elevado (17-40)	18	13,0	13,0	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Na tabela 18 é possível observar que, de um total de 84 participantes sem diagnóstico de DTM (60.9%), 25 têm stress baixo (29.8%), 52 têm stress moderado (61.9%), e 7 têm elevado stress (8.3%).

Dos 31 participantes que apresentaram 1 diagnóstico de DTM (22.5%), 9 têm stress baixo (29.0%), 15 têm stress moderado (48.4%), e 7 têm elevado stress (22.6%).

Dos 14 participantes que apresentaram 2 diagnósticos de DTM (10.1%), 3 têm stress baixo (21.4%), 10 têm stress moderado (71.4%), e 1 tem elevado stress (7.1%).

Dos 9 participantes que apresentaram 3 ou mais diagnósticos de DTM (6.5%), nenhum participante tem stress baixo (26.8%), 6 têm stress moderado (66.7%), e 3 têm elevado stress (33.3%).

Tabela 18- Associação entre o nº de diagnósticos de DTM e o nível de stress (PSS-10).

			Diagnóstico (Nº)				Total
			Sem diagnóstico	1	2	3 ou +	
Nível de stress (PSS-10)	Baixo (0-13)	Contagem	25	9	3	0	37
		% em Nível de stress (PSS-10)	67,6%	24,3%	8,1%	0,0%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	29,8%	29,0%	21,4%	0,0%	26,8%
		% do Total	18,1%	6,5%	2,2%	0,0%	26,8%
	Moderado (14-26)	Contagem	52	15	10	6	83
		% em Nível de stress (PSS-10)	62,7%	18,1%	12,0%	7,2%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	61,9%	48,4%	71,4%	66,7%	60,1%
		% do Total	37,7%	10,9%	7,2%	4,3%	60,1%
	Elevado (17-40)	Contagem	7	7	1	3	18
		% em Nível de stress (PSS-10)	38,9%	38,9%	5,6%	16,7%	100,0%
		% em Diagnóstico (Nº)	8,3%	22,6%	7,1%	33,3%	13,0%
		% do Total	5,1%	5,1%	0,7%	2,2%	13,0%
Total	Contagem	84	31	14	9	138	
	% em Nível de stress (PSS-10)	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	
	% em Diagnóstico (Nº)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	60,9%	22,5%	10,1%	6,5%	100,0%	

De acordo com os dados apresentados na tabela 19, dos 17 participantes com diagnóstico de DTM associado a dor/cefaleia (12.3%), 4 têm stress baixo (23.5%), 10 têm stress moderado (58.8%), e 3 têm elevado stress (17.6%).

Dos 24 participantes com diagnóstico de DTM intra-articular/degenerativa (17.4%), 6 têm stress baixo (25.0%), 12 têm stress moderado (50.0%), e 6 têm elevado stress (25.0%).

Dos 13 participantes com ambos os tipos de diagnóstico de DTM (9.4%), 2 têm stress baixo (15.4%), 9 têm stress moderado (69.2%), e 2 têm elevado stress (15.4%).

Tabela 19- Associação entre o tipo de diagnósticos de DTM e o nível de stress (PSS-10).

			Diagnóstico (Tipo)				Total
			Sem diagnóstico	Diagnóstico de DTM relacionado c/dor/cefaleia	Diagnóstico intra-articular/degenerativo	Diagnóstico de dor + articular	
Nível de stress (PSS-10)	Baixo (0-13)	Contagem	25	4	6	2	37
		% em Nível de stress (PSS-10)	67,6%	10,8%	16,2%	5,4%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	29,8%	23,5%	25,0%	15,4%	26,8%
	Moderado (14-26)	% do Total	18,1%	2,9%	4,3%	1,4%	26,8%
		Contagem	52	10	12	9	83
		% em Nível de stress (PSS-10)	62,7%	12,0%	14,5%	10,8%	100,0%
	Elevado (17-40)	% em Diagnóstico (Tipo)	61,9%	58,8%	50,0%	69,2%	60,1%
		% do Total	37,7%	7,2%	8,7%	6,5%	60,1%
		Contagem	7	3	6	2	18
	Total	% em Nível de stress (PSS-10)	38,9%	16,7%	33,3%	11,1%	100,0%
		% em Diagnóstico (Tipo)	8,3%	17,6%	25,0%	15,4%	13,0%
		% do Total	5,1%	2,2%	4,3%	1,4%	13,0%
Contagem		84	17	24	13	138	
% em Nível de stress (PSS-10)		60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%	
% em Diagnóstico (Tipo)		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% do Total	60,9%	12,3%	17,4%	9,4%	100,0%

IV. DISCUSSÃO

A etiologia da DTM é multifatorial, no entanto, de entre os diferentes fatores etiológicos da DTM referidos na literatura, os fatores psicossociais apresentam cada vez mais um papel importante e frequente na etiologia da DTM. O curso de medicina dentária é bastante exigente e tem sido amplamente associado a altos níveis de stress. A medicina dentária tornou-se uma profissão altamente exigente e competitiva (Ahuja et al., 2018). Os estudantes de medicina dentária precisam ter conhecimento teórico completo, trabalho clínico árduo e habilidades interpessoais. É importante referir que, 50% a 75% dos pacientes com DTM sofreram condições stressantes de vida antes do desenvolvimento dos sintomas da DTM (Ahuja et al., 2018).

Neste estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal, procurou-se saber não apenas a prevalência de alunos com DTM inscritos no MIMD, no Instituto Universitário Egas Moniz, como também, procurar nos valores de avaliação psicossocial relação com essa prevalência. Contudo, os resultados aferidos no presente estudo foram discrepantes, não apresentando significância quando relacionadas as variáveis. Desta forma, a análise no mesmo foi descritiva.

Prevalência de DTM

Este estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal examinou, uma amostra total de 138 estudantes inscritos no MIMD do Instituto Universitário Egas Moniz para determinar dados preliminares sobre a prevalência de DTM, utilizando um questionário e exame clínico de eixo I do DC/TMD. Questionários de eixo II do DC/TMD, foram utilizados para aferir o estado psicossocial desses mesmos alunos, e assim poder observar a sua relação com a prevalência de DTM.

No presente estudo, dos 138 participantes (108 do sexo feminino e 30 do sexo masculino), 54 apresentaram pelo menos um diagnóstico de DTM, correspondendo a 39.1% de prevalência de DTM. Valores de prevalência semelhantes foram encontrados noutros estudos de prevalência em estudantes de medicina dentária: 36.99%, na Arábia Saudita (Srivastava et al., 2021) e 36.2% no Brasil (Fernandes Azevedo et al., 2017). No entanto, alguns estudos sobre prevalência, também em alunos, mostraram valores com

maior discrepância: 18.6% na Índia (Kaushal et al., 2018) e 46.1% no México (Casanova-Rosado et al., 2006). Esta variação nos valores de prevalência pode ser explicada pelas diferenças da população estudada, ferramentas de avaliação e/ou exigência ao nível do ensino universitário.

O número de diagnósticos foi uma variável analisada. Foi possível observar que a maioria dos alunos que apresentavam DTM, tiveram apenas um diagnóstico: 31(57.4%), e que três ou mais diagnósticos foram observados em apenas 9 (16.6%) alunos. Pimenta e Silva Machado *et al.* (2009), observou, num estudo com 357 participantes, que a maior percentagem de indivíduos apresentava pelo menos um segundo diagnóstico de DTM (93.3%), e que a prevalência de diagnósticos musculares/de dor (60.5%), era superior à prevalência de diagnósticos articulares (39.5%). Já no presente estudo, a maior parte dos alunos apresentou diagnósticos articulares (44.4%), enquanto que apenas 31.5% apresentou diagnóstico de DTM associado a dor/cefaleia e 24.1% diagnósticos dos dois tipos. Esta diferença poderá ser explicada pela diferente composição de subgrupos de DTM. Dentro das DTM relacionadas com distúrbios de dor/musculares Pimenta e Silva Machado *et al.* (2009), consideraram: dor muscular local; dor miofascial cervical; dor miofascial mastigatória; tendinite; mioespasmo; bruxismo; dor cervical local; co-contracção protetora. Enquanto que no presente estudo, para este grupo, foram consideradas: mialgia (mialgia local, dor miofascial e dor miofascial com irradiação); artralgia e cefaleia atribuída à DTM. No grupo das DTM articulares, enquanto que Pimenta e Silva Machado *et al.* (2009), incluíram: capsulite/sinovite; deslocamento do disco com redução; deslocamento do disco sem redução; osteoartrite (primária e secundária) e subluxação. No presente estudo foram incluídos: deslocamento do disco com redução; deslocamento do disco com redução e com bloqueio intermitente; deslocamento do disco sem redução e sem limitação de abertura; deslocamento do disco com limitação de abertura e doença articular degenerativa (osteoartrose e osteoartrite) (Pimenta e Silva Machado et al., 2009).

Apesar disso, numa revisão sistemática de 2021, sobre a prevalência de DTM, Valesan *et al.* (2021) concluíram que a DTM mais prevalente foi o deslocamento do disco sem redução, patologia pertencente ao grupo de DTM articulares.

Associação com a variável demográfica “sexo”

Dos 54 alunos que apresentaram ter DTM, 42 (77.8%) são do sexo feminino e 12 (22.2%) são do sexo masculino, como pode ser observado na tabela 2. No entanto, 38.9% das mulheres e 40% dos homens apresentaram DTM, o que significa uma semelhança na prevalência em ambos os sexos. Contudo, uma elevada prevalência no sexo feminino é reportada na literatura (Lövgren et al., 2018). Bagis *et al.* em 2012 reportou um risco 2,3 vezes mais elevado de DTM em mulheres. Um risco aumentado para DTM em mulheres pode ser explicado por variações entre gênero, tais como hormonais, anatómicas e comportamentais (Bagis et al., 2012).

Associação com a avaliação psicossocial

Os resultados da GCPS em função do número e tipo de diagnósticos, presentes na tabela 6, dizem-nos que apenas 66 (47.8%) dos participantes têm ausência de dor (Grau 0). É possível observar que, dos alunos que apresentaram dois diagnósticos, 50.0% tem Grau I e 42.9% tem Grau II na GCPS. Nenhum participante com três ou mais diagnósticos teve Grau 0 e apenas um participante teve Grau III, o qual apresentou três ou mais diagnósticos, como observável na tabela 6. Dos 66 (47.8%) que não apresentaram dor na GCPS (Grau 0) nenhum tinha diagnóstico de DTM associada a dor/cefaleia, ou seja, todos os 17 participantes com este tipo de diagnóstico apresentaram ter graus de GCPS com dor. O único participante com Grau III, teve ambos os tipos de diagnósticos, como visto na tabela 7.

Apesar de Srivastava *et al.* (2021), num estudo na Arábia Saudita, em 246 alunos de medicina dentária, terem concluído que, com elevados graus de GCPS os mesmos eram 1,68 vezes mais prováveis de ter qualquer forma de DTM (Srivastava et al., 2021), no presente estudo a mesma correlação não foi encontrada. No entanto, estudos mostram que grande parte dos diagnósticos de DTM articular, são normalmente associados a sinais e sintomas não álgicos. Segundo as observações clínicas, indivíduos com sinais clínicos de DTM musculares têm mais sintomas dolorosos do que indivíduos com sinais clínicos de DTM articulares (Paulino et al., 2018).

Na avaliação do GAD-7, 58% dos alunos apresentaram depressão. Quando associada ao número de diagnósticos, a maior percentagem de participantes com três ou mais diagnósticos, apresentou ansiedade severa (33.3%), e dos que apresentaram

ansiedade severa, 57.9% tinham pelo menos um diagnóstico de DTM. De uma forma geral, dos 54 alunos com DTM, 35 (64.8%) apresentavam ansiedade, segundo o GAD-7, como observado na tabela 9. No entanto, não foi possível fazer uma correlação destas variáveis neste estudo. Apesar disso, na literatura há referência à relação entre ansiedade e DTM. Alamri *et al.* (2020), num estudo de coorte feito em 884 alunos de medicina dentária e farmácia, na Arábia Saudita, concluíram que, com elevados níveis de ansiedade, esses alunos eram duas vezes mais suscetíveis a desenvolver DTM (Alamri *et al.*, 2020).

Considerando o PHQ-9, que reflete os níveis de depressão, foi possível observar, na tabela 12 que 70 (50.7%) dos alunos apresentaram um certo grau de depressão, e que destes, 31 (44.3%) apresentaram pelo menos um diagnóstico de DTM. Contudo, apesar de na literatura a relação entre DTM e depressão estar descrita, no presente estudo não foi possível observar correlação. Liao *et al.* (2011) estudaram a incidência de DTM em dois grupos: um com depressão e outro sem depressão. Constataram que a incidência de DTM em indivíduos do grupo com depressão, era 2,65 vezes maior do que no grupo sem depressão (Liao *et al.*, 2011). Esta percentagem elevada de alunos com algum grau de depressão, poderá ser explicada pela exigência ao nível do ensino superior português, principalmente, na área da saúde. Santos *et al.* (2012) observou, num estudo na Universidade de Aveiro, com 666 alunos de diferentes áreas, que os alunos na área de saúde foram os que apresentaram sintomatologia depressiva mais elevada (Santos *et al.*, 2012).

Inam *et al.* (2003) encontraram maior prevalência de ansiedade e depressão (60%) entre 252 alunos da Ziauddin Medical University, e Jadoon *et al.* (2010) encontraram uma prevalência de ansiedade e depressão de 43.9% entre estudantes de medicina em Multan, no Paquistão. Apesar dessa relação não ser observada neste estudo, os níveis de ansiedade e depressão estão significativamente associados à DTM (Glaros *et al.*, 2005; Inam *et al.*, 2003; Jadoon *et al.*, 2010; Lajnert *et al.*, 2010; Manfredini *et al.*, 2004).

Foi possível observar na tabela 15, que em 39 (72.2%) dos 54 alunos que apresentaram DTM, foram observados sintomas somáticos, segundo o PHQ-15. Independentemente ao facto de não ter sido observada uma correlação significativa, neste estudo, Celić *et al.* (2011) num estudo feito na Universidade de medicina dentária de Zagreb, na Croácia, com 154 pacientes, observou que pacientes com DTM crónica apresentavam maiores níveis de somatização e depressão (Celić *et al.*, 2011). Diferença que pode ser explicada pelo facto de se tratarem de doentes, e por isso evidenciarem níveis

de somatização superiores à população estudada neste estudo, a qual, composta por alunos.

Observou-se uma percentagem semelhante quando avaliados os níveis de stress, traduzidos do PSS-10 e presentes na tabela 18, que mostraram que 77.8% dos alunos que apresentavam diagnóstico de DTM, apresentou níveis de stress entre moderado e elevado. Dos que apresentaram stress elevado, 61.1% apresentou pelo menos um diagnóstico de DTM. O diagnóstico articular/degenerativo foi o que teve maior percentagem de alunos com nível de stress elevado, como observado na tabela 19. Indivíduos que estão sujeitos a stress podem desenvolver hábitos parafuncionais e tensões musculares, que podem levar ao aparecimento de DTM (LeResche, 1997; Roda et al., 2007). Assim, hábitos parafuncionais, principalmente aqueles que aumentam a tensão muscular, e alterações nos estados emocionais são possíveis indicadores de dor em pessoas com DTM, o que sugere que o stress, a ansiedade e a depressão são fatores etiológicos da DTM. Uma maior compreensão dessa condição entre as populações expostas a altos níveis de stress, como é o exemplo de estudantes universitários, é de grande importância para aumentar a conscientização sobre os fatores de risco e sinais e sintomas de DTM, bem como encorajar a procura de tratamento atempado.

Os valores resultantes da avaliação psicossocial, através dos questionários de eixo II do DC/TMD (GCPS, GAD-7, PHQ-9, PHQ-15) e PSS-10 não evidenciaram relação com a prevalência de DTM na amostra analisada. Não se ter observado uma relação entre as variáveis, pode prender-se com o facto da amostra não ter o número de indivíduos necessários para haver uma significância entre os valores. No entanto, uma percentagem de alunos com valores elevados na avaliação psicossocial, mas sem DTM, poderá ser resultado da exacerbação de sinais e sintomas de ansiedade, depressão e stress, consequência das condições pandémicas, nas quais o estudo decorreu, tendo também este facto influencia na observação da falta de correlação.

A pandemia gerada pela propagação do coronavírus, que obrigou a repetidos períodos de quarentena obrigatória, teve responsabilidade e influência na diminuição da qualidade de vida, o que gerou, na população, perturbações a nível psicológico (Ferreira et al., 2021).

Maia e Dias (2020) num estudo sobre o impacto do COVID-19, na ansiedade, depressão e stress em estudantes universitários de várias universidades de Portugal, observaram um aumento significativo de perturbação psicológica, entre os estudantes no período pandémico, em comparação a períodos normais. Observação que vai ao encontro de estudos internacionais que analisaram o efeito psicológico da COVID-19 (Wang et al.,

2020; Weiss & Murdoch, 2020). O acompanhamento da situação em nível global e a pressão exercida pelos media foram fatores determinantes na exacerbação dos níveis de depressão, stress e ansiedade (Gao et al., 2020).

Apesar dos resultados deste estudo, poderem ter sido afetados pelas referidas condições, e juntando ao facto de que a DTM tem um comportamento oscilante, o que pode causar distorção nos resultados expectáveis, conhecer a prevalência de DTM e dos indicadores psicossociais entre estudantes de medicina dentária, em Portugal, permite oferecer ao profissional de saúde conhecimento sobre o impacto desta patologia, a nível académico. Através das presentes descobertas, é possível identificar uma necessidade de intervenção preventiva, não apenas no controlo e terapêutica das DTM, mas também a nível da gestão do sistema educacional universitário.

É de extrema importância investigar sobre possíveis medidas com vista a diminuir o impacto da pressão sobre o estado psicológico de alunos durante o ensino universitário, e desta forma, prevenir possíveis consequências, tais como as DTM.

Limitações

A influência a nível psicossocial, causada pelo período pandémico e de quarentena, durante o qual, o estudo foi conduzido, levou a uma distorção dos resultados. O mesmo influenciou também na amostra, pois parte dos alunos abordados recusaram-se a participar no estudo, por razões de saúde, dadas as condições pandémicas. A amostra, por ser composta por alunos da área de saúde, o rácio feminino/masculino foi desequilibrado. Assim, o presente grupo foi considerado uma amostra conveniente e o número de indivíduos foi aceite para estudo piloto.

Conselhos para estudos futuros

É recomendada a realização dum estudo futuro, com uma amostra maior e mais representativa da proporção entre géneros, realizado em período normal, e não pandémico. É de extrema importância conhecer o real impacto do percurso universitário no psicossocial dos alunos e a consequência do mesmo no surgimento ou agravamento de patologias como a DTM. Para isto, é crucial a consciencialização junto da população a ser estudada, da importância e relevância da participação voluntária, como contributo à evolução científica e conteúdo bibliográfico.

V. CONCLUSÃO

A prevalência de DTM nos alunos inscritos no MIMD do Instituto Universitário Egas Moniz foi de 39.1%.

Concluiu-se também, que a percentagem de alunos com alterações no estado psicológico foi elevada. Possível resultado da pressão exercida no ensino universitário, principalmente na área da saúde, ou consequência do impacto do período pandémico em alunos universitários. No entanto o número da amostra não permitiu avaliar estatisticamente a correlação entre a prevalência de DTM e o estado psicossocial.

É de salientar que, este é o primeiro estudo de prevalência de DTM feito em alunos de medicina dentária, em Portugal.

Contudo, considerando o facto de se tratar de um estudo piloto, é recomendada a realização de estudos futuros, com vista a explorar mais a área das DTM e os seus fatores etiológicos, na sociedade contemporânea.

VI. BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders (ICSD). 3 ed.; 2014. Disponível em: <http://www.aasmnet.org/library/default.aspx?id=9>.
- Alamri, A., Shahin, S., Bakhurji, E. A., Alsulaiman, A. A., Salloom, Z., & Nazir, M. (2020). Association of Test Anxiety with Temporomandibular Disorder in Health Professions Students: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Dentistry*, 2020, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2020/8833804>
- Almeida, A. M., Fonseca, J., & Félix, S. (2016). Dor orofacial e disfunções temporomandibulares: tratamento farmacológico. *Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial*.
- Bagis, B., Ayaz, E. A., Turgut, S., Durkan, R., & Özcan, M. (2012). Gender Difference in Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders: A Retrospective Study on 243 Consecutive Patients. *International Journal of Medical Sciences*, 9(7), 539–544. <https://doi.org/10.7150/ijms.4474>
- Barros, V., Seraidarian, P. I., de Souza Côrtes, M. I., & de Paula, L. V. (2009). The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *Journal of orofacial pain*, 23(1).
- Belvis, R., Mas, N., & Roig, C. (2015). [Changes introduced into the recent International Classification of Headache Disorders: ICHD-III beta classification]. *Revista de neurologia*, 60(2), 81—89.
- Benoliel, R., Kahn, J., & Eliav, E. (2012). Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathies: Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathies. *Oral Diseases*, 18(4), 317–332. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2011.01883.x>
- Bugaighis, I., Elgehani, R., Orafi, M., & Elatrash, A. (2017). The prevalence of temporomandibular disorders among a group of Libyan dental students. *Libyan International Medical University Journal*, 2(1), 64. <https://doi.org/10.21502/limuj.009.02.2017>

- Carlsson, G. E., & Magnusson, T. (2000). *Management of Temporomandibular Disorders in the General Practice.: Postgraduate textbook*. Quintessence.
- Casanova-Rosado, J. F., Medina-Solís, C. E., Vallejos-Sánchez, A. A., Casanova-Rosado, A. J., Hernández-Prado, B., & Ávila-Burgos, L. (2006). Prevalence and associated factors for temporomandibular disorders in a group of Mexican adolescents and youth adults. *Clinical Oral Investigations*, 10(1), 42–49. <https://doi.org/10.1007/s00784-005-0021-4>
- Ćelić, R., Braut, V., & Petričević, N. (2011). Influence of depression and somatization on acute and chronic orofacial pain in patients with single or multiple TMD diagnoses. *Collegium antropologicum*, 35(3), 709-713.
- Chaput, È., Gross, A., Stewart, R., Nadeau, G., & Goldsmith, C. H. (2012). The Diagnostic Validity of Clinical Tests in Temporomandibular Internal Derangement: A Systematic Review and Meta-analysis. *Physiotherapy Canada*, 64(2), 116–134. <https://doi.org/10.3138/ptc.2010-54>
- Conti, P. C. R., Miranda, J. E. S., & Araujo, C. R. P. (2000). Relationship Between Systemic Joint Laxity, TMJ Hypertranslation, and Intra-articular Disorders. *CRANIO®*, 18(3), 192–197. <https://doi.org/10.1080/08869634.2000.11746132>
- Cohen, S.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (December), 385-396. Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa da PSS de 10 itens: Trigo, M.; Canudo, N.; Branco, F. & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378.
- Coogan, J. S., Kim, D.-G., Bredbenner, T. L., & Nicoletta, D. P. (2018). Determination of sex differences of human cadaveric mandibular condyles using statistical shape and trait modeling. *Bone*, 106, 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2017.10.003>
- Costa, Y. M., Porporatti, A. L., Stuginski-Barbosa, J., Bonjardim, L. R., & Conti, P. C. R. (2015). Additional effect of occlusal splints on the improvement of psychological aspects in temporomandibular disorder subjects: A randomized controlled trial. *Archives of Oral Biology*, 60(5), 738–744. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2015.02.005>

- De Coster, P. J., Martens, L. C., & De Paepe, A. (2005). Oral health in prevalent types of Ehlers–Danlos syndromes. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 34(5), 298–307. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2004.00300.x>
- De Leeuw, R., & Klasser, G. D. (2008). Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 134(1), 171.
- Di Paolo, C., D'Urso, A., Papi, P., Di Sabato, F., Rosella, D., Pompa, G., & Polimeni, A. (2017). Temporomandibular Disorders and Headache: A Retrospective Analysis of 1198 Patients. *Pain Research and Management*, 2017, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2017/3203027>
- Farrar, W. B. (1972). Differentiation of temporomandibular joint dysfunction to simplify treatment. *The Journal of prosthetic dentistry*, 28(6), 629-636.
- Feng, J., Luo, M., Ma, J., Tian, Y., Han, X., & Bai, D. (2019). The treatment modalities of masticatory muscle pain a network meta-analysis. *Medicine*, 98(46), e17934. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017934>
- Fernandes Azevedo, A. B., Câmara-Souza, M. B., Dantas, I. de S., de Resende, C. M. B. M., & Barbosa, G. A. S. (2017). Relationship between anxiety and temporomandibular disorders in dental students. *CRANIO®*, 1–4. <https://doi.org/10.1080/08869634.2017.1361053>
- Ferreira, L. N., Pereira, L. N., da Fé Brás, M., & Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*, 30(5), 1389–1405. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02724-x>
- Fillingim, B. R. (Ed.). (2000). *Sex, gender and pain: progress in pain research and management*. IASP Press.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4), e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Glaros, A. G., Williams, K., & Lausten, L. (2005). The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *The Journal of the American Dental Association*, 136(4), 451-458.
- Habib, S. R., Al Rifaiy, M. Q., Awan, K. H., Alsaif, A., Alshalan, A., & Altokais, Y. (2015). Prevalence and severity of temporomandibular disorders among university students in

Riyadh. *The Saudi Dental Journal*, 27(3), 125–130.
<https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.11.009>

- Herrera-Valencia, A., Ruiz-Muñoz, M., Martín-Martín, J., Cuesta-Vargas, A., & González-Sánchez, M. (2020). Efficacy of Manual Therapy in Temporomandibular Joint Disorders and Its Medium-and Long-Term Effects on Pain and Maximum Mouth Opening: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3404. <https://doi.org/10.3390/jcm9113404>
- Kaushal, D. P., Saha, D. M. K., Pandey, D. P., & Kakrani, D. J. (2018). Prevalence of temporomandibular disorders in dental students: A survey in Indore city. *International Journal of Applied Dental Sciences*, 5.
- Khalifa, A. B. H., Ayari, G., Khalifa, M. E., Ghorbel, W., Baccouche, C., Touzi, S., Amor, F. B., & Ghedira, H. (2021). Association of Temporomandibular Disorders Symptoms with Anxiety and Depression in Tunisian Patients. 3, 6.
- Klatkiewicz, T., Gawriołek, K., Pobudek Radzikowska, M., & Czajka-Jakubowska, A. (2018). Ultrasonography in the Diagnosis of Temporomandibular Disorders: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, 24, 812–817. <https://doi.org/10.12659/MSM.908810>
- Konzen, A., Ribeiro, P., Guimarães, A., Caumo, W., & Rodrigues, L. (2020). Correlação entre medidas psicofísicas de dor e sensibilização central em pacientes com síndrome da dor crônica miofascial da face. *Headache Medicine*, 61. <https://doi.org/10.48208/HeadacheMed.2020.Supplement.61>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258-266.
- Kusdra, P. M., Stechman-Neto, J., Leão, B. L. C. de, Martins, P. F. A., Lacerda, A. B. M. de, & Zeigelboim, B. S. (2018). Relationship between Otological Symptoms and TMD. *The International Tinnitus Journal*, 22(1). <https://doi.org/10.5935/0946-5448.20180005>

- Lajnert, V., Frančišković, T., Gržic, R., Kovačević Pavičić, D., Bakarčić, D., Buković, D., ... & Fugošić, V. (2010). Depression, somatization and anxiety in female patients with temporomandibular disorders (TMD). *Collegium antropologicum*, 34(4), 1415-1419.
- LeResche, L. (1997). Epidemiology of Temporomandibular Disorders: Implications for the Investigation of Etiologic Factors. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 8(3), 291–305. <https://doi.org/10.1177/10454411970080030401>
- LeResche, L., Saunders, K., Von Korff, M. R., Barlow, W., & Dworkin, S. F. (1997). Use of exogenous hormones and risk of temporomandibular disorder pain. *Pain*, 69(1), 153–160. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(96\)03230-7](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(96)03230-7)
- Liao, C.-H., Chang, C.-S., Chang, S.-N., Lane, H.-Y., Lyu, S.-Y., Morisky, D. E., & Sung, F.-C. (2011). The risk of temporomandibular disorder in patients with depression: A population-based cohort study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(6), 525–531. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00621.x>
- Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Raphael, K. G., Wetselaar, P., Glaros, A. G., Kato, T., ... & Manfredini, D. (2018). International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *Journal of oral rehabilitation*, 45(11), 837-844.
- Lövgren, A., Österlund, C., Ilgunas, A., Lampa, E., & Hellström, F. (2018). A high prevalence of TMD is related to somatic awareness and pain intensity among healthy dental students. *Acta Odontologica Scandinavica*, 76(6), 387–393. <https://doi.org/10.1080/00016357.2018.1440322>
- Lung, J., Bell, L., Heslop, M., Cuming, S., & Ariyawardana, A. (2018). Prevalence of temporomandibular disorders among a cohort of university undergraduates in Australia. *Journal of investigative and clinical dentistry*, 9(3), e12341.
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.
- Maia, M. L. de M., Bonjardim, L. R., Quintans, J. de S. S., Ribeiro, M. A. G., Maia, L. G. M., & Conti, P. C. R. (2012). Effect of low-level laser therapy on pain levels in patients with temporomandibular disorders: A systematic review. *Journal of Applied Oral Science*, 20(6), 594–602. <https://doi.org/10.1590/S1678-77572012000600002>

- Manfredini, D., Bandettini di Poggio, A., Cantini, E., Dell'Osso, L., & Bosco, M. (2004). Mood and anxiety psychopathology and temporomandibular disorder: a spectrum approach. *Journal of oral rehabilitation*, 31(10), 933-940.
- Manfredini, D., Bucci, M. B., & Nardini, L. G. (2007). The diagnostic process for temporomandibular disorders. 9(2), 5.
- Manfredini, D., Guarda-Nardini, L., Winocur, E., Piccotti, F., Ahlberg, J., & Lobbezoo, F. (2011). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: A systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 112(4), 453–462. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2011.04.021>
- Manfredini, D., & Lobbezoo, F. (2010). Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: A systematic review of literature from 1998 to 2008. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 109(6), e26–e50. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.02.013>
- Manfredini, D., & Lobbezoo, F. (2021). Sleep bruxism and temporomandibular disorders: A scoping review of the literature. *Journal of Dentistry*, 111, 103711. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103711>
- Makino, M., Masaki, C., Tomoeda, K., Kharouf, E., Nakamoto, T., & Hosokawa, R. (2009). The relationship between sleep bruxism behavior and salivary stress biomarker level. *International Journal of Prosthodontics*, 22(1).
- Martins, W. R., Blasczyk, J. C., Aparecida Furlan de Oliveira, M., Lagôa Gonçalves, K. F., Bonini-Rocha, A. C., Dugailly, P.-M., & de Oliveira, R. J. (2016). Efficacy of musculoskeletal manual approach in the treatment of temporomandibular joint disorder: A systematic review with meta-analysis. *Manual Therapy*, 21, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.06.009>
- Mena, M., Dalbah, L., Levi, L., Padilla, M., & Enciso, R. (2020). Efficacy of topical interventions for temporomandibular disorders compared to placebo or control therapy: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 20(6), 337. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2020.20.6.337>

- Monaco, A., Cattaneo, R., Marci, M. C., Pietropaoli, D., & Ortu, E. (2017). Central Sensitization-Based Classification for Temporomandibular Disorders: A Pathogenetic Hypothesis. *Pain Research and Management*, 2017, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2017/5957076>
- Naeije, M., Kalaykova, S., Visscher, C. M., & Lobbezoo, F. (2009). Evaluation of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for the recognition of an anterior disc displacement with reduction. *Journal of orofacial pain*, 23(4).
- Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular: Portuguese Version Sept2017] Faria C, Coutinho FA, Resende T, Ferreira H, Gonçalves M, Gomes R, Gomes D, Pinto JC, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on August 08, 2020
- Ohrbach, R., Gonzalez, Y., List, T., Michelotti, A., & Schiffman, E. (2014). Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) clinical examination protocol. *Available online at: www.rdc-tmdinternational.org (accessed June 02, 2013)*
- Okeson, J. P. (1987). The effects of hard and soft occlusal splints on nocturnal bruxism. *The Journal of the American Dental Association*, 114(6), 788–791. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1987.0165>
- Østensjø, V., Moen, K., Storesund, T., & Rosén, A. (2017). Prevalence of Painful Temporomandibular Disorders and Correlation to Lifestyle Factors among Adolescents in Norway. *Pain Research and Management*, 2017, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2017/2164825>
- Patil, S., Yadav, N., Mousa, M., Alzwiri, A., Kassab, M., Sahu, R., & Chuggani, S. (2015). Role of female reproductive hormones estrogen and progesterone in temporomandibular disorder in female patients. *Journal of Oral Research and Review*, 7(2), 41. <https://doi.org/10.4103/2249-4987.172492>
- Paulino, M. R., Moreira, V. G., Lemos, G. A., Silva, P. L. P. D., Bonan, P. R. F., & Batista, A. U. D. (2018). Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in college preparatory students: associations with emotional factors, parafunctional habits, and impact on quality of life. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 173-186.

- Peck, C. C., Goulet, J.-P., Lobbezoo, F., Schiffman, E. L., Alstergren, P., Anderson, G. C., de Leeuw, R., Jensen, R., Michelotti, A., Ohrbach, R., Petersson, A., & List, T. (2014). Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(1), 2–23. <https://doi.org/10.1111/joor.12132>
- Pimenta e Silva Machado, L., de Góis Nery, C., Rodrigues Leles, C., Batista de Macedo Nery, M., & Okeson, J. P. (2009). The Prevalence of Clinical Diagnostic Groups in Patients with Temporomandibular Disorders. *CRANIO®*, 27(3), 194–199. <https://doi.org/10.1179/crn.2009.029>
- Rauch, A., Jahn, F., Roesner, A., Hahnel, S., & Schierz, O. (2021). Impact of the DC/TMD instructional video on the practical skills of undergraduate students—A single-blinded, randomized controlled trial. *European Journal of Dental Education*, 25(3), 435–441. <https://doi.org/10.1111/eje.12618>
- Reiter, S., Goldsmith, C., Emodi-Perlman, A., Friedman-Rubin, P., & Winocur, E. (2012). Masticatory muscle disorders diagnostic criteria: the American Academy of Orofacial Pain versus the research diagnostic criteria/temporomandibular disorders (RDC/TMD). *Journal of oral rehabilitation*, 39(12), 941-947.
- Roda, R. P., Bagán, J. V., Fernández, J. M. D., Bazán, S. H., & Soriano, Y. J. (2007). Review of temporomandibular joint pathology. Part I: Classification, epidemiology and risk factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 7.
- Rostamkhani, F., Najjaran, N. T., & Madani, A. S. (2015). The Relationship between Temporomandibular Disorders (TMDs) and Overall Denture Conditions in Complete Denture Wearers. *Temporomandibular Disorders*, 10.
- Samra, Dr. A. K., & Singh, Dr. G. (2021). Different temporomandibular joint disorders and its prevalence in complete dentures patients: An observational study. *International Journal of Applied Dental Sciences*, 7(1), 117–119. <https://doi.org/10.22271/oral.2021.v7.i1b.1127>
- Santos, L. R., Veiga, F. H., & Pereira, A. (2012). Sintomatologia depressiva e percepção do rendimento académico no estudante do ensino superior. 12º Colóquio de Psicologia, Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação, 1656-1666.

- Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J.-P., List, T., Svensson, P., Gonzalez, Y., Lobbezoo, F., Michelotti, A., Brooks, S. L., Ceusters, W., Drangsholt, M., Ettlin, D., Gaul, C., Goldberg, L. J., Haythornthwaite, J. A., Hollender, L., ... Dworkin, S. F. (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), 6–27. <https://doi.org/10.11607/jop.1151>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Srivastava, K. C., Shrivastava, D., Khan, Z. A., Nagarajappa, A. K., Mousa, M. A., Hamza, M. O., Al-Johani, K., & Alam, M. K. (2021). Evaluation of temporomandibular disorders among dental students of Saudi Arabia using Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 21(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01578-0>
- Steenks, M. H., & de Wijer, A. (2009). Validity of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis I in clinical and research settings. *Journal of orofacial pain*, 23(1).
- Steenks, M., Türp, J., & Wijer, A. (2018). Reliability and Validity of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis I in Clinical and Research Settings: A Critical Appraisal. *Journal of oral & facial pain and headache*, 32, 7–18. <https://doi.org/10.11607/ofph.1704>
- Straube, A., & Gaul, C. K. (2015). Aktueller stand von wissenschaft und therapie. *Schmerz*, 29, 510-515.
- Su, N., van Wijk, A. J., Visscher, C. M., Lobbezoo, F., & van der Heijden, G. J. M. G. (2018). Diagnostic value of ultrasonography for the detection of disc displacements in the temporomandibular joint: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 22(7), 2599–2614. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2359-4>

- Suresh Babu, L., Janarthanan Pillai, D. M., & Janardhanan, D. K. (2021). Prevalence Of Perceived Stress, Due To COVID-19 Among Faculties Of Government Dental Colleges In Kerala, India. *Cogent Psychology*, 8(1), 1978635.
- Toh, A. Q. J., Chan, J. L. H., & Leung, Y. Y. (2021). Mandibular asymmetry as a possible etiopathologic factor in temporomandibular disorder: A prospective cohort of 134 patients. *Clinical Oral Investigations*, 25(7), 4445–4450. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03756-w>
- Valesan, L. F., Da-Cas, C. D., Réus, J. C., Denardin, A. C. S., Garanhani, R. R., Bonotto, D., Januzzi, E., & de Souza, B. D. M. (2021). Prevalence of temporomandibular joint disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 25(2), 441–453. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Weiss, P., & Murdoch, D. R. (2020). Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *The Lancet*, 395(10229), 1014–1015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30633-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30633-4)
- Winocur, E., Steinkeller-Dekel, M., Reiter, S., & Eli, I. (2009). A retrospective analysis of temporomandibular findings among Israeli-born patients based on the RDC/TMD. *Journal of oral rehabilitation*, 36(1), 11-17.
- Zhao, X., Xiong, X., Sun, W., Shu, C., Gu, J., & Liu, Y. (2021). Symptoms, disc position, occluding pairs, and facial skeletal characteristics of older patients with temporomandibular disorders. *Journal of International Medical Research*, 49(2), 030006052199053. <https://doi.org/10.1177/0300060521990530>
- Zotelli, V. LR., Grillo, C. M., Gil, M. LB., Wada, R. S., Sato, J. E., & da Luz Rosário de Sousa, M. (2017). Acupuncture Effect on Pain, Mouth Opening Limitation and on the Energy Meridians in Patients with Temporomandibular Dysfunction: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 10(5), 351–359. <https://doi.org/10.1016/j.jams.2017.08.005>

VII. ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_03

Monte de Caparica, 18 de Janeiro de 2021

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projecto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Iman Bugaighis, solicita-se autorização para a participação na investigação: "Prevalência de DTM em estudantes de Medicina Dentária do Instituto Universitário Egas Moniz" com o objetivo primário de determinar a prevalência de disfunções temporomandibulares (DTM) em alunos inscritos no MIMD do Instituto Universitário Egas Moniz, e objectivo secundário a avaliação psicossocial dos mesmos, através da realização de exame clínico e preenchimento de questionários, respectivamente.

O exame clínico é constituído por um conjunto de medições intraorais e palpações extraorais na região da cabeça e pescoço. Os questionários, relativos ao objectivo secundário, são de resposta rápida, e preenchidos pelo próprio paciente examinado.

A sua participação terá uma duração de aproximadamente 15-20 minutos.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como obter informações relativas à prevalência deste tipo de disfunções, bem como aos seus possíveis fatores de risco, contribuindo assim, no progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo orientador e pelos seus mandatários. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 2 - Questionário de Sintomas (SQ)

Critérios de diagnóstico de Disfunção Temporomandibular

Exo I - C1

Questionário de Sintomas

DOR

1. Já teve dor na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido em algum dos lados? Não
Sim

Se respondeu NÃO, salte para a Pergunta 5.

2. Há quantos anos ou meses começou a apresentar dor na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido? _____ anos _____ meses

3. Nos últimos 30 dias, qual das seguintes opções melhor descreve qualquer dor que tenha sentido na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido em algum dos lados?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Sem Dor | <input type="checkbox"/> |
| Dor aparece e desaparece | <input type="checkbox"/> |
| Dor sempre presente | <input type="checkbox"/> |

Selecione UMA resposta.

Se respondeu NÃO na Pergunta 3, salte para a Pergunta 5.

4. Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades alteraram qualquer dor (isto é, aliviaram-na ou tornaram-na pior) na mandíbula, na fonte, no ouvido, ou à frente do ouvido em algum dos lados?

- | | Não | Sim |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Mastigar comida dura ou rija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Abrir a boca, ou mover a sua mandíbula para a frente ou para o lado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Hábitos com os maxilares como manter os dentes juntos, apertar/ranger os dentes, ou mascar pastilha elástica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Outras atividades com os maxilares como falar, beijar ou bocejar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BLOQUEIO DE BOCA FECHADA

9. Alguma vez teve a sua mandíbula bloqueada ou presa, mesmo que por um momento, de modo que não a abrisse NA TOTALIDADE?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu NÃO na Pergunta 9, salte para a Pergunta 13.

10. A mandíbula ficou bloqueada ou presa de modo suficientemente grave para limitar a abertura e interferir com a sua capacidade de alimentar-se?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

11. Nos últimos 30 dias, a sua mandíbula bloqueou de modo que não conseguiu abrir NA TOTALIDADE, mesmo que por um momento, tendo depois desbloqueado, de modo que a conseguiu abrir NA TOTALIDADE?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu NÃO na Pergunta 11, salte para a Pergunta 13.

12. A sua mandíbula está atualmente bloqueada ou limitada de modo que não abre NA TOTALIDADE?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

BLOQUEIO DE BOCA ABERTA

13. Nos últimos 30 dias, quando abria muito a sua boca, a mandíbula bloqueava ou prendia mesmo que por um momento de modo que não conseguisse fechá-la desta posição de grande abertura?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu NÃO na Pergunta 13 então terminou.

14. Nos últimos 30 dias, quando a sua mandíbula bloqueava ou prendia com a boca muito aberta, teve que fazer algo para a conseguir fechar incluindo descansar, mover, empurrar ou manobrá-la?
- | | | | |
|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Não | <input type="checkbox"/> | Direito | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Esquerdo | <input type="checkbox"/> |
| | | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

DORES DE CABEÇA

5. Nos últimos 30 dias, teve algumas dores de cabeça, que incluíam a zona das fontes da sua cabeça? Não
Sim

Se respondeu NÃO na Pergunta 5, salte para a Pergunta 8.

6. Há quantos anos ou meses se iniciou a sua dor de cabeça na zona da fonte pela primeira vez? _____anos _____meses

7. Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades alteraram alguma dor de cabeça (isto é, aliviaram-na ou tornaram-na pior) na zona da fonte em algum dos lados?

	Não	Sim
A. Mastigar comida dura ou rija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Abrir a boca, ou mover a sua mandíbula para a frente ou para o lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Hábitos com os maxilares como manter os dentes juntos, apertar/ranger os dentes, ou mascar pastilha elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Outras atividades com os maxilares como falar, beijar ou bocejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SONS ARTICULARES

8. Nos últimos 30 dias, teve algum som (ou sons) articular(es) quando moveu ou usou a sua mandíbula? Não Direito
Sim Esquerdo
Não sabe

Anexo 3 - Formulário de Exame Clínico DC/TMD

Date filled out (mm-dd-yyyy)

DC/TMD Examination Form																																																																																																	
<p>1a. Location of Pain: Last 30 days (select all that apply)</p> <p style="text-align: center;">RIGHT PAIN</p> <p> <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Temporals <input type="radio"/> Other m muscles <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> TMI <input type="radio"/> Non-mast structures </p> <p style="text-align: center;">LEFT PAIN</p> <p> <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Temporals <input type="radio"/> Other m muscles <input type="radio"/> Masseter <input type="radio"/> TMI <input type="radio"/> Non-mast structures </p> <p>1b. Location of Headache: Last 30 days (select all that apply)</p> <p> <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Other </p>	<p>2. Incisal Relationships</p> <p>Reference tooth <input type="radio"/> FOI #11 <input type="radio"/> FOI #21 <input type="radio"/> Other</p> <p>Horizontal Incisal Overlap <input type="radio"/> If negative <input type="radio"/> mm <input type="radio"/> mm</p> <p>Vertical Incisal Overlap <input type="radio"/> If negative <input type="radio"/> mm <input type="radio"/> mm</p> <p>Midline Deviation <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> mm</p> <p>Right Left W/A <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> mm</p>																																																																																																
<p>3. Opening Pattern (Supplemental; select all that apply)</p> <p> <input type="radio"/> Straight <input type="radio"/> Corrected deviation <input type="radio"/> Uncorrected Deviation <input type="radio"/> Right <input type="radio"/> Left </p>																																																																																																	
<p>4. Opening Movements</p> <p>A. Pain Free Opening</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Pain</th> <th>Familiar Pain</th> <th>Pain</th> <th>Familiar Pain</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. Maximum Unassisted Opening</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> </tr> <tr> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> </tr> <tr> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> </tr> <tr> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> </tr> <tr> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> </tr> </tbody> </table> <p>C. Maximum Assisted Opening</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> </tr> <tr> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> </tr> <tr> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> </tr> <tr> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> </tr> <tr> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> </tr> </tbody> </table> <p>D. Terminator? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Pain	Familiar Pain	Pain	Familiar Pain	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Temporals	Temporals	Temporals	Temporals	Masseter	Masseter	Masseter	Masseter	TMI	TMI	TMI	TMI	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Temporals	Temporals	Temporals	Temporals	Masseter	Masseter	Masseter	Masseter	TMI	TMI	TMI	TMI	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																												
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																																																																															
Pain	Familiar Pain	Pain	Familiar Pain																																																																																														
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																																																																																														
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																																																																															
Temporals	Temporals	Temporals	Temporals																																																																																														
Masseter	Masseter	Masseter	Masseter																																																																																														
TMI	TMI	TMI	TMI																																																																																														
Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc																																																																																														
Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast																																																																																														
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																																																																																														
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																																																																															
Temporals	Temporals	Temporals	Temporals																																																																																														
Masseter	Masseter	Masseter	Masseter																																																																																														
TMI	TMI	TMI	TMI																																																																																														
Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc																																																																																														
Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast																																																																																														
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																																																																																														
<p>5. Lateral and Protrusive Movements</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Pain</th> <th>Familiar Pain</th> <th>Pain</th> <th>Familiar Pain</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> </tr> </tbody> </table> <p>A. Right Lateral</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> </tr> <tr> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> </tr> <tr> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> </tr> <tr> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> </tr> <tr> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. Left Lateral</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> </tr> <tr> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> </tr> <tr> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> </tr> <tr> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> </tr> <tr> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> </tr> </tbody> </table> <p>C. Protrusion</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> <th>Temporals</th> </tr> <tr> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> <th>Masseter</th> </tr> <tr> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> <th>TMI</th> </tr> <tr> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> <th>Other M Misc</th> </tr> <tr> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> <th>Non-mast</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> <td><input type="checkbox"/> mm</td> </tr> </tbody> </table> <p>O If negative <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Pain	Familiar Pain	Pain	Familiar Pain	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Temporals	Temporals	Temporals	Temporals	Masseter	Masseter	Masseter	Masseter	TMI	TMI	TMI	TMI	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Temporals	Temporals	Temporals	Temporals	Masseter	Masseter	Masseter	Masseter	TMI	TMI	TMI	TMI	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Temporals	Temporals	Temporals	Temporals	Masseter	Masseter	Masseter	Masseter	TMI	TMI	TMI	TMI	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																																																																															
Pain	Familiar Pain	Pain	Familiar Pain																																																																																														
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																																																																																														
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																																																																															
Temporals	Temporals	Temporals	Temporals																																																																																														
Masseter	Masseter	Masseter	Masseter																																																																																														
TMI	TMI	TMI	TMI																																																																																														
Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc																																																																																														
Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast																																																																																														
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																																																																																														
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																																																																															
Temporals	Temporals	Temporals	Temporals																																																																																														
Masseter	Masseter	Masseter	Masseter																																																																																														
TMI	TMI	TMI	TMI																																																																																														
Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc																																																																																														
Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast																																																																																														
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																																																																																														
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																																																																															
Temporals	Temporals	Temporals	Temporals																																																																																														
Masseter	Masseter	Masseter	Masseter																																																																																														
TMI	TMI	TMI	TMI																																																																																														
Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc	Other M Misc																																																																																														
Non-mast	Non-mast	Non-mast	Non-mast																																																																																														
<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm	<input type="checkbox"/> mm																																																																																														

<p>6. TMI Noises During Open & Close Movements</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT TMI</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT TMI</th> </tr> <tr> <th>Examiner</th> <th>Patient</th> <th>Examiner</th> <th>Patient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Open <input type="checkbox"/></td> <td>Close <input type="checkbox"/></td> <td>Open <input type="checkbox"/></td> <td>Close <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Click <input type="checkbox"/></td> <td>Click <input type="checkbox"/></td> <td>Click <input type="checkbox"/></td> <td>Click <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	RIGHT TMI		LEFT TMI		Examiner	Patient	Examiner	Patient	Open <input type="checkbox"/>	Close <input type="checkbox"/>	Open <input type="checkbox"/>	Close <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	<p>7. TMI Noises During Lateral & Protrusive Movements</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT TMI</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT TMI</th> </tr> <tr> <th>Examiner</th> <th>Patient</th> <th>Examiner</th> <th>Patient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Click <input type="checkbox"/></td> <td>Click <input type="checkbox"/></td> <td>Click <input type="checkbox"/></td> <td>Click <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> <td>Crepitus <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	RIGHT TMI		LEFT TMI		Examiner	Patient	Examiner	Patient	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>												
RIGHT TMI		LEFT TMI																																															
Examiner	Patient	Examiner	Patient																																														
Open <input type="checkbox"/>	Close <input type="checkbox"/>	Open <input type="checkbox"/>	Close <input type="checkbox"/>																																														
Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>																																														
Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>																																														
RIGHT TMI		LEFT TMI																																															
Examiner	Patient	Examiner	Patient																																														
Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>	Click <input type="checkbox"/>																																														
Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>	Crepitus <input type="checkbox"/>																																														
<p>8. Joint Loading</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT TMI</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT TMI</th> </tr> <tr> <th>Locking</th> <th>Reduction</th> <th>Locking</th> <th>Reduction</th> </tr> <tr> <th>Patent</th> <th>Examiner</th> <th>Patent</th> <th>Examiner</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>While Opening <input type="checkbox"/></td> <td>While Opening <input type="checkbox"/></td> <td>While Opening <input type="checkbox"/></td> <td>While Opening <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wide Open Position <input type="checkbox"/></td> <td>Wide Open Position <input type="checkbox"/></td> <td>Wide Open Position <input type="checkbox"/></td> <td>Wide Open Position <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		RIGHT TMI		LEFT TMI		Locking	Reduction	Locking	Reduction	Patent	Examiner	Patent	Examiner	While Opening <input type="checkbox"/>	While Opening <input type="checkbox"/>	While Opening <input type="checkbox"/>	While Opening <input type="checkbox"/>	Wide Open Position <input type="checkbox"/>	Wide Open Position <input type="checkbox"/>	Wide Open Position <input type="checkbox"/>	Wide Open Position <input type="checkbox"/>																												
RIGHT TMI		LEFT TMI																																															
Locking	Reduction	Locking	Reduction																																														
Patent	Examiner	Patent	Examiner																																														
While Opening <input type="checkbox"/>	While Opening <input type="checkbox"/>	While Opening <input type="checkbox"/>	While Opening <input type="checkbox"/>																																														
Wide Open Position <input type="checkbox"/>	Wide Open Position <input type="checkbox"/>	Wide Open Position <input type="checkbox"/>	Wide Open Position <input type="checkbox"/>																																														
<p>9. Muscle & TMI Pain with Palpation</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Pain</th> <th>Familiar Pain</th> <th>Pain</th> <th>Familiar Pain</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1 kg)</td> <td>(1 kg)</td> <td>(1 kg)</td> <td>(1 kg)</td> </tr> <tr> <td>Temporals (posterior) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (posterior) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (posterior) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (posterior) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Temporals (middle) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (middle) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (middle) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (middle) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Temporals (anterior) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (anterior) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (anterior) <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals (anterior) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Masseter (origin) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (origin) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (origin) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (origin) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Masseter (body) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (body) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (body) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (body) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Masseter (insertion) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (insertion) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (insertion) <input type="checkbox"/></td> <td>Masseter (insertion) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TMI <input type="checkbox"/></td> <td>TMI <input type="checkbox"/></td> <td>TMI <input type="checkbox"/></td> <td>TMI <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/></td> <td>Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/></td> <td>Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/></td> <td>Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/></td> <td>Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/></td> <td>Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/></td> <td>Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Pain	Familiar Pain	Pain	Familiar Pain	(1 kg)	(1 kg)	(1 kg)	(1 kg)	Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (middle) <input type="checkbox"/>	Temporals (middle) <input type="checkbox"/>	Temporals (middle) <input type="checkbox"/>	Temporals (middle) <input type="checkbox"/>	Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>	Masseter (origin) <input type="checkbox"/>	Masseter (origin) <input type="checkbox"/>	Masseter (origin) <input type="checkbox"/>	Masseter (origin) <input type="checkbox"/>	Masseter (body) <input type="checkbox"/>	Masseter (body) <input type="checkbox"/>	Masseter (body) <input type="checkbox"/>	Masseter (body) <input type="checkbox"/>	Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>	Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>	Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>	Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>	TMI <input type="checkbox"/>	TMI <input type="checkbox"/>	TMI <input type="checkbox"/>	TMI <input type="checkbox"/>	Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>	Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>	Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>	Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>	Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>	Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>	Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>	Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																															
Pain	Familiar Pain	Pain	Familiar Pain																																														
(1 kg)	(1 kg)	(1 kg)	(1 kg)																																														
Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (posterior) <input type="checkbox"/>																																														
Temporals (middle) <input type="checkbox"/>	Temporals (middle) <input type="checkbox"/>	Temporals (middle) <input type="checkbox"/>	Temporals (middle) <input type="checkbox"/>																																														
Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>	Temporals (anterior) <input type="checkbox"/>																																														
Masseter (origin) <input type="checkbox"/>	Masseter (origin) <input type="checkbox"/>	Masseter (origin) <input type="checkbox"/>	Masseter (origin) <input type="checkbox"/>																																														
Masseter (body) <input type="checkbox"/>	Masseter (body) <input type="checkbox"/>	Masseter (body) <input type="checkbox"/>	Masseter (body) <input type="checkbox"/>																																														
Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>	Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>	Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>	Masseter (insertion) <input type="checkbox"/>																																														
TMI <input type="checkbox"/>	TMI <input type="checkbox"/>	TMI <input type="checkbox"/>	TMI <input type="checkbox"/>																																														
Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>	Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>	Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>	Lateral pole (0.5 kg) <input type="checkbox"/>																																														
Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>	Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>	Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>	Around lateral pole (1 kg) <input type="checkbox"/>																																														
<p>10. Supplemental Muscle Pain with Palpation</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RIGHT SIDE</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">LEFT SIDE</th> </tr> <tr> <th>Pain</th> <th>Referred Pain</th> <th>Pain</th> <th>Referred Pain</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(0.5 kg)</td> <td>(0.5 kg)</td> <td>(0.5 kg)</td> <td>(0.5 kg)</td> </tr> <tr> <td>Posterior mandibular region <input type="checkbox"/></td> <td>Posterior mandibular region <input type="checkbox"/></td> <td>Posterior mandibular region <input type="checkbox"/></td> <td>Posterior mandibular region <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Submandibular region <input type="checkbox"/></td> <td>Submandibular region <input type="checkbox"/></td> <td>Submandibular region <input type="checkbox"/></td> <td>Submandibular region <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/></td> <td>Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/></td> <td>Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/></td> <td>Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Temporals tendon <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals tendon <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals tendon <input type="checkbox"/></td> <td>Temporals tendon <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		RIGHT SIDE		LEFT SIDE		Pain	Referred Pain	Pain	Referred Pain	(0.5 kg)	(0.5 kg)	(0.5 kg)	(0.5 kg)	Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>	Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>	Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>	Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>	Submandibular region <input type="checkbox"/>	Submandibular region <input type="checkbox"/>	Submandibular region <input type="checkbox"/>	Submandibular region <input type="checkbox"/>	Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>	Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>	Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>	Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>	Temporals tendon <input type="checkbox"/>	Temporals tendon <input type="checkbox"/>	Temporals tendon <input type="checkbox"/>	Temporals tendon <input type="checkbox"/>																				
RIGHT SIDE		LEFT SIDE																																															
Pain	Referred Pain	Pain	Referred Pain																																														
(0.5 kg)	(0.5 kg)	(0.5 kg)	(0.5 kg)																																														
Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>	Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>	Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>	Posterior mandibular region <input type="checkbox"/>																																														
Submandibular region <input type="checkbox"/>	Submandibular region <input type="checkbox"/>	Submandibular region <input type="checkbox"/>	Submandibular region <input type="checkbox"/>																																														
Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>	Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>	Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>	Lateral pterygoid area <input type="checkbox"/>																																														
Temporals tendon <input type="checkbox"/>	Temporals tendon <input type="checkbox"/>	Temporals tendon <input type="checkbox"/>	Temporals tendon <input type="checkbox"/>																																														
<p>11. Comments</p>																																																	

Anexo 5 - Distúrbio de Ansiedade Generalizada – 7 itens (GAD-7)

Critérios de diagnóstico de Disfunção Temporomandibular

Eixo II-C5

GAD - 7

Durante as últimas duas semanas, com que frequência tem sido 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. Preocupo-me demais com diferentes coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho problemas em relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me tão inquieto que é difícil manter-me quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me facilmente irritado ou irritável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me com medo que algo de terrível possa acontecer	<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"/>
--	--	---	--

Anexo 6 - Questionário de Saúde do Paciente – 9 itens (PHQ-9)

Critérios de diagnóstico de Disfunção Temporomandibular

Eixo II-C4

Questionário de Saúde do Paciente - 9

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. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter problemas em adormecer ou continuar a dormir, ou dormir demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se cansado ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pouco apetite ou comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se mal consigo próprio - ou que é um fracasso, ou que se desiludiu a si próprio ou à sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ter problema a concentrar-se em coisas, tais como ler o jornal ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mexer-se ou falar tão lentamente que as outras pessoas possam ter reparado? Ou o oposto - estar tão agitado ou inquieto que se mexe muito mais que o normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensar que estaria melhor morto ou que quer magoar-se de alguma forma	<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"/>
--	--	---	--

Anexo 7 - Questionário de Saúde do Paciente – 15 itens (PHQ-15)

Critérios de diagnóstico de Disfunção Temporomandibular

Eixo II-C6

Questionário de Saúde do Paciente - 15: Sintomas Físicos

Durante as últimas 4 semanas, quão incomodado foi por algum dos seguintes problemas? Por favor coloque uma marca na caixa para indicar a sua resposta.

	Nada incomodado 0	Um pouco incomodado 1	Muito incomodado 2
1. Dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dores de costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dores nos braços, pernas, ou articulações (joelhos, ancas, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cólicas menstruais ou outros problemas durante o seu período (apenas para mulheres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dores no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sensação de desmaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir o seu coração a pulsar ou a bater rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dificuldades na respiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dores ou problemas durante o ato sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Obstipação, intestinos soltos ou diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Náuseas, gases ou indigestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se cansado ou com pouca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Problemas em dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTADO TOTAL = ____

Anexo 8 - Escala de Stress Percecionado – 10 itens (PSS-10)

Escala do Stresse Percecionado

Perceived Stress Scale – PSS (10 item)

Data: _____

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	1	2	3	4