

DTM E DOR OROFACIAL - DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E A IMPORTÂNCIA DE UMA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Uma abordagem multidisciplinar sobre o diagnóstico e tratamento da Disfunção Temporomandibular (DTM) e a Dor Orofacial (DOF)

1. O que o levou a enveredar por esta área?
2. Qual a prevalência e os principais fatores etiológicos da dor orofacial?
3. A oclusão é transversal a todas as especialidades na medicina dentária. De que modo contribuem as disfunções temporomandibulares para a dor orofacial?
4. Que especialidades são importantes para abordar o doente numa perspetiva multidisciplinar e conseguir uma boa comunicação?
5. Indique as DTM'S musculares e articulares mais comuns. Qual o processo de diagnóstico e plano de tratamento adequado?
6. A maioria dos doentes que recebe são encaminhados por outros colegas ou diagnosticados por si? Estes pacientes procuram diretamente esta consulta especializada ou chegam por outros motivos?
7. Quais as técnicas desenvolvidas mais recentemente para esta área?

Júlio Fonseca



Médico Dentista, Pós-Graduado em Reabilitação Oral Protética, Mestre em Patologia Experimental e aluno do Doutoramento da FMUC; Presidente da Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SPDOF) entre 2018-2021; Responsável pela consulta de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular da OrisClinic (Coimbra) e Centro Visages (Viseu).

1. A sintomatologia dolorosa orofacial é uma das causas mais comuns da procura do médico dentista. Em cerca de 10% das consultas por queixas de dor, a causa é não odontogénica. Assim a elevada "demanda" dos nossos pacientes, bem como a necessidade de estabelecer um correto diagnóstico diferencial, acabaram por me motivar a estudar e a dedicar-me exclusivamente a esta área. Para além disso, esta área tem um foco muito importante no diagnóstico, essencialmente através da história clínica, e o "método" e "pesquisa" com enfoque na relação médico/paciente sempre foi muito motivador para mim.

2. As DTM apresentam-se como uma das alterações músculo-esqueléticas mais frequentes, representando primariamente dor e incapacidade para os doentes. São consideradas a causa mais comum de dor orofacial de origem não-dentária. Nos Estados Unidos da América (EUA) apenas as DTM apresentam uma prevalência global de 5% a 15%, estando os custos anuais médios afetos a esta patologia estimados nos 4 biliões de dólares. Em adultos, a DTM é duas vezes mais prevalente no sexo feminino do que no masculino (2:1) em estudos de base populacional e 4:1 ou mais entre os casos clínicos de DTM dolorosa.

É amplamente aceite uma etiologia multifatorial que resulta de um padrão complexo de interação entre fatores sistémicos (fatores psicossociais, genéticos, hormonais e neurológicos) e fatores anatómicos (morfologia facial, micro e macrotrauma, entre outros). O resultado de várias décadas de estudos epidemiológicos sugere que o complexo padrão

fisiopatológico das DTM é influenciado tanto localmente, por fatores neuromusculares e fisiológicos relativos aos músculos mastigatórios e à anatomia da ATM, como sistemicamente, nos sistemas de regulação da dor.

3. A era dos "fatores oclusais específicos" como agentes etiológicos de DTM terminou. Não existe uma relação simples de causa e efeito que explique a associação entre oclusão e DTM. No entanto a controvérsia gerada em torno do papel dos fatores oclusais na patogénese das DTM está longe de terminar. Apesar da importância dos fatores oclusais não ser tão grande quanto se pensava, não se pode excluir totalmente este fator.

Ao longo dos anos foram publicados inúmeros estudos, apresentando dados a favor, contra ou até dados incongruentes e duvidosos. Em resumo, pode concluir-se que, algumas associações significativas entre as variáveis oclusais e a DTM foram ocasionalmente descritas, mas não são consistentes entre os estudos (ou seja, relatadas na maioria das pesquisas), pelo que os clínicos são encorajados a abandonar o antigo paradigma gnatólógico na prática de DTM.

Parece claro que muitas má-oclusões específicas são comumente encontradas na população livre de sintomas e que os fatores oclusais devem ser encarados como cofatores, a ser avaliados e tidos em conta, mas não como causas diretas.

Para entender o papel da oclusão na DTM, o clínico deve compreender os muitos fatores que podem influenciar a função deste sistema complexo. Em consequência, a abordagem oclusal não deve ser entendida e encarada para tratamento ou prevenção das DTM.

4. As DTM e a DOF são variadas como entidades nosológicas, multifatoriais e podem ser objeto de tratamentos muito variados, também por esse motivo. Nos dias de hoje é internacionalmente aceite que este grupo de patologias deva ser abordada por uma equipa multidisciplinar, liderada pelo médico dentista e complementada pelo fisioterapeuta,

entre outros profissionais que, dependendo do caso, da sua gravidade/complexidade e da existência de comorbilidades, poderão ter um contributo a dar (como a cirurgia maxilo-facial, a reumatologia, a psicologia e a psiquiatria, a neurologia entre outras).

Na Orisclinic há muito tempo que instituímos uma abordagem multidisciplinar, em que frequentemente o paciente é observado conjuntamente por mais do que um profissional, dentro do mesmo espaço físico, partilhando uma linguagem e uma perspetiva de abordagem comum. A comunicação só é eficaz se todos os profissionais dominarem um conjunto de conhecimentos relativos à sua área de atuação sobre determinada patologia, partilharem uma linguagem comum, e transmitirem adequadamente essa informação através do processo clínico. Assim, como estamos todos dentro do mesmo espaço físico, isso agiliza a comunicação. A qualidade dos registos clínicos também é essencial, visto que dessa forma, quando essa informação é transmitida entre profissionais, quanto mais completa estiver melhor será a compreensão de todos.

5. As DTM musculares mais comuns são a mialgia localizada e a dor miofascial. No campo articular teremos por sua vez a artralgia e os deslocamentos disciais.

Os tratamentos sugeridos para as DTM variam bastante entre um grande espectro de modalidades. Na verdade, nenhum tratamento é universalmente eficaz para todos os pacientes em todos os momentos. A seleção do tratamento mais eficaz inicia-se com uma compreensão profunda do distúrbio e da sua etiologia. É essencial conhecer os vários tipos de tratamento (e os distúrbios musculares e articulares tratam-se de forma distinta) para lidar de maneira eficaz com os sintomas, assim como a adequada evidência científica que os deve suportar para cada indicação. O tratamento conservador e não invasivo é considerado como o de eleição numa fase inicial, dado que a sintomatologia é habitualmente reduzida através da utilização conjunta de goteiras oclusais, fisioterapia e medicação.

6. A maioria dos doentes que recebo são encaminhados por colegas, de várias especialidades (desde a medicina dentária à neurologia, passando pela ORL e CMF). Muitas das vezes existe uma suspeita de DTM ou DOF, embora ainda não exista um diagnóstico definitivo, que depois só é feito na consulta.

No meu caso específico os pacientes já vêm direcionados para a minha consulta, muitas vezes referenciados por colegas com um diagnóstico provisório. No entanto também é comum consultarmos pacientes por outros motivos (reabilitações protéticas ou ortodónticas por exemplo) e detarmos a necessidade de uma avaliação cuidada em termos de DTM e DOF, pois o paciente poderá muitas vezes apresentar sinais e sintomas (frequentemente sub-clínicos) relevantes.

7. Não existem técnicas muito “recentes” utilizadas na abordagem dos pacientes com DTM. No entanto existem algumas vias de investigação que poderão ser promissoras das quais destacaria o estudo do genoma e dos fatores genéticos potencialmente envolvidos, por forma a permitir identificar os pacientes e os fatores de risco para desenvolver ou cronificar uma DTM.

Carlos Miguel Marto



Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC); Assistente Convidado, FMUC; Aluno de doutoramento, FMUC; Pós-graduado em Acupuntura em Medicina Dentária e em Investigação Biomédica, FMUC; Investigador no Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR).

7. A acupuntura não é uma prática recente, sendo utilizada pela Medicina Tradicional Chinesa há milénios. No entanto, a sua utilização na medicina ocidental e sobretudo na medicina dentária iniciou-se de forma clara apenas na segunda metade do século XX, tendo vindo a expandir-se desde então.

A incorporação da acupuntura na medicina ocidental, deu origem ao conceito de acupuntura médica, que define uma acupuntura contemporânea e que incorpora conhecimentos de anatomia, fisiologia, entre outros.

Os bons resultados obtidos pela acupuntura no tratamento de várias patologias são reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que a indica no tratamento de mais de 60 patologias, nas quais se incluem a dor orofacial (incluindo distúrbios craniomandibulares), dor em medicina dentária (incluindo dor dentária e disfunção temporomandibular (DTM)) e outras patologias associadas como enxaqueca e dor na região cervical (em Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trial, OMS).

De facto, a utilização da acupuntura no tratamento de DTM e dor orofacial, são as aplicações mais relatadas e com maior sucesso na medicina dentária. Dentro da sua aplicação nestas patologias, a acupuntura promove vários efeitos de interesse.

O efeito analgésico possibilita uma diminuição da sensação de dor, contribuindo para o conforto do doente. Este efeito está associado a uma outra vantagem, como a diminuição ou eventual eliminação da necessidade de utilização de fármacos. O efeito anti-inflamatório localizado encontra-se bem descrito, com a libertação de mediadores anti e pró-inflamatórios, contribuindo para reduzir a inflamação local.

A acupuntura apresenta também efeito de relaxamento muscular, que pode ser explorado quer a nível local nos músculos mastigadores, quer a nível sistémico em cadeias musculares associadas, como os músculos da região cervical ou fâscias musculares cranianas. Quando existentes, a resolução de pontos-gatilho musculares é um fator importante no tratamento da DTM, sendo que estes são fatores precipitadores e perpetuantes da patologia. Ao mesmo tempo o relaxamento muscular permite ultrapassar outras situações associadas à DTM, como por exemplo o trismus ou as enxaquecas de causa muscular.

Por último, o efeito calmante sistémico, atuando no sistema nervoso, permite uma redução da ansiedade nestes doentes, contribuindo para o sucesso terapêutico.

Assim, após o correto diagnóstico da patologia por parte do médico dentista, deve ser avaliada a vantagem na utili-

zação de acupuntura, e sempre que se considere vantajoso, esta deve ser incluída num plano de tratamento abrangente, com as vantagens já indicadas.

Conclui-se então que a acupuntura apresenta grande interesse no tratamento da DTM e dor orofacial, devendo estar integrada nas opções terapêuticas disponíveis para o tratamento destas patologias.

Marco António Loureiro



Mestrado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC); Assistente Convidado das disciplinas de Reabilitação Oclusal e Fisiologia do Sistema Estomatognático do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC desde 2015; Assistente Convidado da disciplina de Reabilitação Oclusal da Pós-Graduação em Reabilitação Oral Protética da FMUC desde 2015; Pós-Graduado em Acupuntura Médica Dentária pela FMUC.

1. O desafio diagnóstico e a gratificação dos doentes. Foi por isso que, quando a Sra. Professora Maria João Rodrigues me abordou para integrar a sua equipa aceitei de bom grado. É desafiante e estimulante tratar um doente com dor orofacial.

2. Importa desde logo “separar as águas” e referir que existe dentro da dor orofacial aquela que é odontogénica e a dor orofacial não-odontogénica. Ao passo de que na primeira, temos um factor etiológico bem definido envolvendo um ou vários dentes, na segunda poderemos ter “dores nos dentes” e não só. Esta dor pode abranger parte da face e/ou cavidade oral, envolvendo os mais diferentes componentes do sistema estomatognático e muitas das vezes é crónica, multifactorial, complexa e debilitante.

3. Resgatando a natureza multifactorial da dor orofacial e das disfunções temporomandibulares, a oclusão e a relação das arcadas dentárias mantém a sua importância no diagnóstico e tratamento, embora não de forma exclusiva na maioria dos casos, como já foi comprovado por factos científicos. Contudo, é uma das “fatias do bolo” e não podemos negar a importância do seu contributo, a título de exemplo, nas regras de elaboração de goteiras oclusais em CAD/CAM.

4. Como referi, a dor odontogénica faz parte da dor orofacial e é indiscutível a necessidade da avaliação médico-dentária. Mas para comunicarmos, temos todos de falar a mesma língua e é de salientar o crescente interesse nesta área, que leva colegas das mais diferentes especialidades a comunicar entre si e a relatar os seus desafios e dificuldades.

6. Felizmente, a maioria dos doentes são referenciados, numa fase precoce, embora ainda receba doentes que passaram por diferentes áreas sem um diagnóstico para a sua dor. A dedicação cada vez maior a esta área trouxe-me doentes com patologias relativamente raras numa prática generalista. Tal acontecimento, levou a que tivesse de estudar e observar o caso clínico, para além do que muitas vezes pensamos ser a causa. Acredito que a nossa especialização só traz benefícios para o doente.

7. No que se refere à tecnologia, referi anteriormente as goteiras oclusais elaboradas por técnicas de CAD/CAM. O facto de fazermos um tratamento com menos imprecisões, sem

a existência de monómero residual, com ajustes em cadeira muito reduzidos e uma enorme estabilidade do material – e se quisermos, sem sequer requerer impressões, bastando usar um scanner intra-oral e enviar para o laboratório. Para mim é um privilégio poder contar com uma equipa laboratorial que já há alguns anos me permite entregar aos meus doentes aquilo que a tecnologia de melhor oferece.

Paula Moleirinho Alves



Doutoranda na FMH; Especialista em Fisioterapia; Mestre em Reabilitação Neurológica - especialidade para fisioterapeutas; Pós-Graduada em Oclusão, DTM e Dor Orofacial; Pós-Graduada em Fisioterapia Cervico-Crâneo-Mandibular; Prática privada em Dor Orofacial e DTM desde 2009; Docente na ESSEM desde 2007.

1. A especialização nesta área resultou de uma necessidade pessoal, uma vez que eu tenho Disfunção Temporomandibular (DTM), e durante a manifestação dos primeiros episódios não encontrei respostas que me permitissem controlá-los. Esta ausência de soluções conduziu-me na procura de estratégias de intervenção e à descoberta desta área da fisioterapia. Contudo o que me fez ficar foi o privilégio, de pela primeira vez, ter integrado uma equipa multidisciplinar onde os resultados atingidos são muito superiores aos obtidos quando se trabalha individualmente.

2. A dor orofacial é bastante comum e pode ter diferentes causas fisiopatológicas como a DTM, a nevralgia do trigémeo, as cefaleias, causas odontogénicas e traumáticas ou as dores faciais idiopáticas persistentes. Muitas destas causas podem apresentar etiologias multifatoriais.

3. Enquanto fisioterapeuta a oclusão não é a minha área de intervenção, contudo aquilo que atualmente a literatura científica nos indica é que a oclusão não é um fator determinante para a dor orofacial, pode em situações específicas ser considerada um fator de risco, mas na maioria das vezes o aparecimento de sintomas resulta de um somatório de fatores predisponentes e não apenas de fatores isolados.

4. Esta é definitivamente uma área em que a abordagem deve ser multidisciplinar e que deve incluir para além da fisioterapia, a medicina dentária, a otorrinolaringologia, a cirurgia maxilo-facial, a neurologia, a psiquiatria, a fisioterapia e a psicologia. Os profissionais, devem sempre que possível, comunicar entre si pessoalmente e quando relevante devem ser realizadas reuniões de equipa.

5. As DTMs musculares mais comuns são as mialgias e as articulares são os deslocamentos anteriores de disco, a osteoartrose e a osteoartrite. No que concerne ao tratamento da fisioterapia, a evidência científica existente neste momento mostra-nos que a melhor abordagem é a multimodal que se centra na tríade educação, exercícios terapêuticos e terapia manual.

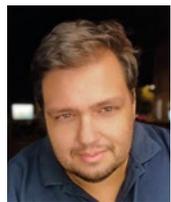
6. O diagnóstico é sempre médico, uma vez que o diagnóstico em fisioterapia é sempre funcional e não fisiopatológico. Os pacientes que chegam são sempre encaminhados por outras especialidades, sendo na maioria das vezes por medicina dentária.

Atualmente já existem doentes que chegam direcionados para a consulta de dor orofacial, contudo, ainda exis-

tem muitos pacientes a procurar outras especialidades como a medicina dentária, a otorrinolaringologia e a neurologia, uma vez que os sintomas são muito variados e podem incluir otorrinolaringologia, dor numa peça dentária, cefaleia, limitação da abertura bucal entre outros. Nestes casos são as especialidades, que após avaliação, procedem ao encaminhamento para a consulta de dor orofacial. Contudo, continua a haver a necessidade de realizar uma divulgação junto de todos os profissionais de saúde.

7. Na área da fisioterapia não se pode falar na inovação de técnicas, mas sim nos conhecimentos que a evidência nos trouxe sobre o papel do sistema nervoso central na área dos mecanismos de dor, e sobre a relevância do sono, dos exercícios e da educação para o seu controlo. A evidência atual sobre dor crónica indica-nos que a mesma se encontra muito mais relacionada com o processamento da informação nociceptiva do que com o estado periférico dos tecidos, o que constitui uma importante mudança de paradigma.

André Mariz



Licenciatura em Medicina Dentária pelo ISCEM; Mestrado em Medicina Dentária pelo ISCEM; Doutorando na Universidade de Granada; Assistente na Disciplina de Reabilitação Oral I e II da licenciatura de Medicina Dentária e do mestrado integrado em Medicina Dentária na disciplina de Dor Orofacial e ATM no ISCEM, desde 2005; Professor assistente do Curso internacional em Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial Lisboa/Brasil - Facsete /Ciodonto; Autor e co-autor de diversos artigos científicos/trabalhos publicados em revistas/congressos nacionais e internacionais; Conferencista e docente de cursos nas áreas da Prosdontia, Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular; Prática clínica exclusiva em Dor Orofacial, no Centro Clínico SAMS/SIBS.

1. A minha entrada na área da DTM foi totalmente ocasional, houve um convite do regente da cadeira de DTM quando acabei o curso e foi paixão imediata. Desde aí, esta área tem sido sem dúvida, uma das mais fascinantes da medicina dentária para mim.

É uma área de grande intensidade, onde lidamos com dor, com doentes que por vezes têm dor há anos sem perceberem o porquê e pacientes com fortes limitações nas funções mais básicas da ATM como comer, sorrir ou bocejar. É igualmente uma área que tem experienciado uma evolução incrível durante estes cerca de 20 anos de trabalho com a enorme vantagem de trabalharmos com inúmeras especialidades, o que sendo médico dentista, nos torna menos solitários e parte de uma grande equipa.

2. Quando falamos de dor orofacial temos de ter noção que estamos a falar de uma área enorme que vai desde uma simples dor de dentes até à neuralgia de trigémio ou à DTM. Se organizarmos as causas de dor orofacial, permitam-me sugerir o capítulo inicial do segundo livro da Sociedade Portuguesa de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular, onde adaptamos o esquema da Professora Joanna Zakrzewska que organiza as causas de dor orofacial em idiopáticas, vasculares, musculo esqueléticas, neuropática e dores de cabeça primárias. Normalmente falamos de etiologia multifatorial, sendo que a nível de prevalência é bastante variável dependendo do tipo de dor, mas é bastante fre-

quente e acreditamos que lidamos por vezes com subdiagnósticos.

3. Este é talvez um dos temas mais polémicos e apesar de estar já amplamente publicado e provado que a etiologia da DTM é multifatorial e que a oclusão representa um fator de agravante menor, continua a ser muitas vezes usada a justificação da má oclusão para culpar o aparecimento da DTM. Temos de ter noção que temos muita gente com uma oclusão longe da ideal sem qualquer tipo de disfunção e muita gente com uma oclusão aparentemente ideal com problemas graves de oclusão, como tal é importante perceber que temos fatores predisponentes, agravantes e perpetuantes e é o equilíbrio destes que interfere com a DTM.

4. Eu tenho a sorte de trabalhar com equipas multidisciplinares em permanência, posso dizer que é imprescindível para mim trabalhar com um fisioterapeuta em permanência. A nível de outras especialidades, tenho o privilégio de estar em serviços hospitalares onde fazemos reuniões de serviço, onde me articulo com a psicologia, psiquiatria, anestesia, neurologia, fisioterapia, otorrinolaringologia, cirurgia maxilo-facial ou reumatologia.

5. Quando falamos de DTM articular falamos essencialmente de patologias e de disfunções intrarticulares com deslocamento de disco com ou sem redução, com ou sem bloqueio, que poderão ou não estar associada a patologia degenerativa com ou sem dor.

AS DTM musculares mais comuns são as mialgias que são usualmente locais mas em casos de alteração de sensibilização central usualmente, mas que, em casos de alteração de sensibilização central, se transforma em dor miofascial. O diagnóstico é essencialmente baseado em entrevista e exame clínico, podendo recorrer a algum tipo de exame imagiológico.

6. Uma vez que me dedico em exclusivo a DTM, dor orofacial e sono, os meus doentes são praticamente todos reencontrados por colegas, aliás é outra forma de trabalhar em equipa, com os inúmeros médicos dentistas, cirurgiões maxilo faciais, estomatologistas, médicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala entre outros que me encaminham doentes, e os mesmos são reencontrados após estarem controlados da sua disfunção. É um privilégio e um motivo de orgulho este trabalho em equipa e esta confiança extrema no meu trabalho pelos meus pares e profissionais de saúde que me enviam doentes de vários sítios.

Com o aumento do acesso à informação sobre a temática da dor orofacial e DTM a nível dos media e redes sociais, existem já muitos doentes que chegam diretamente para a consulta de disfunção temporomandibular, de bruxismo ou mesmo dor e infelizmente, somos muitas vezes ainda o fim da linha. Quando chegam até nós, já foram a otorrinolaringologia, neurologia, medicina dentária ou medicina geral e familiar. É importante reforçar a informação sobre esta área junto das especialidades da área da saúde e junto dos doentes.

7. Neste momento, a nível de inovação, podemos falar sobre dois grandes campos que é a aplicação da terapia comportamental na dor orofacial e disfunção temporomandibular, através da utilização de uma série de aplicações de telefone que monitorizam a dor ou hábitos como o bruxis-

mo, contribuindo para evitar o agravamento da patologia ou aumentar a perceção do real estado do doente.

O intensificar do trabalho multidisciplinar real foi outro grande campo onde houve uma inovação. Só recentemente foram criadas equipas funcionais de profissionais de saúde que permitiram que técnicas que estavam separadas pudessem ser usadas de uma forma altamente eficaz para o doente, tais como a viscosuplementação com ácido hialurónico juntamente com a fisioterapia de manipulação mandibular. As duas separadas são úteis, mas juntas exponenciam o resultado para o doente e isto é inovador.

Ricardo Santos



Terapeuta da Fala no Hospital Privado da Trofa, SA e no Hospital CUF, Porto. Professor Adjunto Convidado na ESS do Porto. Professor Convidado em Pós-Graduações nas áreas da Ortodontia e Cirurgia Ortognática. Especialista em Terapia e Reabilitação. Comissão Científica da SPDOF.

1. Essencialmente o trabalho de proximidade e integrado com a medicina dentária em diferentes áreas de atuação como a odontopediatria, a ortodontia e a prostodontia. Foi uma necessidade que sentimos no trabalho interdisciplinar e que nos permitiu prestar cuidados especializados e diferenciados. Obviamente que o desafio de trabalhar nesta área constituiu, por si só, uma motivação para uma melhor compreensão da etiologia multifatorial e fisiopatologia da disfunção temporomandibular (DTM) e dor orofacial.

2. A articulação temporomandibular (ATM) é uma das articulações mais complexas e desempenha um papel fundamental em funções como mastigação, fonação e deglutição, de relação direta com as áreas de intervenção da terapia da fala. As alterações na ATM podem ter uma multiplicidade de manifestações, de cariz músculo-esquelético e neuromuscular. A sua etiologia está comumente associada a alterações oclusais, posturais, hábitos parafuncionais, situação emocional (stress e ansiedade), alterações articulares e do disco (entre outras). Quanto à prevalência, com base na casuística clínica, é mais frequente no género feminino e sobretudo entre os 20 e os 40 anos. Do ponto de vista clínico e de investigação ainda não existe um consenso quanto à etiologia da DTM. De facto, raramente uma condição clínica de DTM (sinais e sintomas) se associam a uma só etiologia. Como exemplo, é frequente pacientes com DTM terem associadas perturbações ao nível do sono e parafunções na vigília.

3. O modelo de diagnóstico da dor orofacial e DTM deverá ser o modelo biopsicossocial, pelo que a par dos fatores biológicos (como oclusão dentária) deverão ser considerados outros fatores, como os psicológicos e sociais. Assim, as teorias meramente 'mecanicistas' tornam-se redutoras para a realização de um diagnóstico adequado da situação clínica do paciente. Um diagnóstico adequado passará por uma abordagem interdisciplinar no momento da compreensão e definição da sua fisiopatologia. A comunicação efetiva entre as diferentes valências que atuam nesta condição (medicina dentária, fisioterapia, terapia da fala, cirurgia maxilo-facial, entre outras) irão fomentar um diagnóstico diferencial mais adequado.

4. Sendo uma alteração multifatorial e complexa, as áreas clínicas com possibilidade de atuação neste domínio são também diversas e podem passar pela medicina dentária, fisioterapia, cirurgia maxilo-facial, terapia da fala, psicologia, reumatologia, medicina do sono, otorrinolaringologia, entre outras. Uma boa comunicação consegue-se pela partilha de um mesmo 'código' (terminologia, provas de avaliação, entre outros) e a definição de canais de comunicação eficazes, tendo sempre o paciente no fulcro deste sistema.

5. No diagnóstico das DTM's é fundamental a recolha de uma história clínica abrangente e relacionar esses aspetos com a queixa do paciente e sinais e sintomas relatados e observados pelo exame clínico. De forma a uniformizar os critérios de diagnóstico e facilitar a comunicação entre os diferentes profissionais, é fundamental a utilização de sistemas de categorização e índice dos sinais e sintomas, como o DC/TMD ou RCD/TMD. O tratamento adequado será aquele que melhor identificar e compreender os fatores etiológicos predisponentes, iniciadores e perpetuantes do paciente. Deverá idealmente contemplar a consciencialização e educação do paciente para a sua condição, auto-cuidados, terapia cognitivo-comportamental (de forma direta e/ou indireta), fisioterapia, terapia miofuncional orofacial, terapêutica farmacológica, dispositivos de oclusão e cirurgia. Ao nível da terapia da fala, a intervenção inclui a realização de atividades terapêuticas miofuncionais, com o principal objetivo de reeducar e equilibrar os músculos orofaciais, assim como promover uma adequada realização das funções orofaciais, nomeadamente mastigação, deglutição e fonação. O contributo desta abordagem foca-se na redução da sobrecarga associada a compensações e adaptações miofuncionais que atuam como fatores perpetuantes e/ou agravantes da DTM, assim como muitas vezes inclui procedimentos para ajuste da amplitude mandibular na realização das funções orofaciais que são inerentes à reabilitação nestes casos, sendo este o fator diferencial da atuação da terapia da fala nesta área.

6. A maior parte dos casos são encaminhados pelos colegas de medicina dentária, embora existam muitos casos cuja identificação inicial é efetuada em terapia da fala, muitas vezes pacientes ortodônticos ou com problemas vocais, por dissonância de tensão músculo-esquelética.

Verifica-se uma procura crescente da consulta específica de dor orofacial e DTM, embora isto não se verifique na maioria dos casos.

Eduardo Januzzi



Doutor em Saúde Baseada em Evidências e mestre em DTM e Dor Orofacial (Escola Paulista de Medicina. UNIFESP), Médico dentista e Mestrado Integrado em Medicina Dentária pela Faculdade Egas Moniz – Lisboa Portugal, especialista em DTM e Dor Orofacial (CFO. Brasil), especialista em Prótese Dentária e em Periodontia (APCD. Bauru), especialista em Saúde Baseada em Evidência (Hospital Sírio Libanês – SP), extensão em Dor orofacial, DTM e oclusão (UMD- New Jersey – USA), coordenador de cursos de pós-graduação em DOF / DTM e Implantodontia (Faculdade Ciodonto . MG . Brasil), coordenador do ambulatório de Dor orofacial, DTM e Cefaléias (CETRO. MG. Brasil), Consultor Científico da Signo Vinces (Sistemas de Implantes Dentais: Brasil e Europa), ITI member, Membro da IASP – International Academy for Study of Pain, Membro do Comitê de Dor Orofacial da Sociedade Brasileira de Cefaléias, Sócio fundador da

SBD OF (Sociedade Brasileira de Dor Orofacial), Membro do Board editorial do International Journal of Clinical Anesthesiology, Membro do Board editorial do Journal of Anesthesia & Perioperative, Membro do Board editorial do Journal of SciTz Dentistry: Research & Therapy Management, Membro do Board editorial of the Journal of Oral Health and Dental Care , Membro do Board editorial do Journal of Cosmetology & Oro Facial Surgery, Membro do Board editorial do Journal of Anesthesia-Intensive care and pain therapy. Tradutor e revisor científico do livro texto "Clinical Management of TMD and OFP" – Richard A. Pertes and Sheldon G. Gross), Sócio Honorário e membro correspondente no Brasil da Sociedade Portuguesa de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular, Responsável pelo do Núcleo de Dor Orofacial e DTM do Serviço Mais Saúde do Hospital Mater Dei – Belo Horizonte – MG, Pesquisador internacional e membro do CIEM (Centro de investigação internacional da Faculdade Egas Moniz – Lisboa – Portugal. Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, conferencista no Brasil e exterior.

1. A disfunção temporomandibular e a dor orofacial é uma área (especialidade) da medicina dentária que faz uma ampla interface com diversas especialidades da própria medicina dentária, como também da área médica. Esta característica, faz com que possamos ajudar os indivíduos que são afetados por estas condições no segmento orofacial (dores crónicas, cefaleias, limitações funcionais, alterações do sono, bruxismo, doenças que acometem a articulação temporomandibular, dores neuropáticas, entre outras tantas condições) melhorando e controlando alterações importantes no sistema mastigatório, dores na região da face e da coluna cervical (pescoço), amenizando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida destes indivíduos. Além disso, devido à sua grande abrangência de atuação, faz com que seja um desafio intelectual aos que a ela se dedicam, possibilitando uma ampla atuação na prática clínica, tornando o nosso dia a dia neste fascinante e apaixonante campo, extremamente rico e gratificante. Foi por esta razão que enveredei por esta área e continuo apaixonado por ela.

2. As dores orofaciais de maior prevalência na região da cabeça e pescoço, são as cefaleias, odontalgias e DTM (Disfunção Temporomandibular).

Como fator etiológico, sabemos que as cefaleias primárias como a migrânea e a cefaleia do tipo tensional, classificadas como primárias, onde a cefaleia é a própria doença e não surge de outra doença principal, como tumores, aneurismas, e até mesmo condições mais simples como a própria odontalgia, é classificada como uma alteração neurovascular de causa genética, e predominante no sexo feminino. As odontalgias acontecem na sua maioria por lesões de cárie, mas também por outros fatores como por exemplo o trauma excessivo, exercido pelo bruxismo do sono e/ou de vigília.

A DTM é uma alteração musculoesquelética, que pode afetar a articulação temporomandibular, a musculatura mastigatória e estruturas associadas como a coluna cervical. É de ressaltar que esta é responsável por muitas dores referidas na face, incluindo cefaleia (secundária) o que exige um diagnóstico diferencial importante. Quanto à sua etiologia, sabemos que é multifatorial e apresenta diversos fatores de risco, tais como os distúrbios do sono, bruxismo, laxidão ligamentar, macrotraumas, doenças sistémicas (como as reumáticas), doenças degenerativas como a osteoartrite e a osteoartrose, aspectos psicológicos (ansiedade, depressão dentre outros transtornos) e a própria predisposição genética à dor crónica (Fibromialgia e Dor Miofascial por exemplo)

e algumas condições oclusais, classificadas como oclusão de risco para DTM. Todos estes aspetos, tornam-na extremamente complexa, exigindo do profissional o entendimento destes fatores, podendo ser classificados como de risco, como também agravantes.

3. Sabemos que a obtenção de uma oclusão ideal ou funcional é objetivo de muitas especialidades da medicina dentária, como por exemplo a ortodontia, a prótese, a reabilitação oral, a dentisteria, entre outras.

Os anos 80 e 90, foram marcados dentro da medicina dentária, como sendo a oclusão o principal fator responsável pela origem de uma DTM. Este conceito ainda tem um forte impacto na formação de profissionais não especialistas em DTM, causando muitas vezes abordagens indevidas, as quais buscam o tratamento da DTM através de mudanças na posição dentária e/ou na superfície oclusal dos dentes.

Com a evolução das pesquisas e o conhecimento da análise crítica dos estudos através da prática baseada em evidência, sabemos hoje que a oclusão tem o seu papel, restrito a condições bem definidas e bem estabelecidas, classificadas como oclusão de risco para DTM. Este é um ponto importante para ser bem esclarecido às especialidades afins, de modo a evitar tratamentos iatrogénicos para o controle da DTM através da oclusão, como é o caso do ajuste oclusal por desgaste seletivo, de indicações da medicina dentária para prevenir ou tratar DTM, e até mesmo abordagens cirúrgicas com o mesmo objetivo. Considero este um importante e ainda desafiador papel para nós especialistas na área, para levar este entendimento aos profissionais das diversas especialidades.

Por esta razão, um diagnóstico correto, através de etapas bem estabelecidas de avaliação do paciente e da sua história, um exame físico intra e extra oral adequados, ainda são os passos mais importantes para proporcionar uma definição quanto às melhores e mais adequadas intervenções para cada paciente. Em suma, a seleção da melhor intervenção, inicia-se pela seleção adequada do paciente através do diagnóstico correto, o que proporcionará o sucesso do tratamento.

4. Dentro do modelo atual de diagnóstico e tratamento da DTM e dor orofacial, é importante o profissional compreender a necessidade de uma equipa multi e interdisciplinar neste contexto. Costumo dizer que é a doença que define qual é o profissional que irá ser o seu aliado e a direção para a interdisciplinaridade necessária. Importante aqui é ter uma equipa homogénea que tenha a mesma formação e o mesmo olhar para o paciente, ou seja, o mesmo entendimento da doença e das possibilidades de controlo. Isso facilita não só a comunicação durante todo o tratamento, mas a contribuição máxima de cada especialidade para o sucesso do tratamento, evitando abordagens divergentes e até mesmo contraditórias.

As principais especialidades para uma adequada e completa equipa multidisciplinar são a medicina dentária, a fisioterapia, a terapia da fala, a neurologia e a cefaliatria, a reumatologia, a otorrinolaringologia, a medicina do sono, a psicologia e a psiquiatria. Cabe aqui destacar que, cada profissional, requer uma capacitação e formação específica em dor orofacial e DTM, de forma a compreenderem adequadamente esta ampla e complexa área.

5. As DTM musculares são classificadas de acordo com alguns critérios de classificação, como por exemplo o da Academia Americana de dor orofacial (AAOP), em agudas e crônicas. Existem critérios de classificação voltados para a pesquisa clínica como o DC e o RDC, instrumentos validados de forma a minimizar o caminho dos seus resultados.

Para uma prática clínica de excelência, adoto a classificação da AAOP, por ser didática e atender de forma adequada o raciocínio clínico para o diagnóstico.

Desta forma as DTM agudas, são classificadas em mialgia local, co-contracção, miosite e mioespaço. Já as DTM crônicas, são classificadas em dor miofascial, fibromialgia e contraturas. Pode ainda fazer parte desta classificação, a mialgia mediada centralmente.

O processo de diagnóstico deve compreender o conhecimento da história do paciente, através de um questionário inicial onde o paciente tem a oportunidade de preencher antes da consulta, ainda na recessão, de forma a compreender a importância das perguntas e complexidade do problema. Em seguida, deve ser realizada uma avaliação do paciente, compreendendo o exame físico intra e extra oral e obedecendo as etapas de avaliação do paciente, para proporcionar uma avaliação ordenada e compreensiva. Exames complementares de imagens, para avaliação do sono como a polissonografia, ou provas laboratoriais, podem fazer parte desta avaliação, para se estabelecer o diagnóstico correto. O uso de aplicações para smartphones, também podem ser válidos para ajudar no processo de diagnóstico. É preciso deixar claro que para tudo isto, é necessária uma boa capacidade de avaliação e treino.

Quanto ao tratamento, este vai depender do diagnóstico e do grau da doença. Podemos adotar tratamentos conservadores (goteiras, fisioterapia, fármacos, orientações, tratamento cognitivo – comportamental, etc.), tratamentos minimamente invasivos (viscosuplementação, artrocentese, artroscopia) ou até mesmo tratamentos invasivos, como a cirurgia da ATM.

6. Trabalho há mais de 30 anos nesta área, realizo consultas clínicas e cursos de formação, participo em pesquisas clínicas e publicações e tenho na minha prática clínica ambas as situações, ou seja, recebo pacientes encaminhados por diversos profissionais, como também identifico e realizo o diagnóstico de pacientes da minha prática privada.

Existem ambas as situações.

Chegam muitos pacientes encaminhados por outros profissionais e também aqueles que procuram na internet ou até mesmo pela indicação de pacientes que se encontram em tratamento e fazem a indicação.

Existem ainda, pacientes que chegam por outros motivos e que identificamos durante uma primeira consulta, ao examinar o sistema mastigatório, ou até mesmo na anamnese e recolha da história clínica.

7. A investigação clínica e as pesquisas clínicas e as publicações atuais, têm-nos ajudado muito a melhorar as nossas opções terapêuticas e também o diagnóstico.

A medicina do sono, com exames que vieram melhorar o diagnóstico e a compreensão da fisiopatologia, como a sono endoscopia, o melhor entendimento e interpretação do diagnóstico por imagens, a melhoria dos dispositivos para tratar a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) vie-

ram elucidar de forma relevante a Inter-relação do sono com os pacientes de DTM e DOF.

No controlo das DTM articulares, a técnica da Viscosuplementação da ATM com o hialuronato de sódio, um derivado do ácido hialurónico, veio mudar radicalmente a forma de tratar as alterações degenerativas, assim como as alterações biomecânicas da ATM, relacionadas ao disco articular.

No que se refere as DTM musculares, as novas perspectivas da toxina botulínica na dor crónica e na migrânea crónica, vieram ampliar o nosso leque de intervenções em pacientes crónicos de difícil tratamento. Os novos fármacos para a dor crónica, como os antidepressivos duais, e as novas substâncias que atuam na CGRP (Proteína do Gene relacionada à calcitonina) para a migrânea crónica, vieram enriquecer o nosso arsenal farmacológico e viabilizar uma melhoria significativa na qualidade de vida, como também minimizar o impacto na dor e sofrimento destes indivíduos.

A era digital, com saneamento intra oral e a confecção de goteiras através de sistemas computadorizados, como o CAD/CAM, veio otimizar a confecção e os ajustes das goteiras, minimizando tempo e custos operacionais.

Tudo isto tem contribuído de forma importante para o avanço nesta área e na qualidade e melhoria do controlo destes pacientes.

Cristina Carocha



Médica Especialista de Otorrinolaringologia do Hospital CUF Infante Santo e CUF Belém Clínica; Professora auxiliar convidada da NOVA Medical School |Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; Doutoramento em Medicina no Ramos de Saúde das Populações; De 2000 a 2007, médica otorrinolaringologista no CHLO

1. Sou médica otorrinolaringologia e é importante reconhecer que existem situações que podem surgir na consulta/urgência de otorrinolaringologia que se manifestam por orofacial, e nem sempre por patologia do foro otorrinolaringológico.

2. A grande maioria das situações de dor orofacial são sem dúvida a patologia da ATM, frequentemente associadas a alterações da oclusão e bruxismo. Em otorrinolaringologia as alterações na oclusão poderão ser desencadeadas por quadros de dificuldade respiratória.

3. Pelo meu contacto com a medicina dentária sei neste momento que a oclusão funciona como factor minor na etiologia da DTM, tendo muito mais peso fatores como stress ou a ansiedade que levam a uma sobrecarga e consegue assim uma assimetria de forças e desequilíbrio muscular levando à dor orofacial.

4. A necessidade de uma abordagem multidisciplinar é cada vez mais importante, pois sem dúvida, é essa abordagem que vai conseguir reunir condições para a resolução do problema.

5. A patologia inflamatória é uma situação aguda e a mais frequente, sendo importante identificar também a patologia crónica de deformação articular, que poderá desencadear

um processo de artrose, com eventuais agudizações inflamatórias. A história clínica e observação é importante para um correto diagnóstico e orientação terapêutica.

6. Habitualmente um doente que chega à consulta/Urgência de otorrinolaringologia vem por outra queixa que não a ATM, julgando ser patologia do ouvido ou seios perinasais. Nesse caso, ao ser diagnosticada a patologia da ATM, é referenciado para o médico dentista com formação nesse ramo.

7. Numa situação aguda de processo inflamatório a abordagem terapêutica médica é a principal abordagem, enquanto que numa situação crónica a abordagem médica poderá ser complementada com fisioterapia.

Francisco Maligno



Licenciado pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP); Assistente convidado nas Unidades Curriculares de Oclusão, ATM e Dor Orofacial na FMDUP.; Docente no Curso de especialização em Oclusão, Distúrbios Temporomandibulares e Parafunções Orofaciais na FMDUP; Aluno de Doutoramento da FMDUP.

1. Desde o tempo em que frequentava o Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto que tenho um especial interesse na área de oclusão, distúrbios temporomandibulares, parafunções orofaciais e dor orofacial.

A sorte de poder colaborar no serviço de Oclusão, ATM e Dor Orofacial da mesma instituição desde cedo motivou-me a adotar um espírito crítico e a individualizar os meus tratamentos tendo por base uma avaliação multidisciplinar dos doentes que muitas vezes é negligenciada.

Hoje em dia a minha prática clínica resume-se exclusivamente à área da reabilitação oral e ao tratamento de doentes com dor orofacial, DTM e parafunções orofaciais.

2. A evidência mostra que a dor orofacial é relativamente comum, afetando aproximadamente 10% a 26% da população adulta¹.

Os distúrbios temporomandibulares são descritos como a principal fonte de dor crónica na região orofacial, apresentando uma prevalência de 5% a 12% da população², sendo mais frequentes nas mulheres que nos homens³.

Os sintomas mais frequentes são as dores na face, articulações temporomandibulares, cabeça, região do ouvido e zumbidos. Os sinais frequentemente observados são a disfunção (caracterizada pela limitação e/ou incoordenação dos movimentos) e o desconforto à palpação dos músculos mastigatórios e da articulação temporomandibular e a presença de ruídos articulares⁴.

Estudos epidemiológicos estimam que 40 a 75% da população apresenta pelo menos um sinal de distúrbio temporomandibular, como ruídos articulares na articulação temporomandibular e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na articulação temporomandibular⁴.

Os indivíduos com estas condições frequentemente relatam dor noutras estruturas, tais como a região cervical e da cabeça, o que por vezes torna o diagnóstico mais difícil.

Não nos podemos esquecer que a dor odontogénica (dor de origem dentária) é relatada em vários estudos como a

causa mais comum de dor orofacial e por isso deverá ser a primeira a ser descartada aquando do diagnóstico⁵.

3. Nas últimas décadas a etiologia dos distúrbios temporomandibulares foi alvo de muita discussão. As teorias mecânicas que surgiram no seguimento dos postulados de Costen⁶, como:

- a perda da dimensão vertical^{6,7}, o incorreto posicionamento do côndilo mandibular na fossa mandibular⁶, a desarmonia oclusal⁸, a incoordenação muscular^{8,9}, a discrepância da oclusão cêntrica para a posição de intercuspidação máxima¹⁰, a ausência de guias caninas¹¹, entre outras, levaram muitos profissionais de saúde a adotar linhas terapêuticas baseadas em princípios puramente gnatólogicos que se traduziam em procedimentos invasivos e reabilitações extensas.

A história mostra-nos que o doente com dor orofacial não pode ser tratado desta forma.

Laszlo Schawrtz, em 1955, afirmou que os fatores oclusais constituem apenas um fator contributivo para o desenvolvimento dos distúrbios temporomandibulares, tendo-se afastado das teorias mecânicas e aproximado-se do modelo biopsicossocial¹².

A teoria psicofisiológica de Laskin em 1969 veio suportar a linha de Schwartz, no que diz respeito ao papel do stress e da sua influência na tensão muscular. A sua teoria considerava que o espasmo muscular constituía o fator primário responsável pelos sinais e sintomas da síndrome de dor e disfunção¹³.

A Associação Americana de Distúrbios Crânio-Mandibulares afirmou em 1980 que a etiologia dos distúrbios temporomandibulares baseia-se numa teoria multifatorial e complexa e que o termo "TMJ dysfunction" deveria ser abandonado e substituído por "Temporomandibular disorders", separando os distúrbios dos músculos mastigatórios dos distúrbios articulares¹⁴.

Na década de 90, com o desenvolvimento da neurobiologia e da psicopatologia surgiram novas perspetivas na etiologia dos distúrbios temporomandibulares, particularmente com os trabalhos de Sessle BJ e Dworkin SF^{15,16}.

Hoje, sabemos que o modelo mais aceite no tratamento dos doentes com dor orofacial é o modelo biopsicossocial¹⁷.

4. Acredito que a comunicação e o trabalho em equipa são a chave para lidar com a dor orofacial.

Medicina dentária, psicologia, neurologia, psiquiatria, fisioterapia, medicina física e de reabilitação, fisioterapia, medicina do sono, otorrinolaringologia, anestesiologia, terapia da fala são algumas das áreas da saúde que podem e devem colaborar em prol do tratamento do doente com dor orofacial.

O tratamento deve ser sempre individualizado para obtenção de melhores resultados terapêuticos.

A adoção dos mesmos sistemas de classificação das DTM por parte das diferentes especialidades, bem como a adoção do modelo biopsicossocial na terapêutica instituída, permite melhorar a comunicação entre os profissionais envolvidos.

Considero que o Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders constitui o sistema de classificação dos DTM mais amplamente difundido pela comunidade científica¹⁸.

5. Baseado na classificação do Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders a mialgia local, a dor miofascial e a dor miofascial com dor referida são os diagnósticos de dor muscular mais frequentes.

A dor miofascial dos músculos mastigatórios é relatada por 45,3% dos pacientes com distúrbios temporomandibulares^{4,19}.

Dentro dos diagnósticos articulares, os distúrbios de interferência de disco são os mais comuns. Podemos destacar o deslocamento do disco com redução, o deslocamento do disco com redução e bloqueio intermitente, o deslocamento do disco sem redução com limitação de abertura e o deslocamento do disco sem redução sem limitação da abertura^{4,19}.

Os distúrbios articulares de interferência de disco surgem na população de doentes com DTM numa percentagem de 41,1%^{4,19}.

Outros distúrbios articulares, como a patologia degenerativa da articulação temporomandibular, que não é tão frequente, constitui uma preocupação para os profissionais^{4,19}.

A prescrição de meios auxiliares de diagnóstico adequados às diferentes condições clínicas deve ser feita de forma prudente e consciente.

Na minha prática privada tento sempre esgotar todas as opções terapêuticas conservadoras antes de propor ao paciente terapias invasivas.

6. Em ambiente académico tenho a oportunidade de acompanhar muitos doentes com dor e disfunção da ATM.

Na minha prática privada muitos dos doentes que eu recebo são encaminhados por colegas.

Uma vez que me dedico também à área de reabilitação oral, incluo sempre no planeamento dos casos a recolha de uma história clínica com um conjunto de perguntas que me permitem perceber se estou perante um possível diagnóstico de distúrbio temporomandibular. Essas questões estão ao acesso de todos os médicos dentistas no "TMD Pain Screener", um questionário de triagem para a pesquisa de sinais e sintomas de DTM¹⁸.

Embora exista cada vez mais informação acessível à população referente a este tema, ainda há muitos doentes subdiagnosticados por puro desconhecimento.

Os pacientes que procuram diretamente médicos dentistas que se dedicam a esta área apresentam na maior parte dos casos dor na região da face, têmporas ou região do ouvido, ruídos articulares e/ou limitação dos movimentos mandibulares, tendo muitas vezes já consultados outros especialidades médicas como otorrinolaringologia e neurologia.

Referências bibliográficas:

1. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, et al. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. *J Dent* 2003; 31(8):535-42.
2. Pain.NioDaCRF. Available at: <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/FacialPain>. Accessed January 14, 2019.
3. LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med* 1997;8(3):291-305.
4. Shaefer JR, Khawaja SN, Bavia PF. Sex, Gender, and Orofacial Pain. *Dent Clin N Am* 62 (2018) 665-682.
5. Renton T. Dental (odontogenic) Pain. *Rev Pain*. 2011 Mar;5(1)2-7.
6. Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. 1934. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997;106: 805-819.
7. Thompson JR. The rest position of the mandible and its significance to dental science. *J Am Dent Assoc* 1946;33:151-180.
8. Moyers RE. Temporomandibular muscle contraction patterns in Angle Class II, division 1 malocclusions: an electromyographic analysis. *Am J Orthod* 1949;35:837-857.
9. Perry HT. Muscular changes associated with temporomandibular joint dysfunction. *J Am Dent Assoc* 1957;54:644-653.
10. Stuart CE, Stallard H. Principles involved in restoring occlusion to natural teeth. *J Prosthet Dent* 1960;10:304-313.
11. D'Amico A. Functional occlusion of the natural teeth of man. *J Prosthet Dent* 1961;11:899-915.
12. Schwartz LL. Pain associated with the temporomandibular joint. *J Am Dent Assoc* 1955;51:394-397.
13. Laskin DM. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc* 1969;79:147-153.
14. McNeill C, Danzig WM, Farrar WB, et al. Craniomandibular (TMJ) disorders: The state of the art. *J Prosthet Dent* 1980;44:434-437.
15. Sessle BJ. Invited review: the neurobiology of facial and dental pain: present knowledge, future directions. *J Dent Res* 1987;66:962-981.
16. Dworkin SF, Burgess JA. Orofacial pain of psychogenic origin: Current concepts and classification. *J Am Dent Assoc* 1987;115:565-571.
17. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-136.
18. 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
19. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, et al. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112(4): 453-62.

Graziella Silva



Equivalência a Licenciatura em Medicina Dentária pela Universidade de Coimbra ; Especialista em Ortodontia pela Universidade Unicusl - Brasil; Especialista em Disfunção temporomandibular e Dor Orofacial pela Facsete / Ciodonto - Brasil; Curso teórico/clínico em Ortodontia - filosofia MBT- PT; Curso internacional em Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial Portugal/Brasil - Facsete / Ciodonto; Professora assistente do Curso

internacional em Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial Lisboa/Brasil - Facsete /Ciodonto; Membro do Board editorial do *Journal of Cosmetology & Oro Facial Surgery*; Membro do Board editorial do *Journal of Anesthesia-Intensive care and pain therapy*.

1. O que me levou a ganhar interesse pela área da DTM e da Dor Orofacial foi ver, na minha prática clínica diária, a necessidade de tratamento dos doentes com queixas frequentes de sinais e sintomas de DTM, principalmente na especialidade da medicina dentária, o que me levou a querer a aprofundar os meus conhecimentos nesta área.

Outra das razões que me levou a enveredar por esta área, foi o facto da especialidade da disfunção temporomandibular e dor orofacial ser uma área da medicina dentária que está interligada com outras especialidades, exigindo assim, uma abordagem multidisciplinar que proporciona uma ampla visão do estado clínico do doente e que posteriormente, traz um impacto positivo à sua qualidade de vida.

2. As dores orofaciais que mais afetam os pacientes, ou seja, de maior prevalência na região da cabeça e pescoço, são as Odontalgias, DTM (Disfunção temporomandibular) e cefaleias.

Os fatores etiológicos são multifatoriais: fatores genéticos, traumas, bruxismo do sono e/ou de vigília, doenças sistémicas (reumáticas), doenças degenerativas (osteoartrite), aspectos psicológicos (depressão, ansiedade e stress) e algumas condições oclusais, classificadas como oclusão de risco para DTM (mordida aberta anterior, overjet maior do que 6mm, discrepância entre RC e MIH maior do que 5mm, mordida cruzada unilateral).

Todos estes aspectos, tornam a dor orofacial bastante complexa, exigindo do profissional o entendimento destes fatores que podem ser classificados como de risco, agravantes e perpetuantes.

3. A obtenção de uma oclusão ideal ou funcional é objeto de estudo de muitas especialidades da medicina dentária, como por exemplo: a ortodontia, a reabilitação oral, a dentisteria, entre outras.

Antigamente, na medicina dentária, a oclusão era vista como o principal fator responsável pelo desenvolvimento de uma DTM.

Este conceito ainda tem um forte impacto na formação de profissionais não especialistas em DTM, causando muitas vezes abordagens indevidas, fazendo com que o tratamento da DTM passe por mudanças na posição dentária e/ou na superfície oclusal dos dentes.

Atualmente, sabemos que a oclusão é um fator de risco, mas não é preponderante, e isto deve ficar bem definido, para evitar o tratamento das DTM com base em intervenções como o ajuste oclusal ou tratamento ortodôntico.

Considero que este é um verdadeiro desafio para os especialistas da área que tentam levar este conhecimento aos profissionais das diversas especialidades.

Por tudo isto, o diagnóstico é feito através de etapas bem estabelecidas da avaliação do paciente, através do conhecimento da sua história detalhada e de um exame clínico intra e extra oral. Estes são os passos mais importantes para nos ajudar a proporcionar a melhor solução quanto às intervenções mais adequadas para cada paciente.

Em resumo, a seleção da melhor intervenção inicia-se pela seleção adequada do paciente através do diagnóstico correto e que proporcionará o sucesso do tratamento.

4. As principais especialidades para uma adequada e completa perspectiva multidisciplinar são a medicina dentária, a fisioterapia, a terapia da fala, a neurologia e reumatologia, a otorrinolaringologia, a medicina do sono, a psicologia e a psiquiatria e a fisioterapia.

É importante destacar que, cada uma destas áreas, requer uma capacitação e formação específica em Dor Orofacial e DTM, de forma a compreenderem adequadamente esta complexa e ampla área.

5. As DTM musculares são classificadas de acordo com alguns critérios de classificação, como é o caso da Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), que as classifica em agudas e crônicas.

As DTM agudas são classificadas em mialgia local, Co-contracção, miosite e mioespasmo. Já as DTM crônicas são classificadas em dor miofascial, fibromialgia e contraturas. Pode ainda fazer parte desta classificação, a mialgia mediada centralmente.

As DTM articulares são classificadas em desvios na forma (defeitos na superfície articular, afinamento e perfuração do disco), deslocamento do disco com redução, sem redução (com e sem travamento) travamento intermitente, hiper-mobilidade, travamento aberto e as artralguas (capsulite, sinovite e retrodiscite).

O processo de diagnóstico deve compreender um conhecimento abrangente da história do paciente, através de um questionário inicial que o paciente tem a oportunidade de preencher antes da consulta, ainda na recepção.

Em seguida, deve ser realizada uma avaliação completa do paciente, compreendendo o exame físico intra e extra oral e obedecendo a etapas ordenadas de avaliação do paciente.

Os exames complementares de imagens (TAC, IRM, Ultrassonografia) para avaliação do sono como a polissonografia, ou provas laboratoriais nas doenças reumáticas, podem fazer parte desta avaliação, para se conseguir estabelecer o diagnóstico correto. Quanto ao tratamento, este vai depender do diagnóstico e do grau da doença. Podemos adotar tratamentos conservadores (Goteiras, fisioterapia, fármacos, orientações, tratamento cognitivo – comportamental, etc.), tratamentos minimamente invasivos (Viscossuplementação, artrocentese, artroscopia) ou até mesmo tratamentos invasivos, como a cirurgia da ATM.

6. Na minha prática clínica acontecem ambas as situações. Recebo pacientes encaminhados por colegas de áreas como otorrinolaringologia, fisioterapia e neurologia, da mesma maneira que também realizo o diagnóstico de pacientes da minha prática privada.

Muitos dos pacientes são encaminhados por outros profissionais e procuram a consulta tendo já sido direcionados ou até mesmo pela indicação de pacientes que se encontram em tratamento.

E ainda existem aqueles que chegam por outros motivos e que identifico durante uma primeira consulta.

7. No controlo das DTM articulares, a técnica da Viscossuplementação da ATM com hialuronato de sódio, auto enxertos de condrócitos da cartilagem nasal e a viscossuplementação guiada para o compartimento inferior, vieram mudar a forma de tratar as alterações degenerativas, assim como as alterações biomecânicas da ATM.

Quanto às DTM musculares, as novas perspectivas da toxina botulínica na dor crónica e na Migrânea crónica, vieram ampliar o nosso leque de intervenções em pacientes crónicos de difícil tratamento.

Os novos fármacos para a dor crónica, como os antidepressivos duais, e as novas substâncias que atuam em CGRP (Proteína do Gene relacionada à calcitonina) para a Migrânea crónica, vieram enriquecer o nosso arsenal farmacológico e viabilizar uma melhoria significativa na qualidade de vida, como também minimizar o impacto na dor e sofrimento destes indivíduos.

Tudo isto tem contribuído de forma importante para o avanço nesta área e na qualidade e melhoria do controlo destes doentes.

Guilherme Guerra



Licenciatura em Medicina Dentária pelo ISCEM; Especialista em DTM e Dor Orofacial pela Faculdade CIODONTO / FACSETE - Belo Horizonte - Brasil; Curso de extensão em Dor Orofacial e DTM Neon Cursos - BH - Brasil; Professor Assistente do Curso internacional em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial Lisboa/Brasil - FACSETE /Ciodonto, Médico Dentista da Clínica Dental Face - Lisboa - PT.

1. Trabalho numa clínica de referência do país e tenho a sorte de trabalhar desde o início da minha vida profissional em equipas multidisciplinares, com profissionais de excelência nas várias especialidades clínicas como: Cirurgia, Periodontologia, Endodontia, Ortodontia, etc, mas com uma lacuna na área da Oclusão e DTM.

Com o estilo de vida alucinante e de enorme stress com que se vive atualmente, o número de pacientes com DTM é cada vez maior.

A procura por um diagnóstico correto para doentes com, por exemplo, dor facial atípica ou dor miofascial, que já passaram por inúmeros profissionais de saúde e não encontraram solução para as suas queixas, foi uma das razões que me levou a seguir este caminho.

Tratar bem os pacientes não reside apenas em saber tratar convenientemente cáries, extrair dentes ou saber colocar implantes, é preciso saber resolver e reabilitar todas as estruturas orofaciais, como dentes, articulações e musculatura.

Sou prostodontista e faço muitos processos de reabilitação. Trato pacientes com perda de muitas peças dentárias, grandes desgastes dentários e articulares, perda de dimensão vertical e seria impossível reabilitar estes pacientes olhando apenas para os dentes.

2. Atualmente, os fatores psicossociais como stress, ansiedade e depressão são considerados os principais fatores etiológicos de DTM. Se associarmos a pressão constante de resultados no trabalho, horários de trabalho demasiado longos, redução de quantidade e qualidade de sono, falta de exercício e redução dos tempos de lazer e descanso, temos uma prevalência cada vez maior de DTM.

3. Ora aí temos um tema muito sensível, a oclusão dentária já foi considerada o fator principal para DTM, ao ponto de se fazerem reabilitações totais com coroas para estabilizar e melhorar a oclusão para resolver o problema. Nos dias de hoje, esta realidade perdeu alguma importância. No entanto, não pode ser totalmente descurada podendo nunca ser descurada, pois é um fator de risco para DTM.

4. Tratar pacientes com disfunção requer uma equipa multidisciplinar bem treinada e que fale a mesma linguagem. É necessário que o diagnóstico seja preciso, confiável, dependendo de uma taxonomia aceite e com critérios e diagnósticos bem definidos.

Por outro lado, é necessário que todos os clínicos intervenientes no tratamento estejam num nível de formação elevado e que, qualquer que seja a sua especialidade (médico dentista, fisioterapeuta, neurologista, psicólogo, terapeuta do sono, etc), não se sintam superiores aos outros clínicos, pois todos acabam por se complementar e são essenciais para o resultado que realmente importa, a resolução das queixas do paciente.

5. Nas DTM's articulares mais comuns temos artralguas, deslocamentos do disco com e sem redução, com ou sem perda de mobilidade, hiper-mobilidade e osteoartrose.

Como DTM's musculares mais comuns temos dor muscular, mialgia com dor miofascial, com e sem dor referida, espasmos, contraturas e hipertrofia.

O diagnóstico passa pelo conhecimento cuidado e exaustivo da história clínica do paciente e por um exame clínico de todas as estruturas intraorais como dentes, mucosas, etc, e extraorais, como a musculatura e articulação, hábitos de sono, postura e hábitos de vida.

Já o tratamento passa por um procedimento cognitivo comportamental, farmacologia, fisioterapia, melhoria do sono e viscosuplementação.

6. Iniciei a minha especialização em DTM no ano de 2012 e desde dessa altura tive a felicidade de conhecer muitos colegas de outras áreas, como fisioterapeutas ou otorrinolaringologistas e aos poucos vou recebendo muitos doentes indicados por eles.

Por outro lado, na minha clínica passam diariamente muitos pacientes e temos um protocolo de avaliação na 1ª consulta, em que qualquer um dos meus colegas das outras especialidades de medicina dentária conseguem fazer uma triagem dos pacientes de DTM.

Diariamente, passam na clínica mais de 100 pacientes, por isso tratamos muitos pacientes com DTM que nem sabiam que a tinham, ou sabiam, mas não davam muita importância. Por exemplo, tratamos muitos pacientes com deslocamentos do disco com redução que quando questionamos quando começaram os estalidos nos respondem que a articulação sempre estalou, mas que nunca os incomodou, ou mesmo pacientes com dores de cabeça frequentes que já se tinham habituado a elas.

Quando o motivo da consulta é DTM é porque esta já se encontra num estado avançado e incapacitante com dores insuportáveis que afetam a vida normal ou num caso extremo, por exemplo, como o de limitação da abertura da boca.

7. Esta é uma área de estudo e em grande evolução a que se dá cada vez mais importância. Por exemplo, a definição de bruxismo está em constante mudança, sendo que se divide em bruxismo do sono e de vigília, e defende-se até que, em alguns casos pode ser secundário a apneia do sono.

O tratamento passa cada vez mais por técnicas menos invasivas com ênfase no controlo do comportamento cognitivo e mudanças de hábitos de vida.

Francisco Vale



Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC); Coordenador do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC; Diretor do Instituto de Ortodontia da FMUC; Coordenador da Pós-graduação de Ortodontia da FMUC; Regente de ortodontia (UPC3) do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da FMUC; Coordenador da UPC3 (Ortodontia/Odontopediatria) do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da FMUC+; Membro da Comissão Científica da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial; Membro do Conselho Geral da OMD; Membro da direção do colégio de Ortodontia da OMD; Membro do Conselho Científico da OMD; Membro do International College of Dentists; Provisional Member Angle Society of Europe.

1. O fascínio pela ortodontia surgiu ainda durante o curso e, nessa altura, existiram dois grandes fatores que contribuíram para a minha escolha: o entusiasmo e a sabedoria dos meus mestres, no lecionamento da disciplina e a vasta área de conhecimento do ser humano que a disciplina abrange e exige para ser praticada em pleno, que vão desde a genética humana, embriologia e crescimento craniofacial à fisiopatologia e biomecânica.

No último ano da licenciatura (6º ano) concorri a algumas das melhores universidades europeias com ensino pós-graduado em regime de tempo integral, mas acabei por ficar na Universidade de Coimbra, como docente, com o objetivo aliciante de ajudar a criar a nossa pós-graduação em ortodontia.

Desde então, tenho dedicado a minha vida profissional ao estudo, investigação e docência nesta área (fiz a especialidade em 2002, o mestrado de ortodontia em 2004 e o doutoramento em 2014) e neste momento coordeno a pós-graduação de ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra que, para além de cumprir os requisitos previstos na regulamentação aplicável para que os nossos alunos possam ser futuros especialistas pela OMD, integra uma rede europeia de pós-graduações idóneas e de elevado prestígio.

2. A dor orofacial engloba patologias tão diversas como as disfunções temporomandibulares (DTM), dor facial persistente idiopática, estomatodínia, disestesias, distonias, pelo que apresentam fatores etiológicos distintos.

As DTM são as mais prevalentes e a sua etiopatogenia é multifactorial, englobando fatores emocionais, ortopédicos, epigenéticos e genéticos, que condicionam a capacidade de adaptação biológica.

3. A oclusão pode afetar as DTM de uma forma indireta, na medida em que condiciona o equilíbrio ortopédico do sistema estomatognático.

Nos últimos anos, os fatores de risco mais estudados estão relacionados com o estado psicossocial do doente.

O stress, a depressão e estados de ansiedade, têm sido apontados como fatores preponderantes para o aparecimento da DTM, mais precisamente para o aparecimento de disfunção e dor dos músculos da mastigação.

4. As especialidades médicas e médico-dentárias mais relevantes para uma abordagem multidisciplinar são: neurologia, ortodontia, medicina do sono, fisioterapia/fisioterapia, cirurgia maxilo-facial e a psiquiatria/psicologia. Menos frequentemente, mas também importante, é a recolha de opinião da reumatologia e otorrinolaringologia.

Em muitas situações, o tratamento deve ser mais interdisciplinar do que multidisciplinar, com o objetivo de procurar potenciar ao máximo as possibilidades terapêuticas em benefício do paciente.

5. A classificação de DTM mais aceite a nível internacional é o RDC ("Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders").

Esta metodologia é constituída por dois eixos de diagnóstico. O eixo I diz respeito ao diagnóstico físico/clínico e o eixo II engloba o diagnóstico psicológico. O eixo I agrupa os doentes em três categorias: desordens musculares, desordens do disco articular, outras desordens como artralguas, osteoartrite e osteoartrose. O eixo II avalia comportamentos, estado psicológico, depressão e níveis de incapacidade.

Assim, a parte fundamental do diagnóstico é a anamnese, que depois deve ser confirmada na exploração clínica, feita através da análise oclusal e funcional clínica e, por vezes, adicionando a análise funcional instrumental e alguns exames complementares de diagnóstico, como a ressonância magnética.

O plano de tratamento escolhido pelo clínico está dependente do diagnóstico e da severidade da DTM, podendo contemplar técnicas não invasivas (terapia cognitivo comportamental, goteiras oclusais, tratamento ortodôntico, fisioterapia, etc.) e técnicas invasivas (ex. cirurgias da ATM).

6. Muitos são diagnosticados por mim, mas a maioria resulta do encaminhamento por outros colegas. A abordagem destes doentes, quer no consultório privado quer na faculdade, é feita há mais de 20 anos em conjunto com Prof. Maria João Rodrigues, que é uma referência nacional e internacional nesta área.

7. Recentemente têm surgido várias técnicas, como por exemplo: farmacogenómica, fotobiomodulação, ortóteses para canal auditivo, estimulação magnética transcraniana repetitiva, reprogramação condicionada através da tomada de consciência de parafunções, acupuntura, etc.

Fernando Expoto



Médico Dentista, licenciado em 2007 pelo Instituto Superior Ciências de Saúde Egas Moniz (ISCSEM), Portugal. Mestre em Ciências Dentárias pela Universidade do Danúbio em Krems, Austria (2010-2012) Residência clínica em Dor Orofacial, Universidade do Kentucky, Lexington, USA (2013-2015) Mestre em Cefaleias, Centro de Cefaleias Dinamarqueses, Rigshospital, Universidade de Copenhaga, Copenhaga, Dinamarca (2016-2018) PhD em Health Sciences, Universidade de Aarhus, Aarhus, Dinamarca (2016-2019) Especialista em Dor Orofacial pelo American Board of Orofacial Pain (ABOP diplomate) Instrutor clínico, Secção de Dor Orofacial, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Aarhus, Aarhus, Dinamarca (2017-presente) Investigador, Secção de Dor Orofacial, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Aarhus, Aarhus, Dinamarca (2019-presente).

1. Depois de alguns anos a fazer prática clínica em reabilitação oral comecei a ter um gosto cada vez maior pela prática clínica de doentes com DTM. Ao ver estes doentes comecei a perceber que me faltava conhecimento para ajudá-los e foi então que decidi que queria fazer uma residência clínica em dor orofacial na Universidade do Kentucky. Comecei também a desenvolver um gosto pela investigação e pelo mundo académico e foi por isso que decidi fazer o doutoramento na universidade de Aarhus. Hoje, o que me move é a possibilidade de ajudar doentes de modo individual na minha prática clínica, bem como com a investigação que realizo.

2. A prevalência da dor orofacial crónica varia consoante os estudos, mas deve andar à volta dos 30%.

Os fatores etiológicos dependem do tipo de Dor Orofacial, por exemplo, quando falamos de neuropatia trigeminal dolorosa pós-traumática, a etiologia é um trauma dirigido ao nervo trigémio que pode ser derivado de uma extracção ou durante um tratamento endodôntico. Por outro lado, se falamos de DTM os estudos longitudinais OPPERA confirmaram que a etiologia é multifactorial e incluem, entre outros, fatores como sintomas orofaciais não específicos (cansaço e rigidez muscular) e número de comorbidades (síndrome do colon irritável, insónia e cefaleias).

3. A grande maioria dos estudos, incluindo os de melhor qualidade não demonstram que a oclusão tem um papel preponderante no desenvolvimento de DTM, até porque como disse anteriormente, a etiologia da DTM é multifatorial. No entanto, isto não quer dizer que a oclusão não poderá ter um pequeno papel num número reduzido de doentes. O problema é identificar os doentes em que isto acontece. Por isso, recomenda-se sempre começar com terapias não invasivas e só se estas não resultarem é que se poderá avançar para terapias mais invasivas e com o intuito de alterar a oclusão.

Em relação às outras dores orofaciais não existem estudos que indiquem qualquer contribuição da oclusão.

4. Na minha opinião, a equipa deverá ser constituída por médicos dentistas, psicólogos e fisioterapeutas. Também deverá haver uma facilidade de interagir com colegas neurologistas, otorinolaringologistas e oftalmologistas.

Idealmente, para se conseguir uma boa comunicação, a equipa deverá avaliar o doente em conjunto e depois discutir de que modo poderão contribuir para a melhoria do paciente. No entanto, em todas as orquestras tem que haver um condutor e neste caso, o condutor deverá ser o médico dentista que recebe toda a informação dos colegas e decide qual o melhor plano de tratamento.

5. O estalido articular não doloroso e a mialgia local são as DTM's mais comuns na população geral. No entanto, na minha prática clínica os doentes mais comuns são maioritariamente doentes com DTM crónica e com comorbidades, como cefaleias ou outras dores crónicas.

O processo de diagnóstico deve ser feito de acordo com o que diz o diagnóstico Criterias for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) que é um exame standart e validado para as DTM mais comuns, dolorsas e não dolorosas. Quanto ao plano de tratamento, varia consoante o diagnóstico e o doente, mas o importante é explicar ao doente qual o diagnóstico, e se possível implementar um plano de tratamento não invasivo em que o doente colabora e é responsável pelo sucesso do tratamento.

6. Como trabalho num centro terciário de dor orofacial todos os meus doentes são referidos por colegas, procuram assim, uma consulta especializada.

7. Infelizmente, com a excepção dos anticorpos contra CGRP que foram desenvolvidos para o tratamento de enxaquecas, não houve nos últimos 20 anos nenhuma técnica ou medicamento que tivesse revolucionado a prática da dor orofacial. A maioria dos avanços que tem havido na área estão relacionados com o diagnóstico e com a etiologia das diversas dores orofaciais.

Fátima Feliciano



Doutorada e Especialista em Psicologia Clínica; Especialista-Supervisora nas metodologias VIG/VHT; Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e Psicologia da Educação pela OPP; Especialista Avançada em Intervenção Precoce, Necessidades Educativas Especiais e Neuropsicologia pela OPP. Perita em Psicologia Forense no INML-CF. Membro do Conselho Nacional de Psicólogos.

1. Sendo eu psicóloga clínica e da saúde, esteve sempre presente a ligação entre a doença física e psicológica, onde a dor física e emocional assumem especial importância.

Visto estar sediada em Coimbra e profissionalmente ligada aos CHUC, acabou por se desenvolver naturalmente, a colaboração com profissionais oriundos e em funções laborais nesta instituição; parceria advinda da necessidade, sensibilização e solicitação de médicos dentistas para o envolvimento da psicologia nos diagnósticos, plano terapêutico, intervenção e adesão terapêutica numa equipa multidisciplinar, nos seus desafios junto de pacientes em que as problemáticas e etiologias eram mais complexas, e onde percebiam ou intuía aspectos psicossociais presentes quer na etiologia como na sua manutenção, seja pela resistência à terapêutica por fraca adesão e/ou ineficácia objetivamente pouco compreensível do tratamento efetuado. O que resulta num impacto psicoemocional e socioeconómico na vida do próprio, e em custos financeiros acrescidos no consumo de serviços de saúde e redução da produtividade laboral (absenteísmo e presenteísmo).

Assim, tal como já se ia constatando na literatura e evidência científica internacional e percebendo na relação clínica percebida com diversos pacientes, a multidisciplinaridade para abordagem de um doente com problemática de dor orofacial, nas suas diversas vertentes onde a DTM se destaca, a psicologia assomava-se como inevitável em articulação e complementaridade com diversas disciplinas do saber e intervir, considerando que cada indivíduo é um todo holístico e que este aspeto terá se estar presente na abordagem de processos de sofrimento e mal estar físico e psicológico.

Em suma estando reunidos aspetos como o ser especialidade de Psicologia clínica na carreira da saúde e especialidade de Psicologia clínica e da saúde pela OPP, com experiência em psicologia de ligação, inevitavelmente que a dor física e emocional, na sua interatividade e influência mútua, estão significativamente presentes nas diversas situações e problemáticas; desta forma apresenta-se relevante a intervenção na vertente psicológica onde a pessoa é abordada de forma idiossincrática, com recurso a estratégias e técnicas de base maioritariamente cognitivo comportamentais, sendo também considerado, sempre que possível intervenção familiar, com base na teoria familiar sistémica.

Inevitavelmente que este trabalho conjunto conduziu à minha colaboração na Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SPDOF-DTM) da qual faço parte na qualidade de psicóloga com a responsabilidade do envolvimento, parceria, sensibilização e atualização da psicologia no contexto da saúde na ligação e diálogo entre profissionais e abordagens, com foco na saúde mental em interação íntima com a física; Sendo esta uma associação científica portuguesa com participação e parcerias internacionais, também integro a Comissão Científica.

2. Prevalência

Para percebermos o panorama da dor, The Pain Proposal – A Dor Crónica em Portugal (2010) apresenta estatísticas

da dor crónica que espelham a necessidade de intervenção. Nomeadamente:

- Prevalência da Dor Crónica 1) a nível nacional (adultos) - 36%*
- Prevalência da Dor Crónica moderada a grave 2) a nível nacional (adultos) - 16%***
- Número estimado de adultos com Dor Crónica no país - 3 milhões
- Doentes com impacto moderado ou grave da Dor Crónica nas atividades domésticas ou laborais - 50%
- Doentes com perda de emprego associada à dor crónica - 4%
- Doentes com reforma antecipada por causa da dor - 13%
- Doentes com diagnóstico de depressão associada à dor crónica - 17%
- Insatisfação com o tratamento da dor crónica - 35%
- Não sendo conhecidos dados na população pediátrica. (está em curso a sua caracterização: Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor – Metas de Saúde a 2020)

Quando nos referimos à dor orofacial (DOF) estudos de população, tal como nas publicações do Ano Global Contra a Dor – Outubro 2013-2014, referem-na como uma experiência comum, numa prevalência de 7%, mais presente em mulheres adultas e dentro destas nas mais jovens. Quanto à disfunção temporomandibular (DTM), dados de caracterização de prevalência, também segundo as publicações referidas, referem a sua presença em relatos de 9-13% da população em geral (numa relação homem:mulher de 2:1), mas apenas 4-7% procuram tratamento (4 vezes mais mulheres). Os sinais e sintomas atingem o seu pico por volta dos 20-40 anos de idade. Há estudos que indicam a presença de pelo menos um sinal DTM em 60 a 70% da população, numa altura da sua vida, no entanto apenas 5% precisa de tratamento.

Etiologia

Falar de etiologia na DOF e na DTM significa abranger a sua complexidade, sendo estas consideradas multifatoriais. Investigações foram revelando sintomas “medicamente inexplicáveis”, por não terem causa orgânica clara na explicação da sua presença; surgindo evidência do efeito de intervenções psicológicas na DOF crónica.

Então muitos aspetos da etiologia da DTM não são claros, para as quais as evidências de suporte são inadequadas, observando-se um suporte definitivo para um histórico biopsicossocial e multifatorial, ilustrando a complexa interação entre mecanismos biológicos (ex: hormonais), estados psicológicos, condições ambientais e macro e microtrauma.

Percebendo-se que os fatores psicológicos são variáveis importantes nas dores crónicas orofaciais, os estudos indi-

cam que pacientes com DTM demonstram um aumento de somatização, de stress, de ansiedade e da depressão quando comparados com indivíduos saudáveis. Assim um vasto número de questionários têm sido usados para avaliar o estado psicológico de pessoas com DTM, no entanto estes deverão ser efetivados na forma de avaliação psicológica, onde se articulam diversas formas e técnicas de obtenção e análise de informação que permite elaborar um perfil psicológico personalizado, a partir do qual se podem caracterizar fatores de vulnerabilidade, potenciais e fatores de manutenção da problemática, permitindo articular os protocolos de intervenção psicológica com outras áreas de multidisciplinaridade, o que somente poderá ser feito pelo psicólogo.

4. Assume-se uma perspetiva de modelo convergente, abordando-se a dor crónica segundo o paradigma biopsicossocial, de articulação entre os diversos profissionais de saúde em diálogo. Os conhecimentos e informações de cada especialista envolvido permitem identificar os diversos fatores de risco: orgânicos, psicoemocionais e psicossociais, que irão ser alvo de intervenção de forma a serem minimizados e a deixar o paciente melhor preparado para a intervenção médica de redução da dor.

Nesta linha, um estudo sobre o estado da arte do ensino da dor em Portugal, na formação académica, contabiliza as instituições que possuem disciplinas relacionadas com o estudo da dor, que assentam nos seguintes cursos: Enfermagem (34), Fisioterapia (14), Psicologia (13), Medicina (7), Medicina Dentária (5) e Farmácia (3), sendo que a maioria tem entre 1 a 2 disciplinas neste âmbito, os restantes têm entre 3 e 4 disciplinas.

Assim, para uma indicação terapêutica mais adequada, a avaliação de sintomas terá de ser feita em equipa, sendo fundamental que esta envolva médicos dentistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, além de psicólogos, otorrinolaringologistas, neurologistas e clínicos da dor, os quais conjuntamente deverão avaliar os possíveis fatores causais e respetivas áreas de atuação, de forma articulada, priorizada e em complementaridade; singularizando cada indivíduo na sua situação clínica.

Fica então evidente a presença do psicólogo como um especialista essencial no lidar com a problemática da DOF e DTM, desde a avaliação à intervenção. Atuação que permita uma abordagem sensibilizadora ao paciente e integradora da complexidade do seu problema, numa compreensão do mesmo organizada na forma de modelo idiosincrático; o que permitirá ter o paciente como parceiro primordial de cada profissional, onde se procura que este perceba e concretize o seu papel de gestor da sua situação de saúde e doença, com psicoeducação, informação, desenvolvimento e prática de estratégias e hábitos de vida favoráveis e promotores de saúde.

Quanto à comunicação entre profissionais, é um facto que esta tem vindo a apresentar um aumento paulatino, quer na sua presença como na desenvoltura com que os profissionais articulam informações, solicitações, encaminhamentos

e discussões de casos. No entanto esta é uma realidade que continua a necessitar de ser exponenciada, num contexto onde o paradigma da saúde tem limitações na forma de os profissionais partilharem, prevalecendo algum hermetismo dentro de cada especialidade. Mas as necessidades e inevitabilidades que as limitações de cada área num trabalho mais isolado apresentam, são ecoadas na evidência científica. Desta feita, neste progresso que vai acontecendo, a formação básica académica poderá ter um papel de formação e treino de equipas multidisciplinares; por outro lado os congressos, workshops, reuniões científicas com presença de profissionais em multidisciplinaridade, são contributos essenciais; e a organização de equipas estruturadas de cariz multidisciplinar, com diretivas claras de organização de protocolos articulados entre os diversos especialistas, exigem-se cada vez mais.

Neste âmbito a SPDOF tem tido um papel de relevo, seja pela sua equipa constituídas por especialistas de diversas áreas. Esta associação científica portuguesa, com participação e parcerias internacionais, preza por organizar eventos, como congressos, workshops, reuniões científicas, partilha de literatura e protocolos com instituições distintas, desde o âmbito académico ao âmbito da saúde; sempre com a premissa da multidisciplinaridade, permitindo que profissionais dialoguem nos seus saberes, na partilha destes e no treino de competências transversais (ex:comunicação).

6. Na qualidade de psicóloga clínica que integra uma equipa multidisciplinar, que intervém com esta problemática, na cidade de Coimbra, os pacientes que avalio e/ou acompanho são quase exclusivamente encaminhados pelos profissionais de medicina dentária e de fisioterapia, que recebem estes pacientes, e cujo diagnóstico seja de DTM e DOF. Assim estes vêm maioritariamente por ser uma consulta especializada de psicologia clínica, integrada na identificação e abordagem inicial de medicina dentária e/ou fisioterapia, e articulada de acordo com as necessidades identificadas na avaliação das diversas dimensões do paciente. Pontualmente pode acontecer um paciente que procurou apoio psicológico e/ou psicoterapia, referir aspetos que indiciam uma problemática neste âmbito e ser então referenciado pelo psicólogo para a consulta de medicina dentária especializada em DTM e DOF, sendo que este especialista articulará/envolverá outras especialidades que forem sinalizadas.

7. Centrando-nos na área da psicologia, diremos que as intervenções e tratamentos têm em consideração a relevância dos aspetos de estabilidade emocional, saúde mental, equilíbrio psicoemocional e promoção de bem-estar; seja no seu papel no âmbito dos fatores etiológicos, como na manutenção do problema; pelo que se tem vindo a propor avaliação de perfis de risco para a adesão e resultados terapêuticos, os quais permitem delinear propostas de intervenção psicológica mais precisas e adaptadas às características e necessidade do paciente.

Como referido no Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo da Dor (2017), a dor, especialmente a dor cróni-

ca, tem impacto na pessoa muito para além do sofrimento causado, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida; impacto que ultrapassa a própria pessoa podendo envolver a família, cuidadores e amigos.

Os prognósticos são variáveis, uma minoria recupera os seus níveis iniciais de saúde e funcionamento; sabendo-se que estes sintomas afetam todas as áreas de vida da pessoa, podendo conduzir a sentimentos de desesperança e desespero; e ainda gerando elevados níveis de incapacidade.

Assim, ao nível da psicologia as evidências científicas mostram que as intervenções psicológicas produzem melhoria nos resultados do tratamento junto destes pacientes, com destaque para a terapia cognitivo-comportamental, e também desta em combinação com o biofeedback na redução da intensidade de dor, na interferência na atividade e na depressão (Aggarwal et al., 2011); ficando ainda por compreender que barreiras estão a limitar a implementação efetiva da abordagem psicológica nesta prática clínica.

Para além da terapia cognitivo-comportamental, considerada como abordagem psicoterapêutica padrão para a dor crónica (cognitivas: reestruturação cognitiva; e comportamentais: alicerçadas na aprendizagem operante), têm vindo a ser também utilizadas, de forma coadjuvada, intervenções familiares e psicoterapias da terceira geração, com destaque para o mindfulness. Assim, segundo Lapa, Carvalho, Viana e Pinto Gouveia (2015) "O objetivo do mindfulness neste contexto é, então, manter consciência do momento presente, diminuindo o apego a experiências (ex.:sensações físicas, pensamentos, emoções) que de outra forma estariam associadas a comportamentos automáticos ineficazes, promovendo o bem-estar e uma maior responsabilidade para com os objetivos pessoais." (p.4); identificando-se como mecanismo em ação na estratégia mindfulness:

- O impacto na regulação emocional - promoção da capacidade em regular afeto negativo (maior familiarização e menor reatividade com as experiências internas).

- O impacto na redução da ruminação - pensamentos repetitivos sobre estados emocionais negativos e autorreflexão sobre os eventos que os terão originado.

- A descentração e desapego - diminuem o evitamento de estados emocionais negativos (paradoxalmente aumentam a intensidade desses estados emocionais, ex: supressão), que diminuem a qualidade de vida e afastam os sujeitos de uma vida valorizada.

Sendo esta forma de intervenção cada vez mais estudada na sua aplicação no campo da dor, podemos dizer que estamos perante movimentos de estudo e prática do mindfulness, no âmbito dos fenómenos da dor e forma de lidar com ela, onde o treino de profissionais e população em geral tem vindo a acontecer com maior frequência. ■