

Este trabalho foi concluído em Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, em 20 de fevereiro de 1995.
C.F.E. / C3.6 / S.3
Fusco



1150023872



FOP
T/UNICAMP F985a

VIVIANE FUSCO

Cirurgiã - Dentista

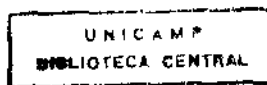
**AVALIAÇÃO DE EFEITO PLACEBO EM
PACIENTES PORTADORES DE DISFUNÇÃO DE
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (A.T.M.).**

**Tese apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba, Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do Grau de
Mestre em Ciências, área de Farmacologia.**

Orientador: Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

PIRACICABA

1994



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

BIBLIOTECA

8932

Aos meus pais,

por compartilharem meus ideais incentivando-me
a prosseguir na jornada, por seus esforços e
sacrifícios sempre presentes em minhas conquistas.

dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

- Ao Dr. **Antonio Bento Alves de Moraes**, Professor titular de Psicologia Aplicada da FOP - UNICAMP, pela orientação e amizade.

- À **Dra. Ivana Aparecida Gil**, Professora da Disciplina de Psicologia Aplicada da FOP-UNICAMP, pelo incentivo na carreira universitária, pelo apoio e colaboração dispensados na elaboração deste trabalho.

- Ao **Departamento de Prótese da FOP - UNICAMP** e à **Denise Martinelli**, cirurgiã-dentista, pelo auxílio e colaboração.

- Ao Prof. Dr. **José Dias Sobrinho**, Pró-Reitor do Programa de Pós- Graduação, pela atenção e incentivo aos cursos de Pós - Graduação.

- Ao Prof. Dr. **Frab Norberto Bóscolo**, Coordenador dos Cursos de Pós - Graduação da FOP - UNICAMP, pelo apoio e estímulo aos alunos de Pós - Graduação.

- À **C.A.P.E.S.**, pelo incentivo aos cursos de pós-graduação e apoio financeiro para a execução deste trabalho.

- À **Dra. Sônia Vieira**, Professora Titular da área de Bioestatística do Departamento de Odontologia Social da FOP - UNICAMP, pela atenção relacionada à organização e análise dos dados.

- Aos **Docentes da Área de Farmacologia** do Departamento de Ciências Fisiológicas da FOP - UNICAMP, pela colaboração e incentivo.

- Aos **Docentes e ao Técnico Marcos Blanco Cangiani**, da Área de Materiais Dentários do Departamento de Odontologia Social da FOP - UNICAMP, pelo auxílio e colaboração na impressão da tese.

- Ao Sr. **Renato Muraro Delanhesi** e ao **Dr. Sergio Santos**, pelo apoio e colaboração.

- À Sra. **Sueli Duarte de Oliveira Soliani**, Bibliotecária da FOP - UNICAMP, pela colaboração prestada na organização das referências bibliográficas.

- À **Elisa**, Secretária da área de Farmacologia e à **Baby**, secretária do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP, pela colaboração pela boa vontade e auxílio prestado.

- À **Lúcia Helena**, amiga em todos os momentos, pelo apoio e pela confecção dos "slides".

- Ao meu cunhado, **Valmir**, pelo incentivo e pela orientação na operação do computador.

- Aos amigos dos Cursos de Pós - Graduação, especialmente, **Andréa, Adriana, Cláudia, Fernando, João Miguel e Kira**, pelo companheirismo, apoio e colaboração.

- À minha tia **Aparecida** pelo apoio e incentivo para a realização deste trabalho.

- Às minhas irmãs, **Rosmari, Valéria e Cristiane**, pela amizade e apoio em todos os momentos.

- Àqueles que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

CONTEÚDO

I - INTRODUÇÃO.....	01
II - REVISÃO DA LITERATURA.....	04
1. Aspectos Históricos.....	05
2. Definição.....	07
3. Epidemiologia.....	09
4. Etiologia.....	10
4.1. Fatores Oclusais.....	10
4.2. Fatores Musculares.....	10
4.3. Fatores Psicológicos.....	10
4.3.1. O Papel do Estresse.....	12
4.3.2. Bruxismo.....	13
4.4. Multideterminação.....	15
5. Sinais e Sintomas.....	17
6. Diagnóstico.....	19
7. Tratamento.....	21
8. Placebo.....	23
III - MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
1. Sujeitos.....	26
2. Ambiente.....	27
3. Instrumentos.....	28
4. Procedimentos.....	30
4.1. Contato Telefônico.....	30
4.2. Primeira Sessão.....	31
4.3 Segunda Sessão.....	33
IV - RESULTADOS.....	34
V - DISCUSSÃO.....	56
VI - CONCLUSÕES.....	60
VII - RESUMO.....	62
VIII - ABASTRACT.....	65
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
X - APÊNDICE.....	75
1. Anexo 1.....	76
2. Anexo 2.....	77
3. Anexo 3.....	78
4. Anexo 4.....	79
5. Anexo 5.....	80
6. Anexo 6.....	81
7. Anexo 7.....	82
8. Anexo 8.....	83

I - INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

A disfunção da articulação temporomandibular (A.T.M.) afeta uma larga escala da população. Embora os dados epidemiológicos sejam controversos e dependentes da amostra populacional em estudo, há estimativas de que 50% da população adulta apresenta pelo menos um sinal da disfunção de A.T.M. (CLARCK, 1987).

Muitos estudos (GROSS & VACCHIANO, 1973) têm tentado relacionar o estresse à etiologia da síndrome de disfunção de A.T.M.. LIPP (1990), define estresse como alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se sente forçada a enfrentar uma situação que a irrite, amedronte, confunda ou excite ou mesmo que a faça muito feliz.

A dor é o sintoma mais frequentemente relatado em indivíduos portadores de disfunção da A.T.M., sendo que sua descrição clínica varia de paciente para paciente. Geralmente apresenta um padrão de ocorrência, sendo mais freqüente em uma determinada hora do dia ou durante a função mandibular.

FRICTON (1991) relata que a dor crônica pode criar múltiplos problemas psicossociais, que levam a uma situação estressante. Entende-se por dor crônica, aquela que não é auto-limitante, parece permanente e geralmente não apresenta um propósito biológico. Embora alguns pacientes acostumem-se a conviver com a dor, outros tornam-se ansiosos e deprimidos, com altos níveis de tensão, distúrbios no sono e no apetite.

Na pesquisa médica é muito difundido o uso de substâncias com efeito placebo (substâncias sem princípio farmacologicamente ativo) com o objetivo de reduzir a dor de pacientes que sofrem de diversos tipos de enfermidades. Há inúmeros relatos de pesquisadores que obtiveram sucesso na redução da dor com o uso dessas substâncias (CHONG, 1986).

A dor experimentada pelo paciente com disfunção de A.T.M. é crônica e representa uma experiência diferente e mais complexa que a dor aguda.

Outros pesquisadores, como JACOB, 1991, têm investigado a relação entre aspectos emocionais e a disfunção da A.T.M..

Diante deste contexto, pretende-se através deste estudo, investigar a eficácia do placebo sobre as manifestações de dor em pacientes portadores de disfunção da A.T.M. e avaliar o

papel do estresse provocado por eventos da vida, no período relativo aos últimos 12 meses, em indivíduos portadores de disfunção de A.T.M. e na população "normal".

II - REVISÃO DA LITERATURA

II - REVISÃO DA LITERATURA

1 - ASPECTOS HISTÓRICOS DA DISFUNÇÃO DA A.T.M.

Há relatos muito antigos a respeito das desordens envolvendo o sistema estomatognático. Já no século V a.C., Hipócrates preocupou-se com os problemas resultantes do deslocamento da mandíbula (MIKHAIL & ROSEN, 1980).

PRENTISS (1918) relatou que a perda de molares e pré-molares produzia um movimento condilar distal, resultando em pressão direta sobre a trompa de eustáquio e estruturas do ouvido e compressão do nervo aurículo-temporal.

GOODFRIEND (1933) sugeriu que a alteração da relação articular era primariamente um deslocamento condilar superior-posterior, o qual resultava em relaxamento de ligamentos e músculos, eventualmente causando atrofia do disco e desgaste da superfície articular e reabsorção do osso. O autor acreditava que o barulho de crepitação provavelmente era causado pelo afrouxamento da fixação do disco ao côndilo e os sintomas auditivos (audição reduzida, zumbido) causados diretamente pela pressão no nervo aurículo-temporal.

No entanto de acordo com MIKHAIL & ROSEN (1980), a primeira descrição abrangente de sintomas envolvendo a A.T.M. foi proposta por um otorrinolaringologista chamado COSTEN em 1934. Com base em uma amostra de 11 sujeitos, ele identificou alguns sintomas, incluindo audição reduzida, vertigens, zumbido nos ouvidos, dor de cabeça, sons de estalos na A.T.M., inchaço, dor nos ouvidos, secura na boca e sensação de queimação na língua e garganta. Essa série de sintomas ficou conhecida como "Síndrome de Costen". Costen atribuiu essa sintomatologia à perda de dentes posteriores, com conseqüente redução da dimensão vertical e deslocamento do côndilo para cima e para trás, que resultaria em pressão condilar sobre as estruturas retrocondilares, principalmente sobre o nervo e artéria aurículo-temporal e sobre o meato acústico externo.

SCHWARTZ (1955) relatou que a disfunção da A.T.M. era provocada principalmente pela disfunção dos músculos mastigatórios, considerando as anormalidades oclusais apenas como fatores contribuintes, ou seja, aqueles que sozinhos não podem causar doença, mas reduzem a resistência do hospedeiro ao fator determinante (DAWSON, 1980).

A partir da definição de Costen, os clínicos conscientizaram-se da complexidade do diagnóstico e terapêutica seguros. Historicamente, a sintomatologia é muito ampla. Atualmente, vários autores (**FRICTON, 1991**) concordam que os sinais e sintomas mais comumente encontrados incluem sensibilidade nas articulações e músculos, dor articular, limitação e desvio nos movimentos mandibulares, dores faciais, dor de cabeça, ruídos articulares e dificuldades nas funções mandibulares.

2 - DEFINIÇÃO

As alterações que ocorrem na morfologia e função das articulações temporomandibulares não se encontram na literatura de forma padronizada em relação a vários aspectos, como terminologia, prevalência, etiologia, sintomatologia, tratamento e prognóstico. Além disso, também não há um consenso quanto ao diagnóstico e ao protocolo de exame. Observa-se ainda, que muitas alterações patológicas têm recebido a denominação de disfunção da A.T.M., embora difiram entre si em relação a alguns dos aspectos citados acima.

Quando existem desvios da normalidade no sistema estomatognático, estes são designados como disfunção da A.T.M.. Entende-se como disfunção, uma perturbação parcial, enfraquecimento ou anormalidade da função de um órgão (**RAMFJORD & ASH, 1984**).

Ao longo dos anos, esta síndrome recebeu várias denominações, como por exemplo, dor-disfunção da articulação temporomandibular (**SCHWARTZ, 1957**) e síndrome dor-disfunção miofacial (**LASKIN, 1969**).

FERREIRA (1987), define síndrome como reunião de sinais e sintomas que ocorrem, em conjunto, provocados por um mesmo mecanismo e dependentes de causas diversas.

Segundo **MIKHAIL & ROSEN (1980)**, a denominação mais comum para desordens na A.T.M. é síndrome de dor- disfunção miofacial (D.D.M.). O termo (D.D.M.) foi inicialmente proposto para identificar um subgrupo de pacientes com disfunção da A.T.M., o qual **LASKIN** pensou representar a maioria dos pacientes portadores de dor e disfunção do sistema mastigatório. No entanto, os termos síndrome de disfunção de A.T.M. e síndrome de dor-disfunção miofacial têm sido usados como sinônimos por muitos autores, o que representa um problema para comparações entre diferentes estudos.

De acordo com **RAMFJORD & ASH (1984)**, a disfunção do sistema mastigador inclui qualquer desarmonia que ocorra nas relações de função dos dentes e suas estruturas de suporte, da maxilas e mandíbula, das articulações, dos músculos mastigadores e dos suprimentos vascular e nervoso desses tecidos. Os resultados podem ser variados e amplos, incluindo danos ao periodonto, à mucosa bucal, à A.T.M. e aos dentes, além de perturbações na mastigação e deglutição.

O glossário de termos protéticos, endossado por muitas associações científicas dos E.U.A., define disfunção da A.T.M. como sendo a função anormal, incompleta ou alterada das articulações temporomandibulares (JACOB,1991).

Devido aos problemas referentes ao diagnóstico diferencial da síndrome de disfunção da articulação temporomandibular (A.T.M.) e síndrome de disfunção dolorosa miofacial (D.D.M.), os termos serão citados de acordo com a denominação dada originalmente pelos autores. No entanto, caso sejam observadas diferenças significativas entre as definições propostas por diferentes autores, isto será referido em nota de rodapé, a fim de que não haja comprometimento nas comparações feitas com os dados do presente estudo.

3 - EPIDEMIOLOGIA

Os dados sobre a prevalência da síndrome de disfunção da articulação temporomandibular e dos músculos, são confusos e não muito significantes. As conclusões dependem, em grande parte, de que tipo de sinais e sintomas o estudo inclui em sua definição da síndrome de disfunção (SCHWARTZ, 1957).

Alguns estudos (BLACKWOOD, 1963) relatam que a maioria dos pacientes portadores de disfunção de A.T.M. se encontram, principalmente, na faixa etária entre 20 e 40 anos. Outros, relatam que a faixa etária dos pacientes se encontra entre 40 e 50 anos (PERRY, 1969).

SOLBERG et al. (1979), examinaram uma amostra de 739 jovens estudantes e relataram que 76% apresentavam pelo menos um sinal da disfunção com distribuição semelhante entre homens e mulheres.

RUGH & SOLBERG (1985), relatam que problemas discretos de disfunção de A.T.M. são comuns entre homens e mulheres, enquanto problemas mais severos são mais comuns em populações clínicas de mulheres.

CLARCK (1987), relata que cerca de 50% da população apresenta pelo menos um sinal da disfunção da A.T.M., embora isto seja insuficiente para caracterizar sua ocorrência.

As razões para as discrepâncias, relatadas na literatura, em relação à idade e sexo da população atingida pela disfunção não estão estabelecidas e requerem novas pesquisas.

4 - ETIOLOGIA

Na literatura são apontados fatores etiológicos diversos, em geral mais de um, variando, no entanto, a ênfase dada por cada autor a um determinado fator.

4.1 - Fatores Oclusais

Tem sido relatado por muitos clínicos a redução dos sintomas dolorosos da A.T.M. através de ajuste oclusal.

SHORE (1968), relata que obteve redução de sinais e sintomas em pacientes portadores de disfunção de A.T.M. através de ajuste oclusal, ou seja, uma terapia de correção oclusal realizada através de desgaste dental seletivo.

POSSELT (1971) relata que sujeitos que exibiam sintomas severos de disfunção de A.T.M. e foram tratados por ajuste oclusal, apresentaram redução desses sintomas.

4.2 - Fatores musculares

Segundo **LASKIN (1969)**, as causas mais comuns de fadiga muscular são os hábitos orais, como apertamento ou rangimento de dentes. O desenvolvimento de espasmo em um ou mais músculos da mastigação leva não somente à dor e limitação dos movimentos, mas também altera a posição mandibular. Se essa nova posição é mantida, a oclusão tende a acomodar-se, o que pode ser danoso ao equilíbrio do sistema estomatognático.

YEMM (1976), relata que a hiperatividade dos músculos pode originar-se no Sistema Nervoso Central e que esta pode ser suficiente para causar danos musculares, provocando distúrbios na função, dor e sensibilidade local, além de dor referida nas estruturas adjacentes à articulação temporomandibular. Isto sugere que o estresse físico ou psicológico experimentado pelo indivíduo leva ao aumento de atividade muscular.

4.3 - Fatores Psicológicos

Alguns estudos têm tentado determinar traços comuns de personalidade em pacientes com dor facial e focar aspectos psicológicos de indivíduos portadores de disfunção da A.T.M..

KYDD (1959), testou 30 pacientes com queixas de problemas na A.T.M. e constatou que 23 dos 30 pacientes testados eram emocionalmente instáveis. Descreveu os pacientes como ansiosos, tensos e apreensivos. A avaliação emocional dos sujeitos com queixas foi feita através da descrição da história da dor (como iniciou e como progrediu), da avaliação da presença de um agente estressor quando se iniciou a dor, da aplicação do Cornele Medical Index, do Inventário de Personalidade Multifásico de Minesota (M.M.P.I.) e do Edwards Personality Profile. No entanto esse estudo é correlacional, o que não permite o estabelecimento de uma relação causal entre problemas emocionais e disfunção da A.T.M..

MARBACH & DWORKIN (1975), sugeriram que o paciente típico D.D.M. é pacífico-agressivo- "deseja permanecer dependente, enquanto se debate com a necessidade premente de auto-afirmação". Os sintomas da D.D.M. oferecem uma vantagem paralela: atenção, simpatia e oportunidade de manipular os outros, ao mesmo tempo que oferece uma justificativa para os sentimentos de depressão e o desejo de solidão. A eliminação dos sintomas, o objetivo do clínico, parece opor-se, às necessidades psicológicas do paciente.

JACOB (1991), através da aplicação e análise do Inventário de Personalidade Multifásico de Minesota (M.M.P.I.), relata que tanto nas escalas de validade, como nas escalas clínicas, não há evidências de associação de distúrbios psiquiátricos em relação à disfunção da A.T.M.. No entanto, foram observadas algumas diferenças entre o grupo controle e o grupo com disfunção, quanto às variáveis depressão, histeria e introversão-extroversão, sendo significativamente mais altas nos grupos com disfunção. Entretanto, este estudo também é correlacional.

MARBACH (1982), aplicou um conjunto de testes psicológicos a 199 pacientes portadores da síndrome da disfunção dolorosa temporomandibular (grupo experimental) e a 139 pacientes não portadores dessa disfunção. Esses testes visam identificar as seguintes variáveis psicológicas consideradas como fatores de risco: locus de controle, angústia ("distress"), negação, enfrentamento e mensuração de atitudes em relação à saúde. Os dados encontrados não revelam uma correlação significativa entre as medidas psicológicas e a disfunção dolorosa temporomandibular. Esses dados estão de acordo com o conjunto da

pesquisa atualmente disponível, que não fortalece o papel de fatores psicológicos no desencadeamento e na manutenção da disfunção dolorosa temporomandibular

4.3.1 - O papel do estresse

Segundo **LIPP (1990)**, o termo estresse foi usado na área médica pela primeira vez por **HANS SELYE** em 1926, que notou que muitas pessoas sofriam de várias doenças físicas e reclamavam de alguns sintomas comuns, como falta de apetite, pressão alta, desânimo e fadiga. Segundo esta autora, o estresse é causado por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se sente forçado a enfrentar uma situação que a irrite, amedronte, excite ou confunda ou mesmo que a faça muito feliz.

WEITEN (1988), define estresse como qualquer circunstância que ameace ou seja percebida como ameaça ao nosso bem-estar, e que, portanto, sobrecarregue nossa capacidade adaptativa. Relata que o estresse pode ser dividido em físico (exposição ao calor excessivo, infecções) e psicológico (entrevista para um emprego), sendo que estes podem se superpor e interagir.

LAZARUS (1975), relata que tanto o estresse psicológico como o estresse físico resultam de um evento externo, que geralmente é chamado de estímulo potencialmente estressor. Os fatores externos levam a dois processos internos: avaliação primária e secundária, sendo que estas são avaliações cognitivas sobre a maneira de percebermos os estímulos estressores e dos recursos que dispomos para corresponder às suas exigências.

YEMM (1969), induziu estresse diretamente, em pacientes em situações experimentais, através de um aparelho que consistia de 6 lâmpadas dispostas em um painel em série vertical, cujos botões correspondentes estavam montados em série horizontal. As lâmpadas eram acesas em uma determinada ordem. Pedia-se ao paciente que apertasse o botão correspondente a medida que as lâmpadas eram acesas. Caso fosse apertado o botão errado, era emitido um som e uma pequena descarga elétrica. **YEMM** relatou que sujeitos normais, quando submetidos ao estresse experimental, exibem uma tendência de reduzir atividade eletromiográfica após um certo tempo, ao passo que redução semelhante não foi observada em pacientes portadores de disfunção de A.T.M..

MERCURI et al. (1969) compararam os efeitos fisiológicos de estresse induzido em laboratório em 20 pacientes portadores de síndrome dolorosa miofacial (D.D.M.) e 20 controles não D.D.M., registrando atividades do masseter direito e esquerdo, frontal e gastrocnêmio direito, assim como alterações na frequência cardíaca e resistência galvânica da pele. O experimento foi realizado em 6 fases contínuas: 1) uma fase pré-teste, na qual foram anotados os valores basais para cada parâmetro; 2) dois minutos, em que o paciente ouvia 75 decibéis liberados através de fones de ouvidos; 3) um minuto de descanso seguido por um sorteio para provocar estresse (sorteio de 45 cartas que continham uma palavra, sendo que a maioria delas eram relacionadas a sexo, a relações pessoais significantes ou neutras; os sujeitos foram instruídos a distribuir as cartas em 3 pilhas conforme as considerasse agradáveis, desagradáveis ou neutras); 4) outro minuto de descanso seguido por uma fase de associação das palavras (o examinador iniciou com as cartas da pilha agradável e dizia cada palavra ao sujeito, que imediatamente lhe respondia com uma palavra; este procedimento foi repetido para cada pilha); 5) após mais um minuto de descanso foram aplicados estímulos dolorosos produzidos por 94 projeções de acrílico de 7 milímetros (semelhantes a agulhas) presas ao punho do paciente através de um esfigmomanômetro clínico, que foi insuflado lentamente até que o paciente pedisse para parar; 6) uma fase pós-teste de um minuto para o restabelecimento da atividade basal. Os autores relatam que os pacientes portadores de D.D.M. exibiram atividade significativamente maior no masseter e frontal (registradas por eletromiografia) que o grupo não D.D.M.. Concluíram que o resultado reforça a existência de uma resposta específica ao estresse em pacientes com D.D.M..

4.3.2 - Bruxismo

JACOB (1991), define bruxismo como o ato de ranger ou apertar os dentes, sem propósitos funcionais claramente identificados, ou seja, como um hábito parafuncional que ocorre fora do processo de mastigação ou mordedura.

O bruxismo afeta uma porção significativa da população, atingindo crianças e adultos. Alguns autores caracterizam alguns tipos de personalidade como sendo mais susceptíveis ao bruxismo. Porém não há causa-efeito estabelecida (**GLAROS & RAO, 1977**).

MARLES (1977), relata que o comprometimento ou obstrução das vias aéreas superiores também está associado ao bruxismo, sendo que a incidência deste é cerca de três vezes maior em crianças alérgicas que têm episódios recorrentes de edema alérgico nas trompas de Eustáquio em relação às crianças normais. Isso provoca um reflexo de bruxismo na tentativa de abrir as trompas. Se houver persistência da alergia, esse padrão provavelmente se manterá no adulto.

Embora o bruxismo não esteja necessariamente associado à disfunção da A.T.M., sujeitos com bruxismo apresentam sensibilidade maior à palpação do masseter, limitação da abertura da boca e dor de cabeça (**SOLBERG et al. 1979**).

Segundo **DAWSON (1980)**, o bruxismo pode causar efeitos como hipermobilidade e desgaste dental prematuros. Está associado também à dor na A.T.M., espasmo muscular, fratura dental e restaurações quebradas.

RAMFJORD & ASH (1984), relataram que o bruxismo pode provocar dor de cabeça, irritabilidade do Sistema Nervoso Central e hiperfunção muscular, uma vez que resulta de forças contráteis isométricas dos músculos, que produzem cargas muito superiores às encontradas na mastigação normal. Esses autores relatam ainda que o travamento ("bruxismo cêntrico"), refere-se principalmente ao travamento habitual de músculos mastigadores, sem a presença de qualquer situação de emergência física óbvia. Essa tensão habitual de travamento dos músculos pode continuar-se por longos períodos durante a vigília e é provavelmente mais comum nesta que durante o sono, podendo no entanto, ocorrer neste período. Como este travamento ocorre sem sons audíveis, o paciente quase sempre não tem consciência do hábito. O bruxismo mais severo ocorre normalmente durante o sono, quando os mecanismos de proteção dos receptores sensoriais de vigília estão ausentes. Porém, muitos indivíduos também rangem os dentes quando estão acordados e sob tensão.

Segundo **BAYLEY (1990)**, as teorias atuais sobre bruxismo relacionam cefaléias matinais, bruxismo e distúrbios do sono com atividade muscular alterada e flutuação dos níveis de oxigênio, que podem concorrer para o aumento de dores faciais e aumento de pressão sanguínea e temperatura intra-craniana.

CHRISTENSEN (1971) demonstrou que bruxismo experimental pode produzir sintomas dolorosos semelhantes àqueles relatados por pacientes portadores de disfunção da A.T.M. Neste estudo os pacientes rangeram os dentes unilateralmente por 30 minutos.

Relataram que a dor muscular atinge o auge em cerca de duas horas e que pode persistir por um período de 1 a 7 dias. Isto nos sugere que o bruxismo pode ser um fator etiológico da disfunção da A.T.M..

O bruxismo, no entanto, pode ser um fenômeno por si só, ou seja, não é necessário que o indivíduo seja portador de disfunção de A.T.M. para que este ocorra.

4.4 - Multideterminação

Outros autores relatam que a etiologia da disfunção da A.T.M. é multifatorial, ou seja, consideram diversos fatores como possíveis causadores. Assim, **McNEILL et al. (1980)**, relatam que a etiologia da disfunção craniomandibular pode incluir fatores genéticos, de desenvolvimento, fisiológicos, traumáticos, patológicos, ambientais e comportamentais e podem ser divididos em:

-fatores predisponentes, que incluem discrepâncias (de forma e tamanho) de estruturas do sistema mastigatório. Além disso, desordens fisiológicas, assim como neurológicas, vasculares, nutricionais ou metabólicas podem predispor o paciente a problemas craniomandibulares. Entre os fatores predisponentes incluem-se também as doenças sistêmicas, infecções, neoplasias e desequilíbrios ortopédicos;

-fatores comportamentais, que referem-se à personalidade do paciente, a maneira como o paciente responde ao estresse, que pode ser expresso através de hábitos orais nocivos, como apertamento dental ou bruxismo;

-fatores precipitantes (desencadeantes), que incluem trauma, não somente referente ao sistema mastigatório, mas à cabeça e pescoço do paciente, respostas adversas ao estresse, problemas iatrogênicos, infecção e fatores idiopáticos;

-fatores perpetuantes (mantenedores), que são manifestados primariamente pelo ciclo mioespasmo-dor-espasmo, podendo ser relatados para uma ou algumas combinações dos fatores predisponentes e precipitantes citados acima.

CLARK (1987) classificou a etiologia da disfunção da A.T.M. como sendo:

-macrotrauma, que pode decorrer de impacto ou super-estiramento muscular; podendo ser causado por iatrogenia ou distensão durante o tratamento odontológico ou cirúrgico ou ainda por um impacto acidental;

-microtrauma, que pode ser decorrência de comportamentos repetitivos, como ranger ou apertar dentes, mastigação atípica (como por exemplo mascar chiclete continuamente). Esses comportamentos são altamente prejudiciais e produzem dores na A.T.M. e músculos mastigatórios;

-artrite, que pode ser de natureza degenerativa ou inflamatória e produz sintomas de dor articular, bem como sintomas secundários na musculatura mastigatória;

-cargas biomecânicas anormais, que podem ser resultado de cargas dentais excessivas ou perda(s) dental(ais);

-tensão muscular resultante de estresse.

Uma concepção de multideterminação para a análise da etiologia da disfunção da A.T.M. possibilita a compreensão do fenômeno dentro de um amplo espectro de possíveis variáveis causais. Considerando a complexidade da síndrome da disfunção da A.T.M. e a diversidade dos fatores etiológicos, uma abordagem de multideterminação ainda que teórica, possibilita uma visão integradora do problema e uma análise dos testes experimentais.

5 - SINAIS E SINTOMAS

GREENE et al. (1969) relataram que embora outros sintomas não possam ser excluídos definitivamente da síndrome, o diagnóstico para dor disfunção da A.T.M. pode ser realizado com base em quatro sinais básicos: dor, ruídos articulares, limitação dos movimentos mandibulares e sensibilidade à palpação, embora o tratamento deva ser individualizado. A dor é o sintoma mais freqüente desta disfunção.

MERSKY et al. (1979), definiram dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou virtual, ou descrita nos termos dessa lesão".

FRICTON (1991) relata que a dor provocada pela disfunção da A.T.M. é crônica. A dor aguda é temporária, geralmente auto-limitante, tem uma causa específica e observável em geral não provoca reações psicológicas persistentes. A dor crônica, ao contrário, não é auto-limitante, parece ser permanente e geralmente não tem causa aparente ou um propósito biológico, criando múltiplos problemas psico-sociais, podendo confundir o paciente e o clínico.

LASKIN (1969) relata que, na maioria das vezes, a dor é descrita pelo paciente como uma dor surda, sentida na região auricular ou pré-auricular, podendo irradiar-se para o ângulo da mandíbula, área temporal ou região cérvico-temporal. A dor pode ser relatada como constante, sendo mais freqüente seu relato como sendo mais intensa pela manhã, ou também como relativamente branda pela manhã e intensificando-se gradualmente durante o dia. Também há relatos de que a dor é exacerbada durante as refeições. Outro sintoma comum é a sensibilidade muscular. Embora não seja usualmente relatado pelo paciente, este sintoma pode ser detectado pelo examinador. As áreas de sensibilidade mais freqüentemente relatadas são: porção superior do pescoço, mandíbula e região distal e superior da tuberosidade da maxila. O ângulo da mandíbula e a crista temporal também são citados. Essas áreas de sensibilidade são supostamente regiões onde ocorrem espasmos de músculos mastigatórios. Outros sintomas comuns, segundo **LASKIN (1969)**, é o estalo na A.T.M. e a limitação do movimento mandibular, caracterizada pela inabilidade de abrir a boca ou por desvio da mandíbula durante os movimentos de abertura ou fechamento da boca.

Em relação aos sons produzidos durante os movimentos condilares, **RUGH & SOLBERG (1974)**, sugeriram que na ausência de outros sintomas de diagnóstico da síndrome D.D.M. este não é suficiente para se confirmar a ocorrência desta síndrome, já que é alta a incidência desses sons na população assintomática.

O estalo na A.T.M. é o som articular mais comumente relatado, estando presente em 42% da população assintomática (**HANSSON, 1975**) e em 27% da população sintomática (**MAGNUSSON, 1984**).

Segundo **McNEIL et al. (1980)**, as desordens craniomandibulares são caracterizadas por sensibilidade dolorosa nos músculos da mandíbula, cabeça e pescoço, dor nas articulações temporomandibulares, limitação de movimentos mandibulares, barulhos articulares e assimetrias faciais decorrentes de hipertrofias musculares. Dores de cabeça, nos ouvidos, no pescoço e nos dentes também são frequentemente relatadas.

Todos os estudos concordam que a dor na articulação e nos músculos, durante a função e mesmo sem movimentos, qualifica-se como manifestação importante desta disfunção.

De uma maneira geral, os principais sinais e sintomas descritos por clínicos e pesquisadores são: ruídos articulares, dor e sensibilidade nos músculos faciais e articulações temporomandibulares, desvio ou limitação na abertura bucal.

6 - DIAGNÓSTICO

Em Odontologia e Medicina, o diagnóstico e o tratamento de síndromes dolorosas estão entre os principais problemas do clínico.

Múltiplas condições orgânicas e não-orgânicas (psico-fisiológicas) podem contribuir para compor a dor facial e a disfunção mandibular, sendo que as desordens da A.T.M. precisam ser cuidadosamente diferenciadas de outras entidades patológicas que possuem sintomas similares (McNEIL et al., 1980).

Segundo **BATAGLION et al. (1991)**, para a obtenção de um diagnóstico correto deve-se observar os critérios que serão descritos abaixo.

Uma história detalhada pode ser o modo mais importante de diagnóstico de disfunção da A.T.M., sendo que o clínico deve dispensar o tempo necessário para isto. A história da vida pessoal do paciente deve ser investigada para se obter informações sobre sua relação com a família e amigos, bem como sobre sua ocupação profissional. Isto permite ao clínico levantar hipóteses sobre os fatores etiológicos da disfunção. Deve-se investigar também, a história médica e dental do paciente, uma vez que longos períodos de dor geralmente levam ao estresse. Sabe-se, também, que medicamentos, como por exemplo a clorpromazina, podem produzir espasmos involuntários e irregulares dos músculos mastigatórios e faciais. Outro dado importante para o diagnóstico é a verificação da ocorrência de hábitos, como bruxismo, sucção de dedos, roer unhas, apoiar a face nas mãos ou dormir sempre de um mesmo lado. A história da dor também deve ser investigada. O conhecimento das circunstâncias nas quais a dor se iniciou permite relacionar a etiologia com os sintomas, uma vez que os sintomas dolorosos podem ser consequência de injúria dental ou estresse emocional. Conhecendo-se a localização da dor é possível eliminar algumas possibilidades de diagnóstico. O modelo de ocorrência da dor também é importante, uma vez que o paciente com disfunção da A.T.M. geralmente relata exacerbação da dor durante a função ou em uma determinada hora do dia. O clínico deve investigar também se há variação na sintomatologia com certos estímulos ou medicamentos, como por exemplo, o relato de alívio dos sintomas com bolsa de água quente ou com a ingestão de relaxantes musculares.

Um exame clínico metucioso deve incluir a região da A.T.M. e função mandibular (presença de desvios dos movimentos ou da linha média, presença de interferências),

palpação dos músculos da cabeça e pescoço (sensibilidade e dor), inspeção na cavidade bucal (condições dentais: presença de cáries, perdas dentais, próteses, desgastes dentais, as condições das estruturas de suporte dental e uma análise da oclusão (que deve ser feita clinicamente e através de montagem de modelos no articulador). Deve-se realizar também a auscultação da A.T.M., uma vez que a presença de ruídos como estalos ou crepitação auxiliam o diagnóstico. Realiza-se também testes provocativos (mordedura de gaze), que podem provocar dor (estruturas articulares afetadas) ou alívio (disco afetado). O clínico deve observar também a postura do paciente e a simetria facial.

Exames radiográficos podem incluir radiografia da A.T.M., radiografia transcraniana, tomografia computadorizada, xerografia e até mesmo as mais novas técnicas de traçado nuclear.

A eletromiografia é útil como auxílio de diagnóstico e na avaliação de procedimentos terapêuticos, uma vez que pacientes com síndrome de disfunção de A.T.M. geralmente apresentam aumento e/ou irregularidade na atividade muscular.

Os testes psicológicos, como o Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota, têm sido empregados a fim de observar características comuns na personalidade de pacientes com disfunção de A.T.M..

Uma anamnese e exame clínico detalhados podem ser suficientes para levar ao diagnóstico de disfunção de A.T.M., sendo que os demais exames citados anteriormente podem ser necessários como auxílio de diagnóstico e para proporcionar maior segurança ao clínico em relação ao prognóstico e ao plano de tratamento de cada caso individualmente.

7. TRATAMENTO

Têm sido empregadas diversas formas de tratamento para indivíduos portadores de disfunção da A.T.M.. **WEINBERG (1979)** relata que estes tratamentos podem ser divididos em:

a. Terapia Paliativa, que tem por objetivo reduzir a dor e restabelecer a função, não eliminando, no entanto, a causa. Inclui:

- Placa de mordida oclusal, confeccionada com resina acrílica e interposta entre os dentes superiores e inferiores com o objetivo de reduzir a sintomatologia dolorosa e reposicionar a mandíbula. Há vários modelos, que variam de um clínico para outro, porém sempre com o objetivo de desoclusão dental.

- Medicação (inclusive placebos), que consiste no uso de analgésicos, antiinflamatórios, relaxantes musculares e ansiolíticos;

- Remédios caseiros, como compressas quentes (secas e úmidas), dietas líquidas e auto-massagens;

- Injeções intra-orais de anestésicos (com ou sem vasoconstritor) nos músculos da mastigação;

b. Terapia causativa, que consiste em reposicionar a mandíbula e posicionar os côndilos simetricamente na cavidade articular.

c. Tratamentos adjuntos, que incluem:

- Fisioterapia, que tem sido considerada como um dos tratamentos adjuntos mais efetivos, por melhorar a circulação e portanto melhorando o quadro da inflamação articular e do espasmo muscular;

- "Biofeedback", que consiste em informar ao paciente segundo por segundo de forma gráfica ou sonora as variações de uma certa condição do organismo. **INGERSOLL (1986)** relata que o "biofeedback" é um método de conseguir controle sobre processos corporais. Ele envolve uma variedade de técnicas que fornecem "feedback" biofisiológico ao paciente sobre um dado processo corporal do qual usualmente não tem consciência. Por exemplo, o grau de tensão muscular pode ser eletromecanicamente convertido em um som, de tal maneira que o paciente pode ouvir quão forte está sua tensão em um dado grupo muscular. Dessa maneira, ele pode exercer algum controle cognitivo ou de respiração para alterar sua tensão.

- Psicoterapia é um processo longo de auto-conhecimento, que pode ser útil na redução da reação do paciente ao estresse;

- Balanceio de elementos químicos do sangue, já que é possível que os indivíduos portadores de disfunção de A.T.M. possam ter um desajuste dos elementos sanguíneos nos tecidos. Uma vez que são essenciais ao sistema de transporte do fluido intracelular, se ajustados, haveria uma tendência de redução de processos inflamatórios nas articulações e músculos.

8. PLACEBO

O primeiro relato de observação sistemática de efeito placebo foi feito por JELLINEK em 1946, no qual relatou que de 199 pacientes portadores de cefaléia 120 relataram alívio com a ingestão de comprimidos que não continham nenhum princípio ativo.

VALLE et al. (1991) relatam que os pacientes que apresentam maior responsividade ao placebo são indivíduos jovens, portadores de doença aguda, sem experiência medicamentosa prévia, possuídores de Q.I. baixo, reduzido nível sócio-econômico e com ansiedade baixa ou moderada. Esse mesmo autor define o efeito placebo como "o efeito psicológico de qualquer medicação que não é devido à atividade farmacológica e cuja explicação pode ser dada como 'fenômeno induzido por mecanismo de sugestão'".

VOUDOURIS et al. (1990) relata que nos últimos 20 anos, vários modelos têm sido propostos para explicar o efeito placebo. O modelo de condicionamento, proposto por **WICKRAMASEKERA** em 1980 e o modelo de expectativa, proposto por **KIRSCH** em 1985 têm sido bem aceitos nos últimos anos. O modelo de condicionamento é baseado nas clássicas descobertas de **PAVLOV** durante seu trabalho de de condicionamento de secreção salivar em cães. O condicionamento reflexo pavloviano é um termo que se refere a uma determinada espécie de aprendizagem, segundo a qual estímulos "neutros" passam a eliciar algumas respostas depois de associados a estímulos "incondicionados". Os placebos seriam, então, estímulos neutros que se tornariam eficazes por terem sido previamente associados com estímulos incondicionados (**HOLLAND & SKINNER, 1969**). Por outro lado, o modelo de expectativa positiva deriva-se da teoria de que a expectativa de uma pessoa em relação a uma experiência específica em um dado momento, é o determinante primário para que essa expectativa se realize. **KIRSCH (1985)**, relata que o efeito placebo está baseado na resposta individual de expectativa para respostas automáticas, como a dor. O efeito placebo geralmente corresponde à crença ou conhecimento da pessoa a respeito do tipo de droga que ela acredita estar recebendo, e por isso, é estabelecida uma relação causal entre a expectativa e o efeito placebo. Os dois modelos diferem quanto a ao seguinte aspecto: o condicionamento prioriza a importância do aprendizado através de experiência direta e o modelo de expectativa prioriza a expectativa criada verbalmente.

BEECHER (1960) relata que a efetividade do placebo é cerca de 35% em pacientes portadores de dores patológicas enquanto naqueles em que a dor é induzida laboratorialmente essa redução é de apenas 3,2% aproximadamente.

GREENE & LASKIN (1971), em um estudo duplo-cego, dividiram ao acaso, um grupo de 90 pacientes em dois subgrupos, sendo que um recebeu meprobamato e o outro recebeu placebo. Durante o curso do estudo, os pacientes deveriam marcar a intensidade de sintomas objetivos (como estalos, sons articulares e limitação de movimentos) e sintomas subjetivos (dor nos músculos mastigatórios, no pescoço, na cabeça, nos ouvidos, na A.T.M., assim como fadiga durante a mastigação). Relatam que 58% dos pacientes do grupo meprobamato e 31% do grupo placebo apresentaram melhora e que os sintomas objetivos parecem ser menos afetados por ambas as drogas.

HANSSEN & THOROE (1991) relataram não ter encontrado diferenças estatisticamente significantes na redução da dor de pacientes portadores de dores faciais entre o grupo submetido a aplicação de "laser" e o grupo submetido ao placebo.

O presente estudo pretende investigar a eficácia de placebo sobre as manifestações de dor de pacientes portadores e de disfunção de A.T.M.. A influência da sugestão sobre a intensidade da dor percebida é claramente demonstrada por estudos sobre a eficácia dos placebos. Investigadores clínicos têm demonstrado que dores severas, como por exemplo as dores pós-cirúrgicas, podem ser aliviadas em alguns pacientes administrando-lhes placebos (usualmente alguma substância não analgésica, como açúcar, amido ou solução salina) ao invés de morfina e outras drogas analgésicas. Identificou-se que 35% dos pacientes relatam notável alívio da dor após ingestão de placebos (**MELZACK & WALL, 1983**).

III - MATERIAL E MÉTODOS

III - MATERIAL E MÉTODOS

1 - SUJEITOS

Participaram deste estudo 66 sujeitos do sexo feminino. Destes, 33 deles foram previamente diagnosticados como portadores de disfunção de A.T.M. pelo Departamento de Prótese da FOP-UNICAMP e possuem idade entre de 18 a 59 anos. O restante da amostra são indivíduos sem história prévia ou relato de disfunção da A.T.M., com idade entre 19 e 57 anos.

Os portadores de disfunção da A.T.M. fazem parte da lista de espera para tratamento no Núcleo de Estudos à Dor (N.E.D.) da FOP-UNICAMP e os indivíduos "normais" são acompanhantes dos pacientes da Clínica de Odontopediatria da FOP-UNICAMP.

Todos sujeitos pertencem a uma parcela da população de nível sócio-econômicos médio e baixo, embora não tenha sido realizada nenhuma avaliação sócio-econômica formal.

2 - AMBIENTE

Os instrumentos foram aplicados no Laboratório de Psicologia, nas dependências da FOP-UNICAMP.

Esse laboratório compreende 3 salas: uma sala de espera, uma sala de atendimento odontológico e uma sala de observação. Essa última liga-se às duas outras através de espelhos unidirecionais e de um equipamento de transmissão de som. Todas as entrevistas foram realizadas na sala de atendimento odontológico, sem que, no entanto, houvesse qualquer observação.

3 - INSTRUMENTOS

Foi usada inicialmente a Escala de Reajustamento Social (ANEXO 1), proposta por HOLMES e RAHE em 1967. A Escala de Reajustamento Social é a precursora de todas as escalas que listam eventos estressores. É um "checking-list" de 43 itens, sendo que cada um representa um evento potencialmente estressor. Os eventos foram exaustivamente pesquisados, e significam ocorrências que levam as pessoas a fazerem mudanças nas suas vidas. Os valores refletem a soma relativa das mudanças que precisam ser feitas. Por exemplo, quando uma pessoa perde o cônjuge, virtualmente, todos os aspectos da sua vida são mudados e, portanto considera-se que este evento promove o maior número de mudanças na vida da pessoa. Por outro lado, quando se recebe uma multa, embora seja desagradável, trata-se de um evento que não produz grandes mudanças. A relação de eventos não é constituída apenas de eventos negativos, uma vez que os eventos positivos também requerem mudanças, que por sua vez, podem causar desgastes para o indivíduo e levar a doenças.

De acordo com NUNES (1983), para a elaboração da escala, HOLMES e RAHE atribuíram arbitrariamente ao evento casamento o valor 500, e o respondente tinha que, com sua experiência, classificar os outros eventos, atribuindo um valor igual, maior ou menor, indicando o grau de readaptação em relação ao casamento. O valor médio de cada item representa a magnitude do evento, assim no degrau mais alto da escala, o coeficiente é de 100 U.R. (unidade de readaptação) em relação à morte do cônjuge. Esse instrumento é composto por 43 eventos da vida, considerados como fontes externas de estresse (mudanças na vida que podem produzir o estresse) e visa avaliar o grau de estresse ao qual o indivíduo esteve sujeito em relação aos últimos 12 meses da sua vida. Considera-se que uma soma de pontos, em relação aos últimos 12 meses, superior a 300 indica que a pessoa precisou investir uma quantidade excessiva de energia adaptativa e que, portanto, há uma grande probabilidade dela contrair alguma doença grave, em breve. Uma pontuação entre 299 e 151 é considerada moderada e abaixo de 151 pontos significa que a possibilidade da pessoa ficar doente devido ao estresse, oriundo de fontes externas, é mínima.

Outro instrumento utilizado foi a Ficha de Avaliação Diária de Dor (ANEXO 2), que é composta por duas escalas visuais analógicas, com 5 centímetros cada e dispostas lado a lado. A Escala Visual Analógica é uma linha contínua, com medida pré-determinada, para a

qual o paciente extrapola o grau de uma dada dimensão de dor, em um dado momento. Na Ficha de Avaliação Diária de Dor a linha da esquerda representa a intensidade da dor presente e a linha da direita representa a desagradabilidade da dor. A escala referente à intensidade apresenta em seus extremos, respectivamente, os seguintes indicadores: nenhuma dor e a dor mais intensa possível. A escala referente à desagradabilidade, por sua vez, apresenta nos seus extremos: nenhuma sensação desagradável e sensação mais desagradável possível. Este instrumento destina-se, portanto, à uma auto-avaliação que compreende duas dimensões da dor: afetiva (reações emocionais e autonômicas provocadas pela dor) e sensorial (aspectos espaciais, temporais, de calor e pressão da dor) **CASTRO (1989)**. Foram considerados como registros da intensidade e desagradabilidade da dor os valores numéricos das medidas obtidas com régua milimetrada (da esquerda para a direita) multiplicados por dois, uma vez que a escala visual analógica original media 10 centímetros, sendo consideradas duas casas decimais.

Utilizou-se, ainda para cada paciente, um frasco lacrado contendo 30 cápsulas com 17 mg de amido de milho cada. No rótulo de cada frasco havia o nome do paciente, o título "Analgésico Específico - A.T.M.", o período de validade e a dosagem do medicamento (300 mg), além do nome do farmacêutico responsável.

4 - PROCEDIMENTOS

4.1 - Contato telefônico

O primeiro contato feito pelo pesquisador com o paciente foi através de telefonema, quando foi confirmado que o paciente havia feito exame clínico para diagnóstico de disfunção de A.T.M., na FOP-UNICAMP. Foi verificado, também, se o paciente não se encontrava em tratamento, sendo que os que estivessem, não seriam chamados para a amostra deste estudo. O paciente foi informado que lhe seria fornecido, gratuitamente, um frasco de um analgésico específico para dores faciais, sem efeitos colaterais e com uma dosagem que seria personalizada a partir dos dados do exame clínico. Foi marcado, então, dia e hora para cada paciente, a fim de que as entrevistas fossem individuais.

4.2 - Primeira Sessão

Na primeira sessão foi informado ao paciente que se tratava de um estudo relacionado à disfunção de A.T.M. e o mesmo assinou espontaneamente um termo de anuência de participação do estudo (ANEXO 3). Foi perguntado se ele fazia uso de alguma medicação. Nos casos em que o paciente relatou que usava alguma medicação, foi perguntado o(s) nome(s) dos remédio(s) e esclarecido que não haveria interação medicamentosa entre aquele(s) medicamento(s) e o analgésico.

Em seguida, foi apresentada a Ficha de Avaliação Diária da Dor (ANEXO 4), que continha apenas uma escala de cada dimensão da dor (intensidade e desagradabilidade), com o objetivo de ensinar ao paciente o preenchimento da ficha que serviria como medida diária e para coletar dados relativos à dor antes do início do uso do placebo. Em seguida, uma outra ficha contendo 15 escalas de cada dimensão foi entregue ao paciente juntamente com o frasco de placebo e uma ficha de instruções (ANEXO 5) para o uso do mesmo.

As instruções foram apresentadas verbalmente ao paciente pelo pesquisador aproximadamente como se segue:

"Este analgésico, foi desenvolvido especificamente para alívio de dores faciais através de métodos fitoterápicos e não apresenta efeitos colaterais ou contra-indicações. Você deve tomar duas cápsulas por dia, uma após o almoço e uma após o jantar, por 15 dias, quando acabarem as cápsulas do frasco. Caso esquecer de tomar uma cápsula, você deve tomá-la no momento em que se lembrar, já que este analgésico tem efeito cumulativo. Amanhã você deve iniciar o uso do analgésico e o preenchimento desta ficha de avaliação de dor, que contém duas escalas de avaliação da dor, sendo que a da esquerda representa a intensidade da dor (a dor que você está sentindo no momento) e a da direita representa a desagradabilidade da dor (o quanto a dor é desagradável). Em cada uma delas você deve fazer um traço vertical no ponto da escala que você achar que corresponde à sua dor, que pode variar de nenhuma dor à maior dor possível e de nenhuma sensação desagradável à sensação mais desagradável possível, nas escalas da esquerda e da direita, respectivamente. Você não deve interromper o preenchimento desta ficha, para que se possa avaliar a evolução do efeito do analgésico na redução da dor. No dia e hora marcados na ficha (ao final de 15 dias) você deverá retornar

para devolver a ficha, preencher uma ficha de cadastro para posterior atendimento e para esclarecer dúvidas que você possa ter em relação à disfunção da A.T.M.".

Nessa primeira sessão também foi aplicada a Escala de Reajustamento Social, o que foi feito verbalmente, ou seja, o pesquisador leu em voz alta os eventos listados nesse instrumento e solicitou ao paciente que respondesse sim ou não, conforme tivesse vivenciado aquele evento nos últimos 12 meses.

4.3 - Segunda Sessão

A segunda sessão foi realizada individualmente 15 dias após a primeira. Inicialmente foi feito o recolhimento da Ficha de Avaliação Diária da Dor. Nesta ocasião foram coletados os dados pessoais do paciente para que este pudesse ser contactado para tratamento futuro. Também foi solicitada a presença do paciente para assistir uma palestra, ministrada pelo pesquisador através da projeção de "slides", na qual foram oferecidas noções a respeito de higiene bucal e de disfunção da A.T.M. O pesquisador agradeceu aos pacientes pela colaboração e estes foram dispensados.

IV - RESULTADOS

VI - RESULTADOS

Apresentaremos inicialmente nesta secção a análise dos dados obtidos a partir da aplicação da Escala de Reajustamento Social para sujeitos portadores e não portadores de disfunção da A.T.M..

Entre 33 pacientes portadores de disfunção da A.T.M., 18 (54,54%) usaram, além do placebo, outras medicações no período de avaliação diária da dor e 15 (45,45%) usaram somente o placebo. Assim, serão designados neste trabalho como GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO (18 pacientes) e GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO (15 pacientes).

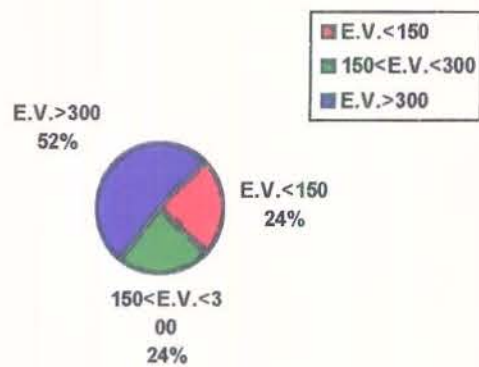
Para o GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO foram considerados apenas os medicamentos que pudessem influir no processo da dor facial, como antiinflamatórios, analgésicos, ansiolíticos e relaxantes musculares. A TABELA 1 mostra os nomes comerciais dos medicamentos, suas respectivas ações e o número de doses consumidas por cada paciente.

TABELA 1 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS SUJEITOS DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO.

PACIENTES	NOME COMERCIAL	AÇÃO	TOTAL DE DOSES
16	-NEOSALDINA	-ANALGÉSICO; ANTIESPASMÓDICO	4
17	-ANADOR	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	1
	-NOVALGINA	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	2
	-PARENZYME ANALGÉSICO	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	1
18	-NAPROSYN	-ANTIINFLAMATÓRIO; ANALGÉSICO; ANTIPIRÉTICO	1
19	-DORFLEX	-ANALGÉSICO; RELAXANTE MUSCULAR	2
	-DORIL	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	1
	-PONSTAN	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	2
		ANTIINFLAMATÓRIO	
20	-MIGRANE	-ANALGÉSICO	1
	-MAGNOPYROL	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	1
		ESPASMOLÍTICO	
	-NEOSALDINA	-ANALGÉSICO; ANTIESPASMÓDICO	5
21	-TYLENOL	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	2
22	-INDOCID	-ANTIINFLAMATÓRIO	5
	-TYLEX	-ANALGÉSICO	7
23	-MAGNOPYROL	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO; ESPASMOLÍTICO	1
24	-ANADOR	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	1
25	-BUSCOPAN	-ANALGÉSICO; ESPASMOLÍTICO	1
26	-NEOSALDINA	-ANALGÉSICO; ANTIESPASMÓDICO	2
27	-ANADOR	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	4
	-BUSCOPAN	-ANALGÉSICO; ESPASMOLÍTICO	3
	-CATAFLAN	-ANTIINFLAMATÓRIO	1
28	-ANADOR	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	1
	-NEOSALDINA	-ANALGÉSICO; ANTIESPASMÓDICO	2
29	-MAGNOPYROL	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO; ESPASMOLÍTICO	12
30	-MAGNOPYROL	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO; ESPASMOLÍTICO	1
31	-BIOFENAC	-ANTIINFLAMATÓRIO	1
32	-NEOSALDINA	-ANALGÉSICO; ANTIESPASMÓDICO	3
33	-ANADOR	-ANALGÉSICO; ANTITÉRMICO	1
	-MIOFLEX	-ANTIRREUMÁTICO; MIORRELAXANTE	1

Observa-se que os medicamentos utilizados pelo maior número de pacientes foram: a Neosaldina utilizada por 5 pacientes (27, 27%) e o Anador utilizado por 5 pacientes (27,27%) seguidos pelo Magnopyrol (22,22%), sendo que todos possuem dipirona como princípio analgésico. Se levarmos em consideração o número de doses que os pacientes relataram ter tomado verificamos que a Neosaldina e o Magnopyrol foram os medicamentos mais frequentemente ingeridos.

A **FIGURA 1** representa a porcentagem dos pacientes portadores de disfunção da A.T.M. de acordo com a pontuação de suas respostas à Escala de Reajustamento Social.



E.V.: EVENTOS DA VIDA

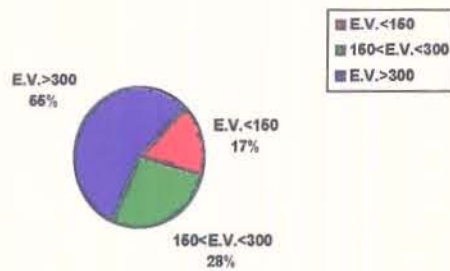
FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME DE DISFUNÇÃO DA A.T.M. EM RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

Observa-se que 52% dos pacientes apresentam "score" maior que 300, ou seja, a maior parte da amostra apresenta alta probabilidade de contrair doenças provocadas por estresse oriundo de fontes externas.

A **FIGURA 2** representa a porcentagem dos pacientes do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO, de acordo com a pontuação de suas respostas à Escala de Reajustamento Social.

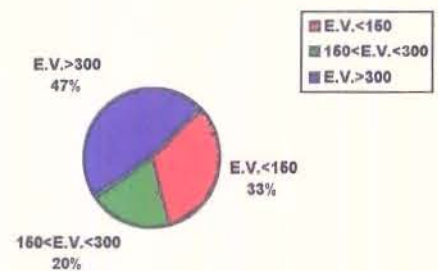
(A) GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO

(n=18 PACIENTES)



(B) GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO

(n=15 PACIENTES)



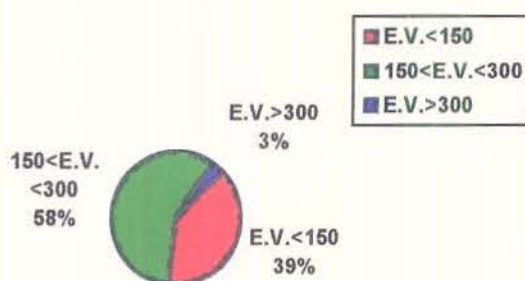
E.V.: EVENTOS DA VIDA

FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO (A) E DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO (B) EM RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

No GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO pode-se observar que 47% dos pacientes desse grupo obtiveram "score" maior que 300 na Escala de Reajustamento Social, enquanto que esse "score" foi obtido por 56% dos pacientes do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO. A maior diferença entre esses dois grupos refere-se àqueles que obtiveram "score" menor do que 150 na Escala de Reajustamento Social, isto é, 33% do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e 17% do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO.

Para se obter um parâmetro de comparação em relação à Escala de Reajustamento Social, foram entrevistados, além da amostra de pacientes portadores de Disfunção da A.T.M., 33 indivíduos sem história ou relato de Disfunção da A.T.M.. Estes indivíduos eram acompanhantes dos pacientes da Clínica de Odontopediatria e foram selecionados ao acaso. Todos pertencem ao sexo feminino, com idade entre 19 e 57 anos. As entrevistas foram realizadas no Laboratório de Psicologia Aplicada, nas dependências da FOP-UNICAMP.

Os resultados obtidos estão representados pela **FIGURA 3**, que representa a porcentagem dos indivíduos não portadores de disfunção de A.T.M., em relação aos "scores" obtiveram na Escala de Reajustamento Social.



E.V.: EVENTOS DA VIDA

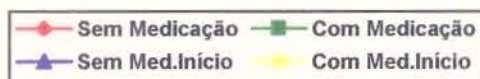
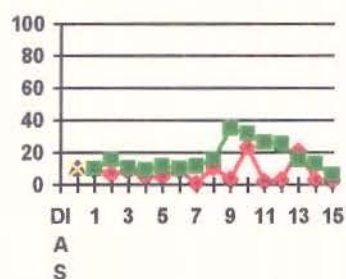
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO CONSIDERADA NORMAL EM RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL (n=33 PACIENTES)

Observa-se que a maioria dos indivíduos da população considerada normal (58%) apresentou "score" entre 150 e 300, sendo que apenas 1 indivíduo (3%) apresentou "score" maior que 300. Comparando-se a FIGURA 1 com a FIGURA 3, observa-se que população portadora de disfunção da A.T.M. apresenta uma porcentagem muito superior (52%) de pacientes que obtiveram "score" maior que 300 em relação àqueles não portadores de disfunção da A.T.M..

A fim de se obter uma melhor compreensão da divisão dos sujeitos em GRUPOS e SUBGRUPOS, feita de acordo com a pontuação obtida na Escala de Reajustamento Social, sugere-se a leitura do encarte contido na contracapa deste trabalho.

A FIGURA 4 apresenta, as médias diárias dos SUBGRUPOS COM "SCORE" MENOR QUE 150 DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO, em relação à intensidade de dor (A) e à desagradabilidade de dor (B), respectivamente. Estes indivíduos têm hipoteticamente pequena probabilidade de contrair doença provocada por estresse oriundo de eventos externos. Os valores das médias diárias foram obtidas somando-se os valores registrados diariamente pelos pacientes e dividindo-se por 15 (número de dias de tratamento com placebo).

(A) MÉDIAS DIÁRIAS DE
INTENSIDADE DE DOR



(B) MÉDIAS DIÁRIAS DE
DESAGRADABILIDADE DE DOR

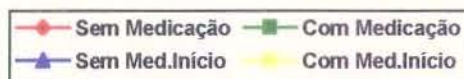
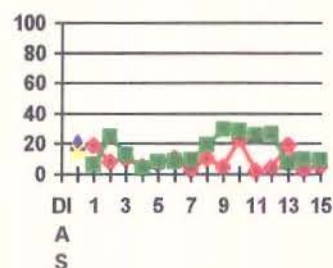


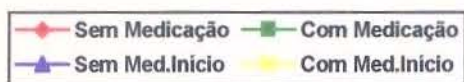
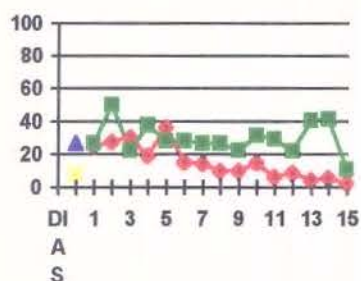
FIGURA 4 - MÉDIAS DIÁRIAS DE INTENSIDADE (A) E DE DESAGRADABILIDADE DE DOR (B), RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL, DO SUBGRUPO COM "SCORE" MENOR QUE 150.

Não se observa diferenças claras entre as curvas de intensidade de dor e desagradabilidade de dor nos indivíduos do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO.

Para o GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO observa-se valores levemente mais altos nas duas dimensões de dor quando comparado ao GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO.

A **FIGURA 5** apresenta as médias diárias dos SUBGRUPOS COM "SCORE" ENTRE 150 E 300 do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO, em relação à intensidade de dor (A) e à desagradabilidade de dor (B), respectivamente. Esses indivíduos têm hipoteticamente uma média probabilidade de contrair doença provocada por estresse oriundo de eventos externos.

(A) MÉDIAS DIÁRIAS DE
INTENSIDADE DE DOR



(B) MÉDIAS DIÁRIAS DE
DESAGRADABILIDADE DE DOR

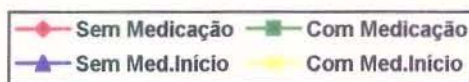
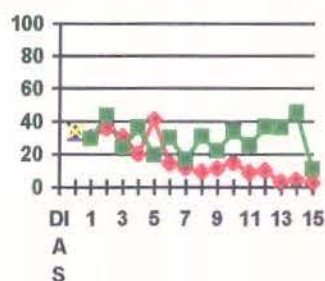


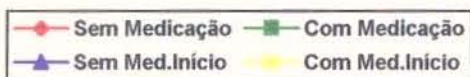
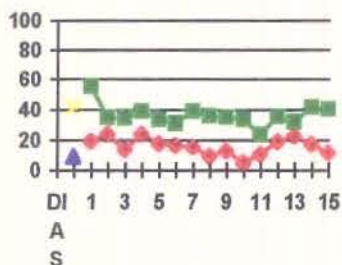
FIGURA 5 - MÉDIAS DIÁRIAS DE INTENSIDADE (A) E DE DESAGRADABILIDADE DE DOR (B), EM RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL, DO SUBGRUPO COM "SCORE" ENTRE 150 E 300, DOS GRUPOS PLACEBO COM MEDICAÇÃO E SEM MEDICAÇÃO.

Observa-se que o GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO apresentou maior intensidade e desagradabilidade de dor que o GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e que a curva registrada pelo GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO apresentou oscilações, enquanto que a registrada pelo GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO apresentou-se descendente na maior parte do tempo. Parece que para esse grupo ocorreu uma diminuição regular nos valores de intensidade e de desagradabilidade da dor, o que significa uma provável ocorrência do efeito placebo. No entanto, as curvas de intensidade e de desagradabilidade de um mesmo grupo são muito semelhantes, o que sugere que para esses sujeitos não existe uma discriminação clara das duas dimensões da dor. Para o GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO pode-se supor o efeito placebo, se compararmos o primeiro

valor obtido (anterior ao início do tratamento) ao último valor registrado (no décimo quinto dia de tratamento com placebo).

A FIGURA 6 apresenta as médias diárias dos SUBGRUPOS COM "SCORE" MAIOR QUE 300 do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO, em relação à intensidade de dor (A) e à desagradabilidade de dor (B), respectivamente. Esses indivíduos têm hipoteticamente uma alta probabilidade de contrair doença provocada por estresse oriundo de eventos externos.

(A) MÉDIAS DIÁRIAS DE
INTENSIDADE DE DOR



(B) MÉDIAS DIÁRIAS DE
DESAGRADABILIDADE DE DOR

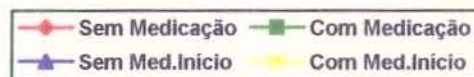
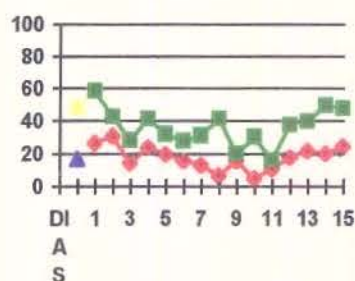


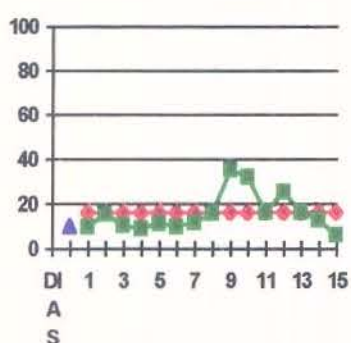
FIGURA 6 - MÉDIAS DIÁRIA DE INTENSIDADE (A) E DE DESAGRADABILIDADE DE DOR (B), EM RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL, DO SUBGRUPO COM "SCORE" MAIOR QUE 300, DOS GRUPOS PLACEBO PLACEBO COM MEDICAÇÃO E PLACEBO SEM MEDICAÇÃO.

Observa-se o GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO registrou, em todos os momentos, maior intensidade e desagradabilidade de dor que o GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO. Para o GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO pode-se supor o efeito placebo, se compararmos o primeiro valor obtido (anterior ao início do tratamento) ao último valor registrado (no décimo quinto dia de tratamento com placebo).

Apresentaremos a seguir os resultados da avaliação diária da dor (período de 15 dias) referentes aos grupos PLACEBO COM MEDICAÇÃO (18 pacientes) e PLACEBO SEM MEDICAÇÃO (15 pacientes), separados de acordo com os "scores" obtidos na Escala de Reajustamento Social. Nas figuras que serão apresentadas a seguir (FIGURAS 7, 8 e 9), as curvas assinaladas em verde representam, para cada dia, os valores médios de 18 pacientes do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e 15 pacientes do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO. As curvas assinaladas em vermelho representam a média das médias em cada dia.

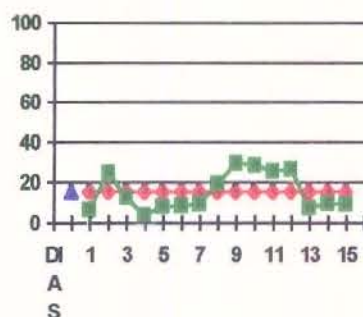
A FIGURA 7 apresenta, em relação ao SUBGRUPO COM "SCORE" MENOR QUE 150, as médias diárias de dor, a média geral (referente aos 15 dias de tratamento com placebo) e o ponto inicial (anterior ao início do tratamento) referentes à intensidade (A) e desagradabilidade de dor (B) do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e à intensidade (C) e desagradabilidade de dor (D) do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO.

(A) INTENSIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO



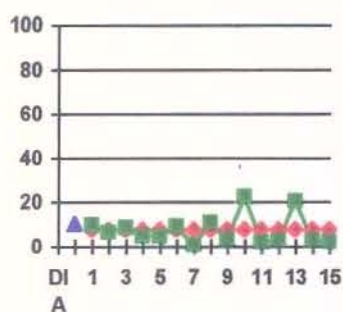
—●— Média Geral —■— Média Diária —▲— Ponto Inicial

(B) DESAGRADABILIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO



—●— Média Diária —■— Média Geral —▲— Ponto Inicial

(C) INTENSIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO



—●— Média Geral —■— Média Diária —▲— Ponto Inicial

(D) DESAGRADABILIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO



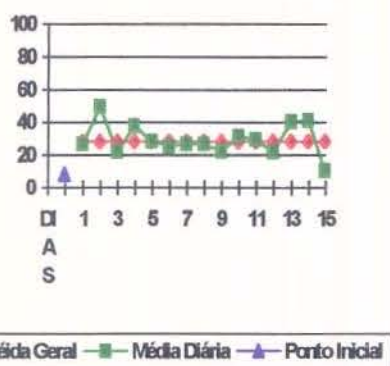
—●— Média Geral —■— Média Diária —▲— Ponto Inicial

FIGURA 7 - MÉDIAS DE INTENSIDADE (A) E DE DESAGRADABILIDADE (B) DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO E MÉDIAS DE INTENSIDADE (C) E DE DESAGRADABILIDADE (D) DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO, DE PACIENTES DOS SUBGRUPOS COM "SCORE" MENOR QUE 150, EM ESCALA RELAÇÃO DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

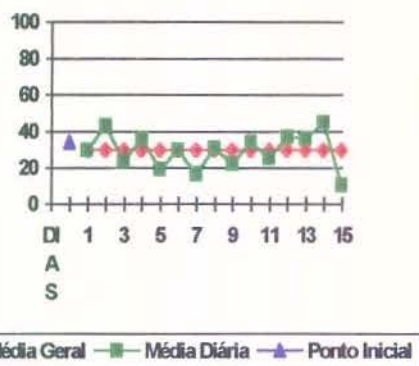
Observa-se que as curvas de intensidade e de desagradabilidade de dor de um mesmo grupo são muito semelhantes e apresentam algumas oscilações em torno da média geral.

A FIGURA 8 apresenta, em relação ao SUBGRUPO COM "SCORE" ENTRE 150 E 300, as médias diárias de dor, a média geral (referente aos 15 dias de tratamento com placebo) e o ponto inicial (anterior ao início do tratamento) referentes à intensidade (A) e desagradabilidade de dor (B) do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e à intensidade (C) e desagradabilidade de dor (D) do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO.

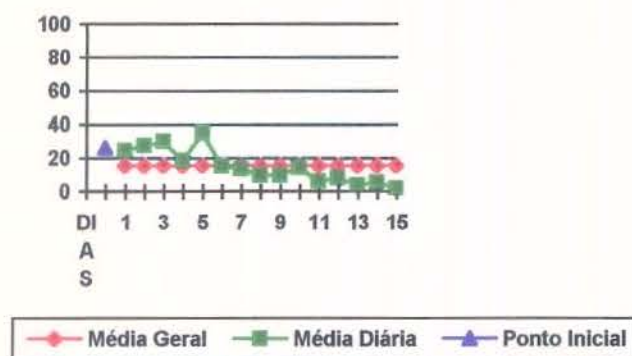
(A)INTENSIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO



(B)DESAGRADABILIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO



(C)INTENSIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO



(D)DESAGRADABILIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO

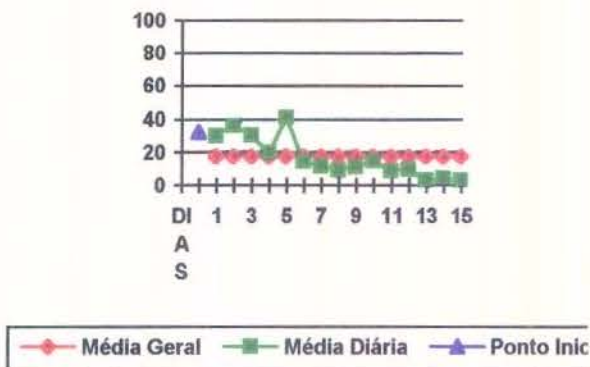
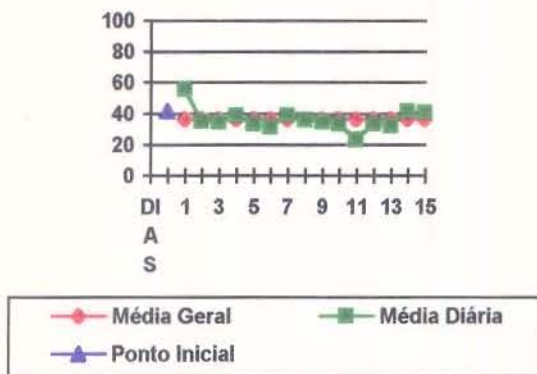


FIGURA 8 - MÉDIAS DE INTENSIDADE (A) E DE DESAGRADABILIDADE (B) DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO E MÉDIAS DE INTENSIDADE (C) E DE DESAGRADABILIDADE (D) DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO DE PACIENTES DOS SUBGRUPOS COM "SCORE" ENTRE 150 E 300, RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

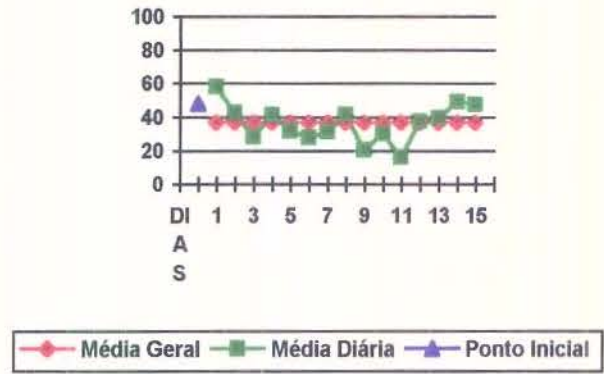
Observa-se que as curvas de intensidade e de desagradabilidade de dor de um mesmo grupo são muito semelhantes, sendo que as curvas do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO apresenta-se nitidamente descendente enquanto que as curvas do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO apresentam-se com oscilações em torno da média geral.

A FIGURA 9 apresenta, em relação ao SUBGRUPO COM "SCORE" MAIOR QUE 300, as médias diárias de dor, a média geral (referente aos 15 dias de tratamento com placebo) e o ponto inicial (anterior ao início do tratamento) referentes à intensidade (A) e desagradabilidade de dor (B) do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO e à intensidade (C) e desagradabilidade de dor (D) do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO.

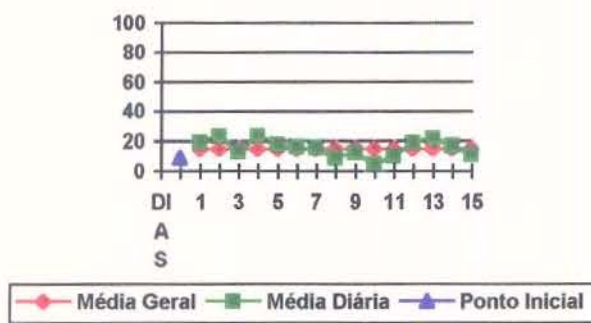
(A)INTENSIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO



(B)DESAGRADABILIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO



(C)INTENSIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO



(D)DESAGRADABILIDADE MÉDIA DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO

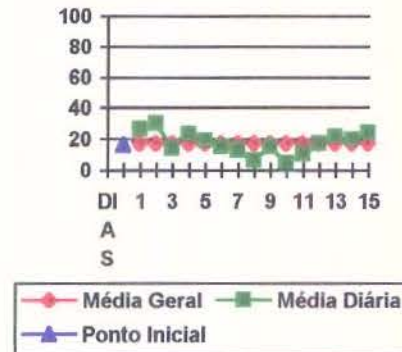


FIGURA 9 - MÉDIAS DE INTENSIDADE (A) E DE DESAGRADABILIDADE (B) DE DOR DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO E MÉDIAS DE INTENSIDADE (C) E DE DESAGRADABILIDADE (D) DE DOR DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO, DE PACIENTES DOS SUBGRUPOS COM "SCORE" MAIOR QUE 300, EM RELAÇÃO À ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

Observa-se que as curvas de intensidade e de desagradabilidade de dor de um mesmo grupo são muito semelhantes e apresentam algumas oscilações em torno da média geral.

As tabelas que contêm os dados referentes à intensidade e à desagradabilidade utilizados na confecção dos gráficos encontram-se, respectivamente, no ANEXO 6 e ANEXO 7.

F432

Na segunda sessão foram colhidos relatos verbais quanto à ocorrência de efeitos colaterais e ao nível de eficácia do placebo. Nesta sessão os pacientes retornaram com a ficha de avaliação diária de dor preenchida.

Sete pacientes (21,21%) relataram a ocorrência de efeitos colaterais, sendo que quatro desses pacientes são do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e três são do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO. Os efeitos colaterais relatados foram:

- enjôo;
- sensação de queimação no estômago;
- nervosismo;
- boca amarga;
- sonolência;
- elevação da temperatura corpórea.

Tomando-se por base os relatos verbais dos pacientes quanto à eficácia do placebo, obteve-se o resultado apresentado na **TABELA 2**:

TABELA 2 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DE INDIVÍDUOS EM RELAÇÃO AO NÍVEL RELATADO DE EFICÁCIA DO PLACEBO.

NÍVEL DE EFICÁCIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
ALTO	18	54,54%
MÉDIO	6	18,18%
BAIXO	4	12,12%
NULO	4	12,12%

OBS.: 1 PACIENTE NÃO RELATOU DOR EM NENHUM MOMENTO (3,03%).

As categorias de eficácia de medicação para alívio da dor oferecidas aos pacientes foram: ALTA, MÉDIA, BAIXA e NULA.

Observa-se que a maioria dos pacientes relataram como alto o nível de eficácia do placebo (54,54%), sendo que esse número é 4,5 vezes maior que o número de pacientes que o relataram como baixo e como nulo.

Tomando-se por base as curvas registradas pelos pacientes do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO E GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO, observou-se que algumas delas apresentaram-se nitidamente decrescentes. A distribuição desses pacientes de acordo com a Escala de Reajustamento Social está representada na TABELA 3.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES COM CURVAS DECRESCENTES DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO E PLACEBO SEM MEDICAÇÃO DE ACORDO COM A ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

E.V. < 150		150 < E.V. < 300		E.V. > 300	
PAC. SEM MED.	PAC. COM MED.	PAC. SEM MED.	PAC. COM MED.	PAC. SEM MED.	PAC. COM MED.
2	16	6	23	10	26
3		7		13	
5		8		15	

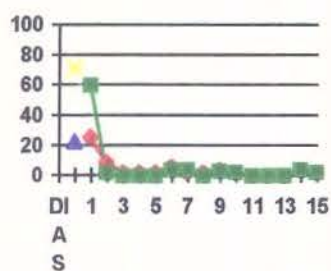
Observa-se que 12 pacientes (36,36%) apresentaram curva decrescente, sendo 9 do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO (60%) e 3 (16%) do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO.

Apresentaremos a seguir, a título de ilustração, os gráficos de desempenho individual de 6 pacientes (1 sujeito de cada subgrupo) que mostram desempenhos quantitativamente decrescentes ao longo dos 15 dias de tratamento com placebo, em relação à intensidade e à desagradabilidade de dor. Estes gráficos estão representados pelas FIGURAS 10, 11 e 12. Os gráficos de todos os pacientes encontram-se no ANEXO 8.

A FIGURA 10 apresenta os gráficos de pacientes individuais que obtiveram "score" menor que 150 em relação à Escala de Reajustamento Social. O gráfico da esquerda pertence ao paciente 3 do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e o gráfico da direita pertence ao paciente 17 do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO .

(A) GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO

(paciente n. 3)



(B) GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO

(paciente n. 17)

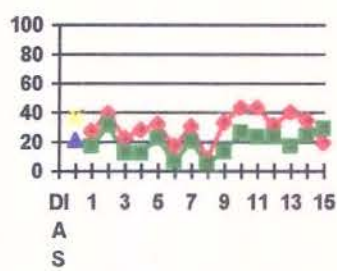


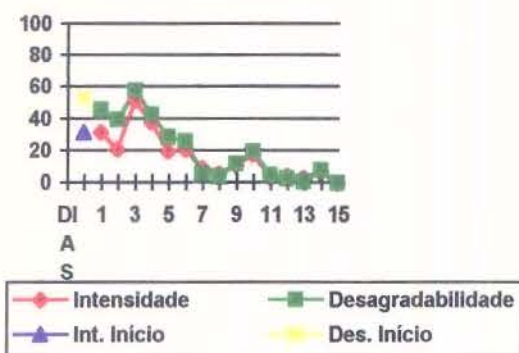
FIGURA 10 - MÉDIAS DE INTENSIDADE E DE DESAGRADABILIDADE DE DOR DOS PACIENTES COM "SCORE" MENOR QUE 150 DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO (A) E DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO.

Observa-se que o paciente do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO apresentou uma curva nitidamente descendente, enquanto que o paciente do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO registrou uma curva descendente na maior parte do tempo, apresentando, porém mais oscilações.

A FIGURA 11 apresenta os gráficos de pacientes individuais que obtiveram "score" entre 150 e 300 em relação à Escala de Reajustamento Social. O gráfico da esquerda pertence ao paciente 8 do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e o gráfico da direita pertence ao paciente 28 do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO .

(A) GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO

(paciente n.8)



(B) GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO

(paciente n. 28)

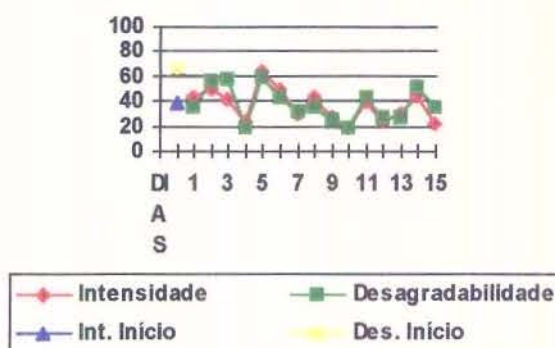


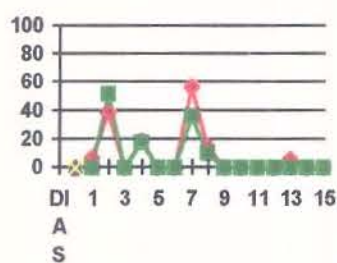
FIGURA 11 - MÉDIAS DE INTENSIDADE E DE DESAGRADABILIDADE DE DOR DOS PACIENTES COM "SCORE" ENTRE 150 E 300 DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO (A) E DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO.

Observa-se que o paciente do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO apresentou uma curva nitidamente descendente, enquanto que o paciente do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO registrou uma curva descendente na maior parte do tempo, apresentando, porém mais oscilações.

A FIGURA 12 apresenta os gráficos de pacientes individuais que obtiveram "score" maior que 300 em relação à Escala de Reajustamento Social. O gráfico da esquerda pertence ao paciente 10 do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e o gráfico da direita pertence ao paciente 20 do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO.

(A) GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO

(paciente n.10)



(B) GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO

(paciente n. 20)

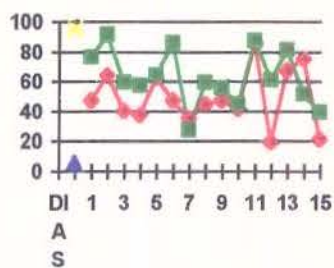


FIGURA 12 - MÉDIAS DE INTENSIDADE E DE DESAGRADABILIDADE DE DOR DOS PACIENTES COM "SCORE" MAIOR QUE 300 DO GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO (A) E DO GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO.

Observa-se que o paciente do GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO apresentou uma curva com oscilações na maior parte do tempo, apresentando-se descendente após o décimo dia, enquanto que o paciente do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO registrou uma curva com oscilações durante todo o tempo.

V - DISCUSSÃO

V - DISCUSSÃO

Em relação à Escala de Reajustamento Social, observou-se que os pacientes portadores de Disfunção da A.T.M., apresentaram porcentagem maior de pacientes (52%) com "score" maior que 300, ou seja com grande probabilidade de contrair doença. Por outro lado, somente 1 paciente (3,33%) do GRUPO "NORMAL" apresentou "score" superior nessa Escala. Esses dados sugerem que a disfunção da A.T.M. pode ter sido provocada por eventos estressores. Outra inferência possível é que a dor crônica, presente nos portadores de disfunção da A.T.M., leva o indivíduo a uma situação estressante, e portanto, a níveis superiores ao da população normal (FRICTON, 1991).

Observando-se as curvas de intensidade e de desagradabilidade da dor, traçadas através das médias diárias, da média geral referente aos 15 dias de tratamento com placebo e do ponto inicial (anterior ao início do tratamento), dos GRUPOS PLACEBO SEM MEDICAÇÃO e do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO (FIGURAS 7, 8 E 9), observa-se que a única curva visivelmente descendente é a do SUBGRUPO COM "SCORE" ENTRE 150 e 300, do GRUPO SEM MEDICAÇÃO, o que poderia servir como possível indicador de efeito placebo nesse SUBGRUPO, uma vez que foi sugerido a todos pacientes que o placebo possuía efeito cumulativo. O SUBGRUPO homólogo do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO não apresentou registro semelhante. Esse resultado está condizente com a literatura (VALLE et al, 1991), que relata que pacientes com ansiedade moderada ou baixa e sem experiência medicamentosa anterior são mais responsivos ao placebo.

Tomando-se por base o critério da variação de intensidade e desagradabilidade da dor, contando-se o número de pontos registrados acima (>) e abaixo (<) do ponto anterior ao início do tratamento, obteve-se os resultados apresentados na TABELA 4 e na TABELA 5, em relação à intensidade e à desagradabilidade, respectivamente.

TABELA 4 - NÚMERO DE DIAS EM RELAÇÃO À VARIAÇÃO DE INTENSIDADE DE DOR, DE ACORDO COM A ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL	"SCORE" MENOR QUE 150	"SCORE" ENTRE 150 E 300	"SCORE" MAIOR QUE 300
PLACEBO SEM MEDICAÇÃO	<= 12	<= 12	<= 02
PLACEBO COM MEDICAÇÃO	>= 03	>= 03	>= 13
PLACEBO SEM MEDICAÇÃO	<= 04	<= 0	<= 13
PLACEBO COM MEDICAÇÃO	>= 11	>= 15	>= 02

TABELA 5 - NÚMERO DE DIAS EM RELAÇÃO À VARIAÇÃO DE DESAGRADABILIDADE DA DOR, DE ACORDO COM A ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL.

ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL	"SCORE" MENOR QUE 150	"SCORE" ENTRE 150 E 300	"SCORE" MAIOR QUE 300
PLACEBO SEM MEDICAÇÃO	<= 14	<= 14	<= 07
PLACEBO COM MEDICAÇÃO	>= 01	>= 01	>= 08
PLACEBO SEM MEDICAÇÃO	<= 09	<= 11	<= 13
PLACEBO COM MEDICAÇÃO	>= 06	>= 04	>= 02

Observa-se que 4 dos 6 SUBGRUPOS apresentaram redução em relação à intensidade e que 5 dos 6 SUBGRUPOS apresentaram redução em relação à desagradabilidade, respectivamente. Observa-se, ainda, referente às TABELAS 3 e 4, que os SUBGRUPOS que não apresentaram redução em relação ao ponto inicial, tanto em relação à intensidade como à desagradabilidade, fazem parte do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO. Esse resultado reforça àquele obtido em relação ao registro das curvas e o relato da literatura citado anteriormente.

Outro possível indicador da ocorrência do efeito placebo foi o registro do relato de efeitos colaterais por 21,21% dos pacientes de ambos os GRUPOS, uma vez que esses efeitos são análogos aos relatados com o emprego de alguns analgésicos.

VI - CONCLUSÕES

VI - CONCLUSÕES

Parece razoável levantar a hipótese de que tenha ocorrido o efeito placebo, se considerarmos os relatos verbais dos pacientes e as reduções nos registros de dor posteriores ao início do tratamento e o ponto inicial. No entanto, não podemos afirmar que tenha ocorrido o efeito placebo, dada à subjetividade do relato verbal e à ausência de uma linha de base maior para comparação.

Além disso, sugere-se que a medicação, embora com médias diárias pequenas (3,5 aproximadamente), possa de alguma forma ter influenciado na resposta dos pacientes ao tratamento com placebo. Os dados obtidos a partir da amostra de indivíduos normais levam à conclusão de que pacientes portadores de disfunção da A.T.M. possuem níveis de estresse superiores aos encontrados na população normal.

Os dados do presente trabalho sugerem a extensão do mesmo com um grupo maior de pacientes. Além disso, um procedimento que deve ser adotado para estudo posterior, é a tomada de medidas de intensidade e de desagradabilidade da dor em uma linha de base de pelo menos 5 dias anteriores à introdução do placebo. Sugerimos também a adoção de um delineamento de grupo experimental e controle, sendo que os sujeitos do grupo controle deveriam ser indivíduos portadores da disfunção da A.T.M., aos quais não se administra placebo.

VII - RESUMO

VII - RESUMO

A disfunção da articulação temporomandibular (A.T.M.) afeta uma larga escala da população. Na literatura há relatos de que os pacientes portadores dessa disfunção apresentam sinais e sintomas característicos, como sons articulares, dor durante a função mandibular, limitação de movimentos mandibulares e sensibilidade à palpação muscular, embora haja uma variabilidade na descrição dos mesmos. Todos estudos concordam que a dor é o sintoma mais comum, sendo crônica, o que caracteriza uma experiência diferente e muito mais complexa que a dor aguda. Assim sendo, diante da freqüência da dor crônica nesses pacientes, propusemo-nos a investigar se há alteração no nível da dor com a administração de placebo, considerando-se duas dimensões da dor: a intensidade (dimensão sensorial) e a desagradabilidade (dimensão afetiva). Para isso, no presente estudo, 33 pacientes do sexo feminino portadores de disfunção da A.T.M. foram submetidos a um tratamento com cápsulas de placebo por um período de 15 dias consecutivos, durante o qual preencheram uma ficha de avaliação diária da dor. Este último instrumento é composto por escalas visuais analógicas, que representam as duas dimensões da dor citadas anteriormente. Foi aplicada, também, a escala de reajustamento social, que visa avaliar o nível de estresse oriundo de fontes externas a que o paciente esteve sujeito nos últimos 12 meses e a possível relação entre o nível de estresse e a alteração da dor através com o uso de placebo. Dos 33 pacientes, 18 usaram outras medicações (analgésicos, antiinflamatórios e relaxantes musculares) além do placebo (GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO) e 15 usaram somente o placebo (GRUPO PLACEBO SEM MEDICAÇÃO). Os pacientes foram divididos, ainda, de acordo com o "score" obtido na Escala de Reajustamento Social, dando origem a seis SUBGRUPOS de pacientes. Apenas o SUBGRUPO do PLACEBO SEM MEDICAÇÃO, com "score" entre 151 e 300 apresentou curva de intensidade e de desagradabilidade dolorosa nitidamente decrescente, o que poderia supostamente ser um indicador do efeito placebo. No entanto, não foi observado o mesmo resultado no conjunto homólogo do GRUPO PLACEBO COM MEDICAÇÃO. Utilizando-se o critério de variação da intensidade e da desagradabilidade da dor, obtidas através das médias diárias, antes e após o tratamento com placebo, observou-se que:

- houve redução em 04 dos 06 SUBGRUPOS de pacientes em relação à intensidade da dor;

- houve redução em 05 dos 06 SUBGRUPOS de pacientes em relação à desagradabilidade.

No entanto, não se pode concluir a ocorrência do efeito placebo, embora pareça razoável levantar essa hipótese. Foi realizada, ainda para embasar os resultados obtidos com a aplicação da escala de reajustamentos social nos pacientes portadores de disfunção da A.T.M., a aplicação do mesmo instrumento em 33 mulheres sem história ou relato de sintomatologia de disfunção de A.T.M. Observou-se que 13 pacientes (43,33%) apresentaram "score" menor que 150, 19 pacientes apresentaram "score" entre 150 e 300 (63,33%) e 1 paciente (3,33%) apresentou "score" maior que 300.

Esses resultados sugerem que os pacientes com disfunção de A.T.M. possuem níveis de estresse superiores ao da população normal.

VIII - ABSTRACT

VIII - ABSTRACT

Temporomandibular joint dysfunction has a high occurrence on population. In literature there are reports showing that patients present characteristic signs and symptoms as articular sounds, pain during mandibular function, limited mandibular movements and sensitivity to muscular palpation. All studies agree that pain is the most frequently related symptom. It is chronic, which indicates a different and complex experience than acute pain. The objective of this investigation was evaluate the eventual pain changes on patients with temporomandibular joint dysfunction, considering two dimensions of pain: intensity (sensorial dimension) and displeasement (emotional dimension). 33 female patients were submitted to treatment with placebo for a consecutive period of 15 days where they filled a Daily Pain Evaluation Card, which is an instrument composed by analogic visual scales, that represent the two pain dimensions. A Social Readjustment Scale was also applied in order to evaluate the stress degree arising from external events which the patient was submitted on the last 12 months and the possible relationship between stress degree and pain reduction through placebo. Out of 33 patients group, 18 took other drugs besides the placebo (DRUG WITH PLACEBO GROUP) and 15 took only placebo (PLACEBO WITHOUT DRUG GROUP). Patients were also divided according to their scores obtained from the Social Readjustment Scale, originating 6 sets of patients. Only PLACEBO WITHOUT DRUG GROUP set scores from 150 to 300 showed a marked decreasing tendency, which could be an indicator of placebo effect. However, the same result was not observed from the homologous set of PLACEBO PLUS DRUG GROUP. Using the pain intensity and displeasement variation criteria obtained from daily measurements before and after placebo treatment, it was observed that:

- there was pain reduction from 4 out of the 6 patients related to the pain intensity set;
- there was reduction from 5 out of 6 patients related to the pain displeasement set.

So it seems reasonable to rise the hypothesis of occurrence of the placebo effect.. It was also carried out the application of the Social Readjustment Scale on 33 patients without history or symptomatology of T.M.J. dysfunction and it was observed that 13 patients (43,44%) showed score below 150, 19 patients (63,33%) showed score between 150 and 300

and 1 patient (3,33%) showed score higher than 300. These results suggest that patients with T.M.J. dysfunction have stress levels higher than the normal population.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BATAGLION, C. et al. **Diagnóstico da oclusão**. Ribeirão Preto, 1991. 51p. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. [no prelo].
2. BAYLEY, D.R. Tension headache and bruxism in the sleep disordered patient. **J. Craniomandib. Pract.**, Baltimore, v.8, n.2, p.174-182, Apr.1990. Apud JACOB, L.S. op. cit. ref. 21.
3. BEECHER, H.K. Control of suffering in severe trauma. **J. Am. Dent. Ass.**, Chicago, v.173, n.4, p.534-536, Apr. 1960.
4. BLACKWOOD, H.J. Arthrits of the mandibular joint. **Br. dent. J.**, London v.115, n.8, p.317-326, Oct. 1963.
5. CASTRO, C.E.S. A formulação lingüística da dor. São Carlos, Universidade Federal de São Carlos. [no prelo].
6. CHONG, T.M. The placebo in the pratice medicine - literature review. **Int. J. Psychosomat.**, Philadelphia, v.34, n.2, p.25-30, Oct. 1987.
7. CHRISTENSEN, L.V. Facial pains and jaw muscles: a review. **J. oral Rehabil.**, Oxford, v.8, n.10, p.193-201, Oct. 1981.
8. CLARCK, G.T. Diagnosis and treatment of painful temporomandibular disorders. **Dent. Clin. N. Am.**, Philadelphia, v.31, n.4, p.645-674, Oct. 1987.
9. DAWSON, P. **Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais**. São Paulo: Artes Médicas, 1980. 405 p..

10. FERREIRA, A.B.H. **Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa.** 11 ed. Rio de Janeiro: Nacional, 1987.
11. FRICTON, J.R. Recent advances in temporomandibular disorders and orofacial pain. **J. Am. dent. Ass.,** Chicago, v.122, n.11, p.25-32, Oct. 1991.
12. GLAROS, A.G., RAO, S.M. Bruxism: a critical review. **Psychol. Bull.,** Arlington, v.84, n.4, p.767-781, July/Aug. 1977.
13. GOODFRIEND, D.J. Symptomatology and treatment of abnormalities of the mandibular articulation. **Dent. Cosmos,** Philadelphia, v.75, n.4, p.844-852, Sept. 1933.
14. GREENE, C.S., LASKIN, D.M. Meprobamatetherapy for the myofascial pain-dysfunction (MPD) syndrome: a double blind evaluation. **J. Am. dent. Ass.,** Chicago, v.82, n.3, p.587-580, Mar. 1971.
15. _____, The T.M.J. pain-dysfunction syndrome: heterogeneity of the patient population. **J. Am. dent. Ass.,** Chicago, v.79, n.5, p.1168-1172, Nov. 1969.
16. GROSS, S.M., VACCHIANO, R.B. Personality correlates of patients with temporomandibular joint dysfunction. **J. prosth. Dent.,** Saint Louis, v.30, n.3, p.326-329, Sept. 1973.
17. HANSSON, T., NILNER, M. A study of the occurrence of symptoms of diseases of the temporomandibular joint masticatory musculature and related structures. **J. oral Rehabil.,** Oxford, v.2, n. , p. 313-324, 1984.

18. HANSSSEN, H.J., THOROE, U. Low power laser biostimulation of chronic orofacial pain. A double blind placebo controlled cross-over study in 40 patients. **Pain**, Amsterdã, v. 43, n.2, p.169-179, Feb. 1990.
19. HOLLAND, J.G., SKINNER, B.F. Comportamento e reflexo. In: _____, _____. **A análise do comportamento**. São Paulo: Herder, 1969. pt.1, p.1-36.
20. INGERSOLL, B.D. **Behavioral aspects in dentistry**. New York: Appleton - Century - Crafts., 1983.
21. JACOB, L.S. **Perfil de personalidade de pacientes portadores de disfunção da articulação temporomandibular**. Tese (mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1991. 51 p.
22. KIRSCH, I. Response of expectancy as a determinant of experience and behavior. **Am. Psychol.**, Arlington, v.40, n. 11, p.1189-1202, Nov. 1985.
23. KYDD, W.L. Psychosomatic aspects of temporomandibular joint dysfunction. **J. Am. dent. Ass.**, Chicago, v.59, n.7, p.31-44, July, 1959.
24. LASKIN, D.M. Etiology of pain dysfunction syndrome. **J. Am. dent. Ass.**, Chicago, v.79, n.1, p.147-153, Jan. 1969.
25. LAZARUS R.S. A cognitively Oriented Psychologist at Biofeedback. **Am. Psychol.**, Arlington, v.30, n.5, p.553-561, May 1975.
26. LIPP, M.N. **Como enfrentar o stress**. Campinas: UNICAMP 1990. 92 p.

27. MAGNUSSON, T. Patients referred for stomatognathic treatment - a survey of 282 patients. **Swed. dent. J.**, Stockholm, v.8, n.4, p.193-201, July./Ago. 1984.
28. MARBACH, J.J. The temporomandibular pain dysfunction syndrome personality; fact or fiction. **J. oral Rehabil.**, Oxford, v.19, n.6, p.545-560, Nov. 1992.
29. _____, DWORKIN, S.F. Chronic M.P.D. group therapy and psychodynamics. **J. Am. dent. Ass.**, Chicago, v.90, n.4, p.827-833, Apr. 1983.
30. MARLES, M.B. **Stigmata of respiratory tract allergies.** Kalamazoo, Upjohn, 1977 Apud JACOB, L.S. op. cit. ref. 21.
31. McNEILL, C. et al Craniomandibular (T.M.J.) disorders - the state of the art. **J. prosth. Dent.**, Saint Louis, v.144, n.4, p. 434- 437, Oct.1980.
32. MELZACK. R., WALL, P.D. **The challenge of pain.** New York: Basic Books, 1983.
33. MERCURI, L.G., OLSON, R.E., LASKIN, D.M. The specificity of response to experimental stress in patients with miofascial pain dysfunction syndrome. **J. dent. Res.**, Washington, v.58, n.9, p.186-1871, Sept. 1979.
34. MERSKY , H. et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. **Pain**, Amsterdã, v.6, n.3, p. 249-252 Mar. 1979.
35. MIKHAIL, M., ROSEN, H. History and etiology of miofascial pain-dysfunction syndrome. **J. prosth. Dent.**, Saint Louis, v.44, n.4, p.438-444, Oct. 1980.

36. PERRY, H.T. The symptomatology of temporomandibular joint disturbance. **J. prosth. Dent.**, Saint Louis, v.19, n.3, p.288-298, Mar. 1968.
37. POSSELT, V. The temporomandibular joint syndrome and occlusion. **J. prosth. Dent.**, Saint Louis, v.25, n.4, p.432-438, Apr. 1971.
38. PRENTISS, H.J. A preliminary report upon the temporomandibular articulation in the human type. **Dent. Cosmos**, Philadelphia, v.60, n.6, p.505-512, Jun, 1918.
39. RAMFJORD, S., ASH, M.H. **Oclusão**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984, 422 p.
40. RUGH, J.D., SOLBERG, W.K. Oral health status in the United States: temporomandibular disorders. **J. dent. Educ.**, Washington, v.49, n.6, p.3-30, Dec. 1985.
41. _____, _____, Psychological Implications in temporomandibular pain and dysfunction. **Oral Sci. Rev.**, Munksgaard, v.7, p.3-30, 1974.
42. SCHWARTZ, L.L. Pain associated with the temporomandibular joint. **J. Am. dent. Ass.**, Chicago, v.51, n.4, p.394-397, Oct. 1955.
43. _____. Temporomandibular joint syndromes. **J. prosth. Dent.**, Saint Louis, v.7, n.4, p.489- 499, July 1957.
44. SHORE, N.A. Temporomandibular joint dysfunction: Diagnosis and treatment. **N. Y. St. dent. J.**, New York, v.34, n.1, p.5-14, Jan. 1968.

45. SOLBERG, W.K., WOO, M. W., HOUSTON, J.B. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. **J. Am. dent. Ass.**, Chicago, v.98, n. 1, p.25-34, Jan. 1979.
46. VALLE, L. B. S. et al. **Farmacologia integrada fundamentos farmacológicos da terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1991.
47. VOUDOURIS, N.J. et al. The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response. **Pain**, Amsterdã, v.43, n. 2, p.121-128, Feb. 1990.
48. WEINBERG, L.A. An evaluation of occlusal factors in T.M.J. dysfunction: pain syndrome. **J. prosth. Dent.**, Saint Louis, v.41, n.2, p.198-208, Feb. 1979
49. WEITEN, W. **Psychology applied to modern life: adjustment in 80's.** Monterey: Books/Cole, 1988.
50. YEMM, R. Neurophysiologic studies of temporomandibular joint dysfunction. **Oral Sci. Rev.**, London, Munksgaard, v.7, p.31-53, 1976.
51. _____. Temporomandibular dysfunction and masseter muscle response to experimental stress. **Br. dent. J.**, London, v.127, n.11, p.508-510, Dec. 1969.

X - APÊNDICE

ANEXO 1

ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL

PACIENTE:

EVENTO VITAL	PONTOS
1.Morte do cônjuge	100
2.Divórcio	73
3.Separação conjugal	65
4.Prisão	63
5.Morte de alguém da família	63
6.Acidente ou doenças	53
7.Casamento	50
8.Perda de emprego	47
9.Reconciliação com o cônjuge	45
10.Aposentadoria	45
11.Doença de alguém da família	43
12.Gravidez	40
13.Dificuldades sexuais	39
14.Nascimento de criança na família	39
15.Mudança no trabalho	39
16.Mudança na sua condição financeira	38
17.Morte de amigo íntimo	37
18.Mudança na linha de trabalho	36
19.Mudança na frequência de brigas com o cônjuge	35
20.Compra de casa de valor alto	31
21.Término de pagamento de empréstimo	30
22.Mudança de responsabilidades no trabalho	29
23.Saída de filho(a) de casa	29
24.Dificuldade com a política	29
25.Reconhecimento de feito profissional de realce	28
26.Cônjuge começou ou parou de trabalhar	26
27.Começo ou abandono dos estudos	26
28.Acréscimo ou diminuição de pessoas morando em casa	25
29.Mudança de hábitos pessoais	24
30.Dificuldade com o chefe	23
31.Mudança de horário de trabalho	20
32.Mudança de residência	20
33.Mudança de escola	20
34.Mudança de atividades recreativas	19
35.Mudança de atividades religiosas	19
36.Mudança de atividades sociais	18
37.Compra a crédito de valor médio	17
38.Mudança nos hábitos de dormir	16
39.Mudança na frequência de reuniões familiares	15
40.Mudança de hábitos de alimentação	15
41.Férias	13
42.Natal	12
43.Recebimento de multas por pequenas infrações	11

ANEXO 2

FICHA DE AVALIAÇÃO DA DOR

PACIENTE: _____

DATA:

HORA:

_____ |
NENHUMA MAIOR DOR
DOR POSSÍVEL

_____ |
NENHUMA SENSÇÃO
SENSÇÃO MAIS DESAGRA-
DESAGRADÁVEL DÁVEL POSSÍVEL

OBSERVAÇÕES:

ANEXO 3

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

Curso de Pós-Graduação de Farmacologia

PACIENTE _____

Por este instrumento de AUTORIZAÇÃO POR MIM ASSINADO, dou pleno consentimento à FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA para, por intermédio de seus professores e alunos devidamente autorizados, fazer avaliações e receitar, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo dessa especialidade.

Tenho pleno conhecimento que este laboratório, ao qual me submeto para fins de avaliação e instruções, tem como principal objetivo a instrução e demonstração destinados aos profissionais de odontologia. Concordo, pois, com toda orientação seguida, para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo, também que os resultados dos instrumentos aplicados constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, à qual dou plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em jornais e revistas científicas.

Piracicaba, de de 1994.

ASSINATURA DO PACIENTE

ANEXO 4

FICHA DE AVALIAÇÃO DIÁRIA DA DOR

PACIENTE:

DATA	HORA				
		┌─── NENHUMA ───┐ ┌─── NENHUMA ───┐ └─── DOR ───┘ └─── SENSACÃO MAIS ───┘		┌─── PIOR DOR ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── POSSÍVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘	┌─── SENSACÃO ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── DESAGRADÁVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘
		┌─── NENHUMA ───┐ ┌─── NENHUMA ───┐ └─── DOR ───┘ └─── SENSACÃO MAIS ───┘		┌─── PIOR DOR ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── POSSÍVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘	┌─── SENSACÃO ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── DESAGRADÁVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘
		┌─── NENHUMA ───┐ ┌─── NENHUMA ───┐ └─── DOR ───┘ └─── SENSACÃO MAIS ───┘		┌─── PIOR DOR ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── POSSÍVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘	┌─── SENSACÃO ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── DESAGRADÁVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘
		┌─── NENHUMA ───┐ ┌─── NENHUMA ───┐ └─── DOR ───┘ └─── SENSACÃO MAIS ───┘		┌─── PIOR DOR ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── POSSÍVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘	┌─── SENSACÃO ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── DESAGRADÁVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘
		┌─── NENHUMA ───┐ ┌─── NENHUMA ───┐ └─── DOR ───┘ └─── SENSACÃO MAIS ───┘		┌─── PIOR DOR ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── POSSÍVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘	┌─── SENSACÃO ───┐ ┌─── SENSACÃO ───┐ └─── DESAGRADÁVEL ───┘ └─── DESAGRADÁVEL ───┘

ANEXO 5

INSTRUÇÕES:

A. FICHA DE AVALIAÇÃO DIÁRIA DE DOR

1. O preenchimento das escalas devem ser feitos através de um traço vertical no ponto no qual o paciente imaginar que se encontra sua dor
2. A escala da esquerda deve ser preenchida de acordo com a intensidade da dor presente (a quantidade de dor sentida no momento) e a da direita de acordo com a desagradabilidade da dor (o quanto a dor é desagradável).
3. As escalas deverão ser preenchidas por 15 dias, período que coincide com o uso do analgésico.
4. As escalas devem ser preenchidas todos os dias e sempre num mesmo horário (quando a dor for mais intensa). O não preenchimento das escalas ou o preenchimento incorreto determina a não inclusão do paciente no cadastro da lista de espera.

B. MEDICAMENTO

1. O analgésico deverá ser tomado duas vezes ao dia (uma cápsula após o almoço e uma após o jantar)
2. Caso esquecer de tomar uma cápsula, tomá-la quando se lembrar, sendo que a próxima deverá ser tomada no horário usual.
3. Se, durante esse período, fizer uso de qualquer outra medicação para aliviar qualquer dor, anotar na ficha, no dia correspondente, o nome do medicamento, a quantidade ingerida e a dosagem descrita na embalagem (por exemplo 100 mg). Essas anotações devem ser feitas no espaço destinado às observações.
4. O medicamento deve ser guardado em lugar fresco e seco, longe de produtos de limpeza e de perfumaria.
5. Deve ser mantido fora do alcance de crianças e de animais domésticos.
6. O tratamento não deve ser interrompido, devendo ser tomadas todas as cápsulas do frasco.

ANEXO 6

TABELA I - DADOS SOBRE INTENSIDADE DE DOR

	E.V.	DIAS EAC.	1*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	x
S	<150	1	4	3	3	4	4	4	4	3	2	2	3	3	2	96	4	2	14,75
E		2	24	21	10	25	0	4	25	0	45	0	6	0	7	0	0	0	10,43
M		3	23	26	9	2	2	2	6	2	2	4	2	0	0	0	4	2	5,37
		4	4	3	8	8	7	7	10	4	10	14	14	12	9	11	10	10	8,81
M		5	0	0	6	7	15	11	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,81
E		x	11,00	10,60	7,20	9,20	5,60	5,60	10,00	1,60	11,80	4,22	23,80	3,00	3,60	24,4	3,6	2,8	8,43
D	150-300	6	36	30	27	34	20	87	26	35	23	30	27	16	23	11	11	8	27,12
I		7	13	14	36	6	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4,43
C		8	32	32	21	52	38	20	21	9	6	11	18	4	4	3	7	0	17,37
A		x	27,00	25,33	28,00	30,66	19,33	35,66	15,66	14,66	10,33	10,33	15,00	6,66	9,00	4,60	6,00	2,66	16,30
Ç	>300	9	10	49	20	19	20	15	20	16	20	8	14	0	0	68	5	13	18,56
ã		10	0	7	39	0	19	0	0	57	15	0	0	0	0	6	0	0	8,93
o		11	5	14	44	4	2	1	2	2	4	3	2	4	50	48	44	48	17,31
		12	2	12	21	42	78	79	79	36	26	55	22	14	26	27	74	22	38,43
		13	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0,5
		14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	0	0
		15	50	56	46	34	51	33	16	0	0	26	0	58	61	11	0	0	37,62
		x	9,85	20,00	24,28	14,14	24,28	18,28	16,71	16,14	9,57	13,14	5,42	10,85	19,57	22,85	17,57	11,85	15,90
C	<150	16	8	3	8	4	0	3	13	6	22	23	13	13	24	6	5	0	9,43
O		17	22	28	40	23	29	33	18	31	9	34	44	44	32	41	35	20	30,25
M		18	2	0	0	6	0	0	0	0	18	50	40	23	22	0	0	0	10,06
		x	10,66	10,33	16,00	11,00	9,66	12,00	10,33	12,33	16,33	35,66	32,33	26,66	26,00	15,66	13,33	6,66	16,55
M	150-300	19	8	34	46	0	0	0	0	20	7	0	50	7	56	61	81	12	23,87
E		20	6	48	65	41	38	63	48	36	45	48	42	87	20	68	76	22	47,06
D		21	6	18	41	4	4	29	29	40	6	0	5	4	2	25	6	11	14,37
I		22	17	30	100	54	90	52	52	40	58	66	62	52	10	44	46	10	48,93
C		23	7	5	0	14	60	0	0	0	20	0	0	0	24	7	0	0	8,56
A		x	8,80	27,00	50,40	22,60	38,40	28,80	25,80	27,20	27,20	22,80	31,80	30,00	22,40	41,00	41,80	11,00	28,56
Ç	>300	24	10	4	4	5	4	4	4	4	6	5	5	7	5	5	4	4	5,00
ã		25	2	36	26	40	6	14	27	46	50	34	22	0	4	6	2	26	21,31
o		26	49	24	15	6	12	40	12	8	51	8	0	0	5	0	4	0	14,62
		27	100	100	0	0	100	100	100	100	0	100	0	100	100	100	100	100	75
		28	38	44	50	42	25	64	50	30	43	28	20	40	24	30	45	22	37,18
		29	42	75	80	54	86	67	72	66	62	63	61	73	84	77	60	88	70,62
		30	12	34	93	90	88	14	16	87	13	100	83	80	64	62	66	48	63,25
		31	28	7	0	63	0	2	0	8	0	58	0	0	0	0	42	0	13
		32	39	80	60	44	42	22	16	34	27	44	36	26	48	36	63	58	42,18
		33	100	100	28	7	28	12	19	12	13	12	12	13	11	12	13	63	28,50
		x	42,00	56,40	35,60	35,10	39,20	33,90	31,60	39,50	36,50	35,20	33,90	20,90	34,00	32,80	42,13	10,90	37,03

ANEXO 7

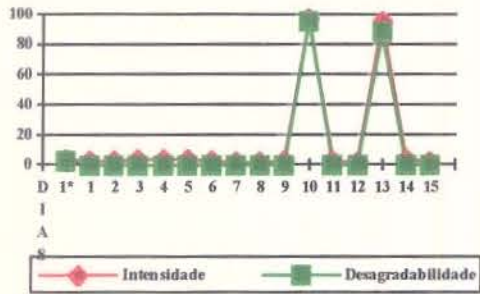
TABELA II - DADOS SOBRE DESAGRADABILIDADE DE DOR

	E.V.	DIAS PAC.	1*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	x
S	<150	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96	0	0	88	0	0	11,68
E		2	24	26	9	30	0	4	31	0	52	0	6	0	7	0	0	0	11,81
M		3	72	60	2	0	0	0	4	4	0	3	2	0	0	0	4	2	9,56
		4	7	11	23	14	12	26	12	14	5	22	14	12	16	10	14	26	14,87
M		5	0	0	8	10	16	9	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,18
E	x	21,20	19,40	8,40	10,80	5,60	7,80	11,00	3,60	11,40	5,00	23,60	2,40	4,60	19,60	3,60	5,60	10,22	
D	150-300	6	45	32	33	35	18	95	18	30	23	23	26	23	28	10	6	10	28,43
I		7	0	14	36	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3,25
C		8	54	46	40	58	43	29	26	6	4	12	20	5	3	1	8	0	22,18
A	x	33,00	30,66	36,33	31,00	20,33	41,33	14,66	12,00	9,66	11,66	15,33	9,33	10,33	3,66	4,66	3,33	17,95	
C	>300	9	9	75	21	16	20	17	12	20	6	10	7	0	0	66	6	84	23,06
A		10	0	0	52	0	18	0	0	36	10	0	0	0	0	0	0	0	7,250
O		11	35	44	77	3	2	2	2	3	3	2	2	4	46	44	77	72	26,21
		12	0	14	24	39	78	84	84	32	28	70	28	20	25	32	60	18	39,75
		13	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0,50
		14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	0	0
		15	74	54	42	44	50	38	14	0	0	30	0	52	56	12	0	0	29,12
	x	17,14	27,00	30,85	14,57	24,00	20,4	16,00	13,28	7,00	16,00	5,28	10,95	18,14	22,00	20,42	24,85	17,97	
C	<150	16	3	3	44	10	0	3	20	9	34	23	16	12	34	6	6	0	13,93
O		17	38	18	32	13	13	23	7	21	6	14	27	24	24	18	25	30	20,81
M		18	7	0	0	17	0	0	0	0	19	53	44	42	23	0	0	0	12,81
	x	16,00	7,00	25,33	13,33	4,33	8,66	9,00	10,00	19,66	30,00	29,00	26,00	27,00	8	10,33	10,00	15,85	
M	150-300	19	0	0	70	0	0	0	0	10	0	0	66	0	48	36	82	0	19,50
E		20	96	77	92	60	58	65	87	28	60	56	45	88	62	82	52	40	65,50
D		21	62	19	16	8	7	32	12	5	26	0	9	5	2	18	43	15	17,43
I		22	8	50	40	30	52	0	52	42	42	56	52	36	50	40	50	0	37,50
C		23	6	4	0	22	66	0	0	0	27	0	0	0	24	7	0	0	9,75
A	x	34,40	30,00	43,60	24,00	36,60	19,40	30,20	17,00	31,00	22,40	34,40	25,80	37,20	36,60	45,40	11,00	29,93	
C	>300	24	9	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,75
A		25	44	70	40	36	4	14	42	28	42	22	16	0	66	76	76	66	40,12
O		26	26	9	0	0	0	88	0	6	92	4	0	0	0	0	0	0	13,50
		27	100	100	0	0	100	100	100	100	100	0	100	0	100	100	100	100	81,25
		28	66	35	56	58	20	60	44	32	36	26	19	44	28	27	52	36	39,93
		29	0	96	92	48	89	18	18	17	50	14	61	14	67	80	82	90	51,62
		30	23	97	96	95	92	15	10	90	14	88	78	83	74	78	76	68	66,93
		31	74	5	0	0	0	2	0	0	0	10	0	0	0	0	50	0	8,81
		32	43	84	64	17	43	24	12	43	17	42	32	22	45	38	66	52	42,12
		33	100	100	81	0	66	0	56	0	66	0	0	0	0	0	0	0	34,70
	x	48,40	56,70	42,90	28,40	41,60	32,10	28,20	31,60	41,70	20,60	30,60	16,30	38,00	39,90	49,60	48,00	37,30	

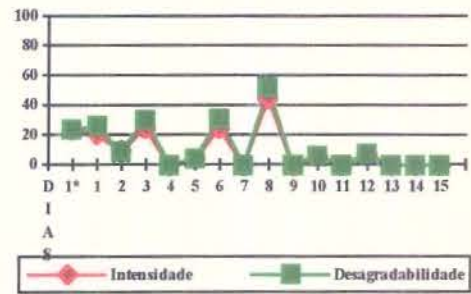
ANEXO 8

GRÁFICOS INDIVIDUAIS (n = 33)

Paciente n. 1



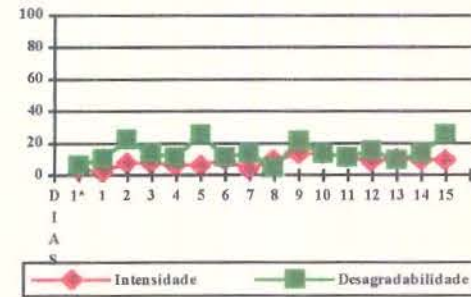
Paciente n. 2



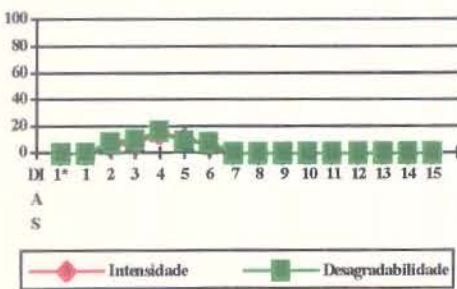
Paciente n. 3



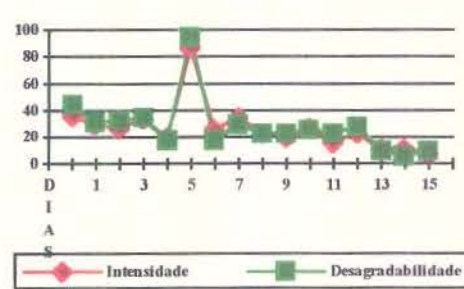
Paciente n. 4



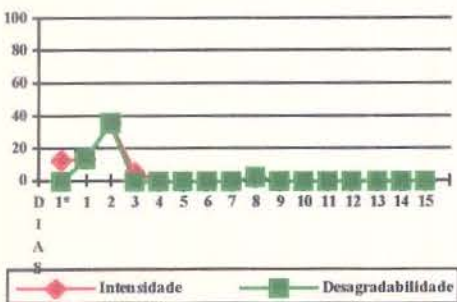
Paciente n. 5



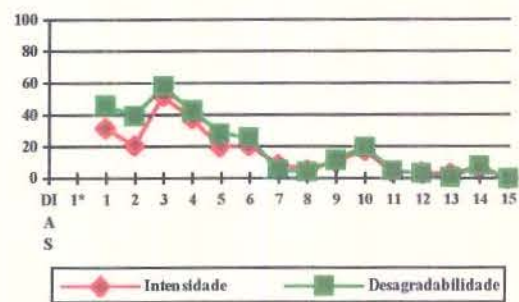
Paciente n. 6



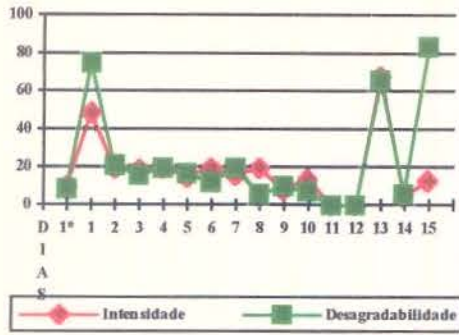
Paciente n. 7



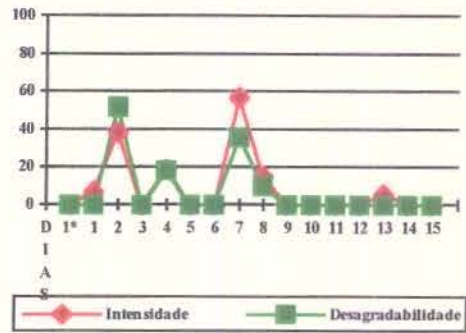
Paciente n. 8



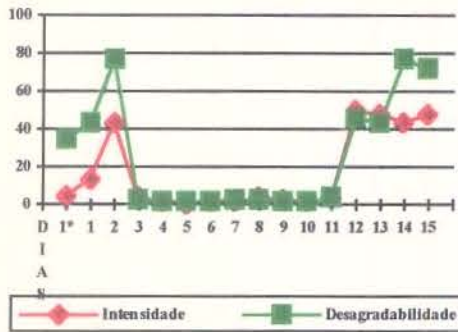
Paciente n. 9



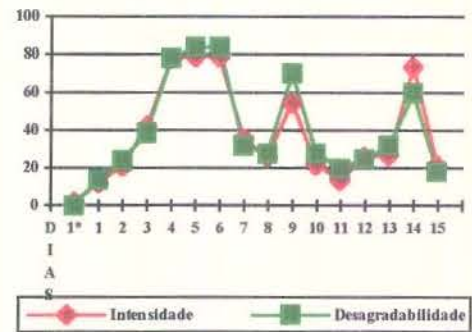
Paciente n. 10



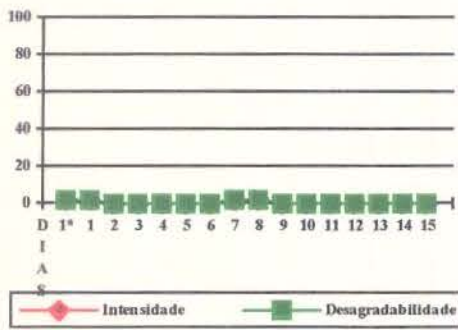
Paciente n. 11



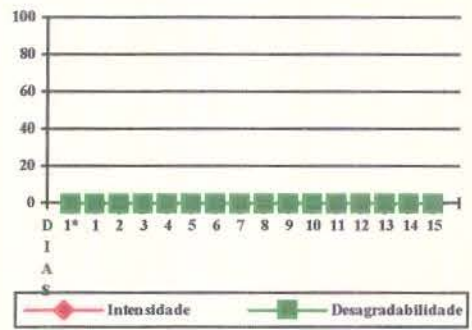
Paciente n. 12



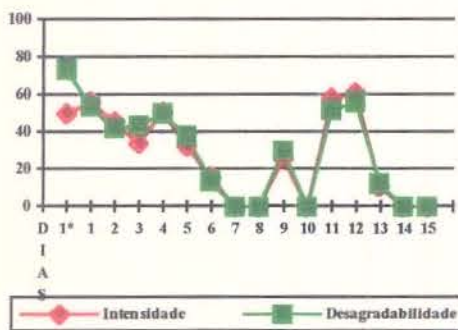
Paciente n. 13



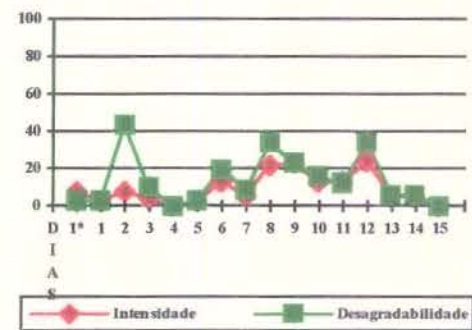
Paciente n. 14



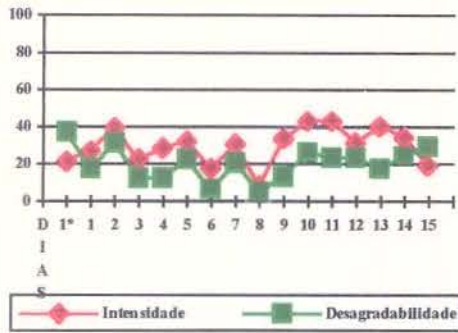
Paciente n. 15



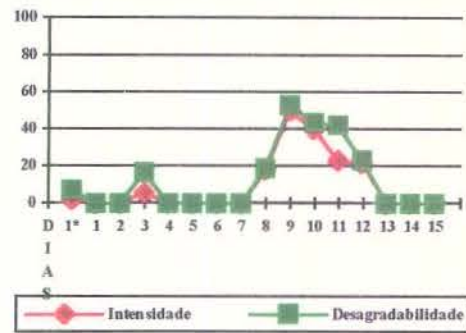
Paciente n. 16



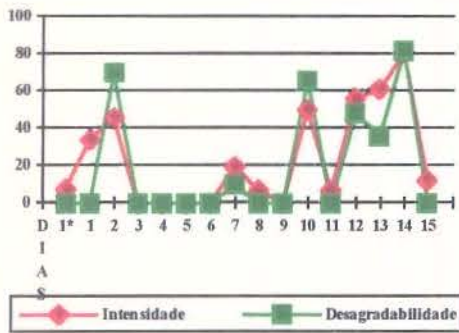
Paciente 17



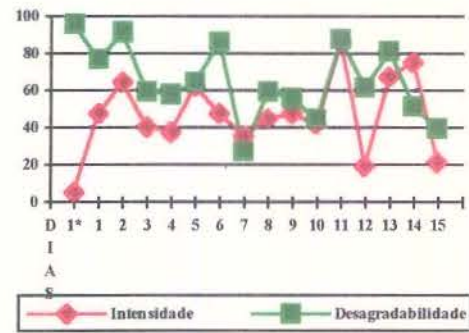
Paciente n. 18



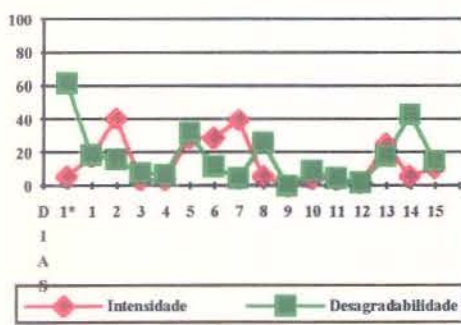
Paciente n. 19



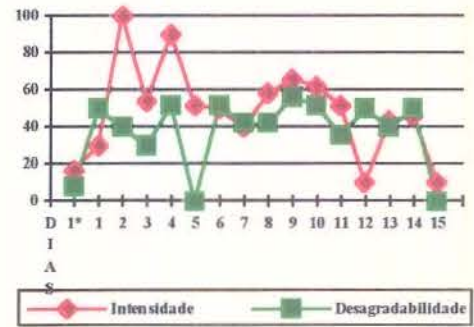
Paciente n. 20



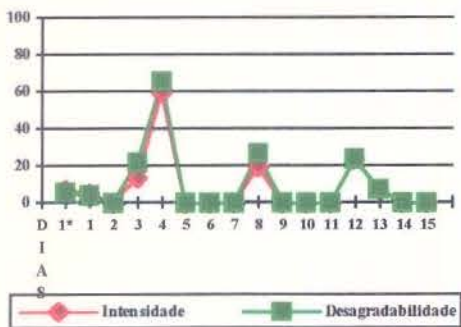
Paciente n. 21



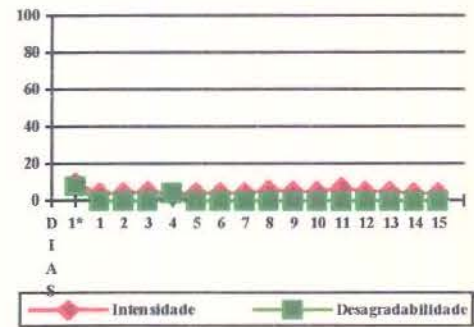
Paciente n. 22



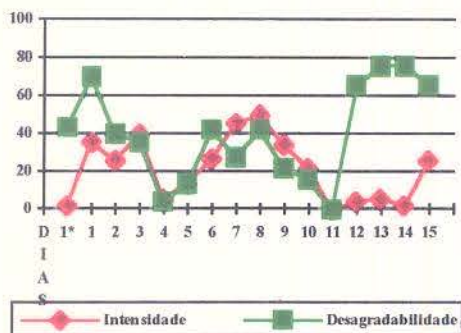
Paciente n. 23



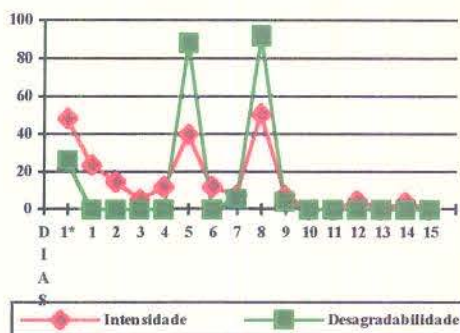
Paciente n. 24



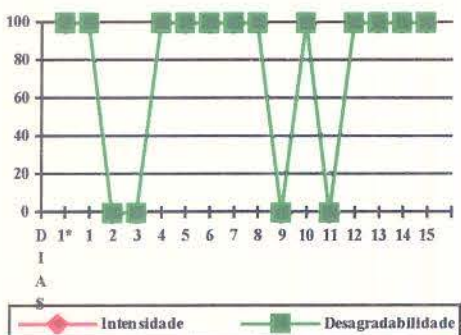
Paciente n. 25



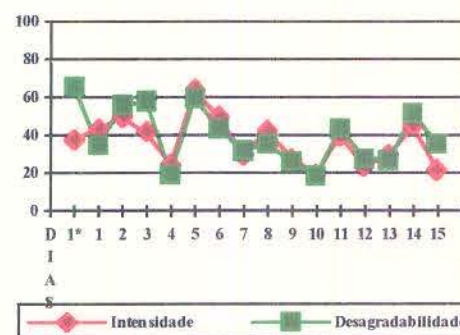
Paciente n. 26



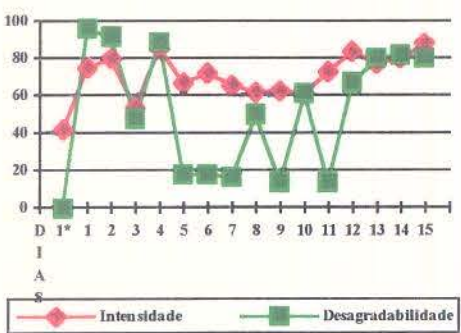
Paciente n. 27



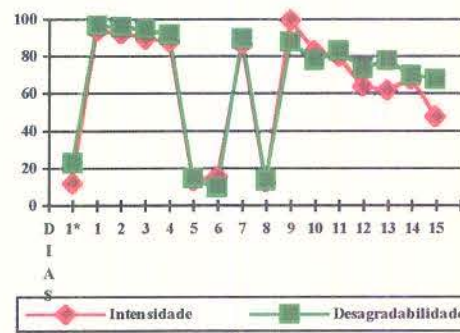
Paciente n. 28



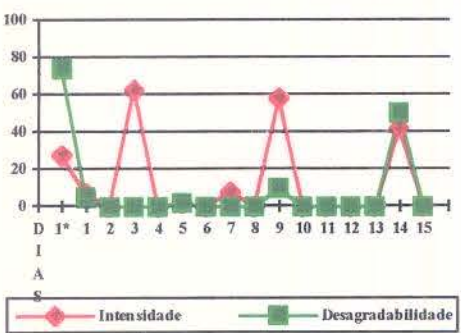
Paciente n. 29



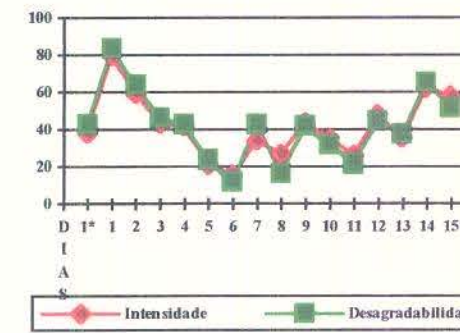
Paciente n. 30



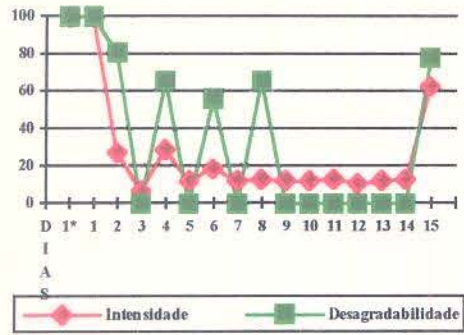
Paciente n. 31



Paciente n. 32



Paciente n. 33



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIACIGUÁ
BIBLIOTECA