

PROTOCOLO DE DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR/DTM E DOR OROFACIAL/DORF
DA REDE SUSBH

Nosso agradecimento a todos os profissionais que participaram da construção deste Protocolo, à Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED e a Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial - SBDOF, pelas contribuições às discussões, e incentivo à elaboração deste documento, pioneiro no SUS.

SUMÁRIO

1. CONCEITO

1.1. Dor

1.2. Dor Orofacial

2. DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

2.1. Conceito

2.2. Prevalência

2.3. Classificação

2.4. Sinais e Sintomas

2.5. Diagnóstico da DTM – Exame clínico

2.6. Condições de risco

3. EXAMES EXTRA E INTRA ORAL

4. TRATAMENTO

4.1. Terapêuticas para abordagem das DTM na Atenção Primária em Saúde

5. FLUXOGRAMA

6. CONDUTAS EM CASO DE URGÊNCIA

7. LINHA DE CUIDADO DA DTM-DOF NA REDE SUS-BH

7.1. Atenção Primária

7.2. Critérios de encaminhamento para Atenção Secundária

8. AS 07 (SETE) ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS AO PACIENTE COM DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

9. REFERÊNCIAS

1) CONCEITO

1.1. Dor

Experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores (*International Association for the Study of Pain*).

1.2. Dor Orofacial (DOF)

Dor orofacial é toda dor associada a tecidos moles e mineralizados (pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos) da cavidade oral e da face. Usualmente, essa dor pode ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou mesmo estar associada à cervicalgias, cefaléias primárias, doenças reumáticas como artrite reumatoide, dentre outras.

A dor orofacial raramente aparece como queixa isolada, sendo comum a coexistência com condições como fibromialgia, síndrome da fadiga crônica, cefaléia, refluxo gastroesofageal e estresse pós-trauma (AAOP, 2014).

Podemos considerar a seguinte classificação geral para as dores:

- 1- Dor Neuropática (alteração no sistema nervoso periférico ou central)
- 2- Dor Somática (não há alteração fisiológica no sistema nervoso): a dor pode ser superficial (mucocutânea) ou profunda (visceral ou musculoesquelética)
- 3- Dor Psicogênica
- 4- Dor mista (com mais de um componente acima)

As cefaléias são sintomas comuns associados também a disfunção têmporo mandibular (DTM).

O TRATAMENTO DE CEFALÉIAS É RESPONSABILIDADE DA CLÍNICA MÉDICA.

2) DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

2.1 Conceito

De origem multifatorial, a disfunção temporomandibular (DTM) é um tipo de dor orofacial, sendo definida como um conjunto de condições musculoesqueléticas e neuromuscular que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação e estruturas associadas ou ambas, e estão entre os problemas mais intrigantes encontrados na clínica odontológica. Trata-se de uma dor frequentemente crônica ou persistente, complexa e multifatorial, estressante e incapacitante. A origem multifatorial da patologia cria, portanto, uma impossibilidade de reconhecimento de apenas um único fator etiológico desencadeante da mesma.

Também podem estar associadas algumas comorbidades sistêmicas como: ansiedade, depressão, problemas otológicos ou neurológicos, e dores generalizadas no pescoço, ombros, costas e quadril. Certamente, a queixa mais comum nas desordens temporomandibulares é a dor usualmente localizada nos músculos mastigatórios, na área pré-auricular ou articulação temporomandibular, que pode ser agravada pela mastigação ou qualquer outra função mandibular. Pacientes com essa desordem ainda podem ter limitação e assimetria nos movimentos mandibulares, sons na articulação, hipertrofia dos músculos mastigatórios, desgaste oclusal atípico associado à parafunção, dores de cabeça, ouvido, dor facial e mandibular (The American Academy of Orofacial Pain).

2.2 Prevalência:

As disfunções temporomandibulares acometem cerca de 33% da população adulta, com predominância no sexo feminino e acima de 40 anos. Do total de pessoas acometidas, 15,6% tem necessidade de tratamento. Observa-se uma tendência de modificação deste padrão, com surgimento de casos em pessoas cada vez mais jovens, e aumento de incidência no sexo masculino.

É importante destacar que cerca de 83% da população adulta já apresentou algum sintoma relacionado à DTM, sem necessidade de intervenção.

2.3 Classificação

A classificação atual das DTM divide-se de acordo com sua origem:

- muscular - com acometimento dos músculos da mastigação (masseter, temporal, pterigóideo medial e pterigóideo lateral);
- articular - com acometimento das estruturas próprias da ATM (cápsula, disco, ligamentos, membrana sinovial);
- muscular e articular - acomete ambos componentes.

2.4 Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas deverão ser observados para o reconhecimento da DTM.

Quanto aos sinais, encontram-se primariamente a sensibilidade dos músculos da mastigação e da ATM à palpação, limitação e/ou incoordenação de movimentos mandibulares e ruídos articulares, e também redução ou perda dos movimentos da mandíbula, gerando o trismo muscular.

Os sintomas mais comuns são dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores na cabeça e na orelha/ouvido seguidos de manifestações otológicas como zumbido, plenitude auricular e vertigem.

É comum o paciente procurar a unidade de saúde com os seguintes sinais e sintomas:

- Dor ou cansaço na face e na cabeça tipo peso, aperto, ou pressão;
- Dor na face ou cabeça irradiada para pescoço ou vice-versa;
- Odontalgia persistente;
- Dor ou dificuldade para abrir a boca ou mastigar alimentos;
- Dor tipo choque ou queimação (investigar causas de origem neuropática);

- Dor na região do ouvido.
- Má oclusão súbita;
- Ruídos articulares – estalos ou crepitações na articulação;
- Travamentos episódicos da mandíbula – abertos ou fechados.

2.5 Diagnóstico da DTM – Exame clínico

Os critérios são baseados no Research Diagnostic Criteria (RDC) para DTM, sendo anamnese o passo mais importante na formulação da impressão diagnóstica inicial.

Deve-se considerar perguntas básicas importantes, ligadas aos sinais e sintomas de DTM. As perguntas sugeridas são para auxiliar e nortear o clínico no diagnóstico diferencial e devem fazer parte do exame clínico.

Quando for necessário encaminhar o usuário para o especialista, é importante qualificar o preenchimento da guia de referência, uma vez que, em casos complexos, o diagnóstico detalhado será realizado no CEO (Centro de Especialidade Odontológica).

Este questionário foi extraído do Manual de DTM e DOF da Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, baseados no RDC:

1. Você tem dor de ouvido, têmporas ou bochechas?
2. Você tem dores de cabeça, pescoço ou dor de dente com frequência? Em caso afirmativo, questionar: Qual é a frequência de sua dor?
3. A sua dor é pulsátil, pautada, difusa ou choque? Dê uma nota de zero a dez para a dor sentida. Em caso afirmativo, questionar: Qual a duração?
4. A sua dor é leve, moderada ou intensa?
5. Você tem dificuldade, dor ou ambos ao abrir a boca, ao bocejar, por

exemplo?

6. A sua mandíbula fica “trancada”, “presa” ou “caída”, sem conseguir abrir ou fechar?
7. Você tem alguma dificuldade, dor ou ambos ao mastigar, ou falar?
8. Você nota algum ruído nas articulações da mandíbula? Em caso afirmativo, questionar se o estalido ocorre somente pela manhã ou se repete durante o dia.
9. Tem problemas para escutar?
10. Range ou aperta os dentes?
11. Você já recebeu algum tratamento prévio para dor facial não explicada ou para um problema de articulação da mandíbula? Qual?

A resposta positiva a quatro dessas questões podem indicar presença de disfunção temporomandibular.

OBS: Para auxiliar na aferição da intensidade da dor sentida pelo usuário, deverá ser usado como referência a pontuação de 0 a 10:

- ZERO CORRESPONDE A AUSÊNCIA DE DOR;
- DE 1 A 3 – DOR LEVE;
- DE 4 A 6 – DOR MODERADA;
- DE 7 A 10 – DOR INTENSA.

Mais de cinco corresponde a uma dor que limita atividades diárias, sendo dez o pico de dor máxima que pode ou não vir associada com vômito e náuseas.

2.6 Condições de risco

Devem ser observados os fatores de risco para as DTMs, quais sejam:

- Macrotraumas:
 - Trauma direto: são traumas que afetam diretamente a ATM. Geralmente decorrente de socos ou acidentes com pancadas diretamente na articulação.
 - Trauma indireto: são traumas que afetam indiretamente a ATM, atingindo primariamente outra estrutura, causando lesão à ATM por dissipação de forças (lesão chicote). Ocorre em decorrência de acidentes ou pancadas nos quais o corpo vem bruscamente para a frente, gerando força indireta na articulação.

- Microtraumas:
 - Hábitos parafuncionais como apertar os dentes, mascar chicletes constantemente, roer unhas, morder lápis.

- Fatores anatômicos: decorrentes de alteração do esqueleto.

- Fatores fisiopatológicos: doenças degenerativas reumatológicas e neoplásicas, entre outras.

- Fatores Genéticos.

- Fatores Psicossociais.

3. EXAME EXTRA E INTRA ORAL

O profissional da atenção primária (APS) deve seguir estas informações básicas. Palpar levemente a região pré-auricular em busca de sensibilidade da ATM para avaliar a presença de dor.

1. Palpar a ATM na abertura e fechamento da mandíbula em busca de ruídos (estalidos ou crepitação) durante a realização dos movimentos de abrir e fechar a boca. Quando estiver presente o som, verificar se o mesmo ocorre na

abertura e/ou no fechamento.

2. Palpar os músculos masseter e temporal com a ponta do dedo para avaliar a presença de tensões musculares, dor local ou dor referida (que irradia para outro lugar), observando classificação para dor leve, moderada e intensa.

A dor entre 7-10 é prioridade alta para intervenção, entre 4-6 média e entre 1-3 baixa.

3. Exame intrabucal: Avaliar a presença de facetas de desgaste nos dentes, mobilidade dentária excessiva, linha alba na mucosa jugal, edentações na parte lateral da língua, teste de vitalidade pulpar e percussão dentária.

4) TRATAMENTO

O tratamento do usuário com DTM tem como objetivo a redução dos níveis de dor, a melhora da qualidade de vida e o restabelecimento da função do sistema mastigatório.

A prática da Odontologia Baseada em Evidência (OBE) não ampara a prescrição de técnicas que promovem mudanças oclusais complexas e irreversíveis, como o ajuste oclusal por desgaste seletivo, terapia ortodôntica, ortopedia funcional, cirurgia ortognática ou técnicas de reabilitação oral protética no tratamento da disfunção temporomandibular, salvo casos restritos.

Desta maneira, é sensato iniciar o tratamento com uma terapia conservadora ou reversível, deixando a terapia mais radical somente para os casos em que a abordagem inicial fracassar.

Recomendamos a utilização de terapias não-invasivas e reversíveis para os usuários que sofrem de DTM. O tratamento das DTMs mais complexas e das dores orofaciais, na maioria das vezes, requer uma abordagem

multidisciplinar e o tratamento geralmente envolve uma combinação de terapias. O tratamento da DTM e DOF pode ser de longo prazo e depende tanto do profissional quanto do paciente.

4.1 Terapêuticas para abordagem das DTM na Atenção Primária em Saúde:

4.1.1 Aconselhamento

Apesar de cada paciente precisar ser visto na sua individualidade, algumas medidas terapêuticas são comuns a todos os casos. Trata-se do aconselhamento no controle dos sintomas. Têm como função:

- Melhorar o relacionamento profissional-usuário. A confiança no profissional e a crença de que ele pode de fato ajudá-lo, tem efeito positivo imediato, reduzindo o estresse e diminuindo os sintomas;
- Esclarecer o diagnóstico diferencial, que reduz o medo e a ansiedade relacionados a dores de origem desconhecidas;
 - Identificar as causas etiológicas. O controle de muitas delas depende exclusivamente do próprio usuário, com relevância para as parafunções conscientes (apertar dentes, morder objetos, onicofagia etc.).

4.1.2 Termoterapia

É a aplicação terapêutica de calor ou frio local, para estimular a vasodilatação ou vasoconstrição nos tecidos, aliviar dores musculares e articulares ou promover o relaxamento muscular. É indicada nos quadros álgicos musculares e articulares, previamente, ou após exercícios de manipulação. Cabe ao profissional determinar a escolha por compressas frias ou quentes de acordo com o diagnóstico e o procedimento a ser realizado.

- **Calor** - no **quadro muscular** recomenda-se **compressa quente ou morna (calor úmido)** para alívio da dor, devendo ser aplicada por 15 a 20 minutos, mínimo 3 x ao dia . O calor úmido é mais efetivo

que o calor seco (bolsa de água quente), podendo ser feito por meio de uma toalha/compressa molhada em água quente/morna. Seus benefícios incluem redução da dor, aumento do fluxo sanguíneo com aumento da circulação e liberação de toxinas inflamatórias, levando a uma ação antiinflamatória local. **Indicação:** dores musculares CRONICAS. Local de compressa: Músculo masseter/temporal e/ou Músculo trapézio/suboccipital.

- **Frio** - No **quadro articular** (dor perto do ouvido) recomenda-se **compressa fria** aplicada por 10 minutos. Esta conduta é indicada para alívio da dor, ou para reduzir a percepção da dor na área antes da realização de exercícios de manipulação. Deve-se considerar a temperatura utilizada para não causar danos aos tecidos. Lembre-se sempre de proteger com creme hidratante ou vaselina a pele, evitando contato direto com o gelo, envolvendo-o com panos ou compressa. Orientar o paciente a continuar a termoterapia em domicílio. **Indicação:** dores articulares e musculares agudas. Local de compressa: Músculo masseter/temporal e/ou Músculo trapézio/suboccipital e no local da articulação.

4.1.3 Terapia medicamentosa

A terapia medicamentosa é auxiliar ao tratamento das DTMs. Antes de selecionar o fármaco é fundamental o diagnóstico da dor.

Para a APS, recomendamos os seguintes medicamentos disponíveis na REMUME, relação de medicamentos da Rede SUSBH:

- Para dor muscular recomenda-se analgésico Dipirona sódica (gotas) 500mg/ml ou Paracetamol 500mg de 6 em 6 horas ou Ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas.
- Para dor articular recomenda-se anti-inflamatório Ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas. e para dores de origem muscular e articular o Ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas é o medicamento de escolha.

Considerando a presença de comorbidades, a prescrição e o uso de medicamentos deve ser discutida com o médico assistente da equipe a qual o usuário pertence, levando-se em conta as interações medicamentosas.

4.1.4 Exercícios terapêuticos

Os exercícios terapêuticos podem contribuir para o tratamento das disfunções temporomandibulares e ajudam a restaurar a amplitude do movimento.

O treinamento e motivação para exercícios domiciliares é importante, visto que a condição crônica impõe um cuidado constante. O maior desafio no uso da terapia de exercícios é motivar adequadamente o usuário. Os exercícios são recomendados e contribuem muito para o tratamento das DTMs. A falta de motivação para realizar os exercícios pode influenciar nos resultados esperados.

Também pode-se contar com a participação dos profissionais do NASF na realização e proposição de exercícios terapêuticos adequados, caso haja disponibilidade. Os exercícios recomendados são:

- Posição de repouso: Lábios fechados, manter os dentes desencostados com a língua em repouso no assoalho bucal, ombros relaxados, cabeça alinhada na linha do horizonte.
- Exercícios ativos sem resistência - São exercícios que exigem pouca força ativa dos músculos. São executados dentro dos limites indolores de movimento e podem ajudar a manter a função normal e o fluxo sanguíneo nos músculos (OKENSON, 1992).
- Abertura guiada: o paciente é orientado a abrir a boca com o ápice da língua tocando permanentemente a papila palatina, na altura da papila incisiva, mantendo esta posição por 10 segundos, fechando a boca logo em seguida, mantendo a língua sobre a papila, retornando a postura de repouso. Repetir por 3 vezes, e deve ser feito por 3 x ao dia.

- Para limitação de abertura é recomendado inserir espátulas abaixadores de língua progressivamente, a medida que o paciente for tolerando e melhorando a abertura da boca. A quantidade de espátulas é modulada pelo limite da dor. Não insistir ou forçar além deste limite.

Estes exercícios podem ser utilizados em pacientes com movimentos disfuncionais de mandíbula, tais como dificuldade de abertura em desvios e controle de deslocamentos.

4.1.5 Abordagem psico-terapêutica

Identifica-se a necessidade de apoio psicológico, quando as DTMs estão associadas a quadros de ansiedade e depressão.

4.1.6 Acupuntura

Constitui uma terapêutica eficaz, capaz de reduzir significativamente ou eliminar a dor, bem como atuar nas comorbidades associadas e nos fatores coadjuvantes da DTM. A acupuntura pode ser indicada nos casos refratários relacionados a: dor miofascial; cansaço muscular; bruxismo; apertamento dental; zumbido; presença de trigger points nas fibras musculares. Nos casos de travamento ou limitação dos movimentos de abertura ou fechamento da mandíbula, a acupuntura também se mostra eficaz.

O paciente portador de DTM pode ser encaminhado para atendimento dentro das terapias ofertadas pelo PROHAMA, quais sejam Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, disponíveis nos Centros de Saúde, de acordo com o fluxo estabelecido para estas especialidades na APS.

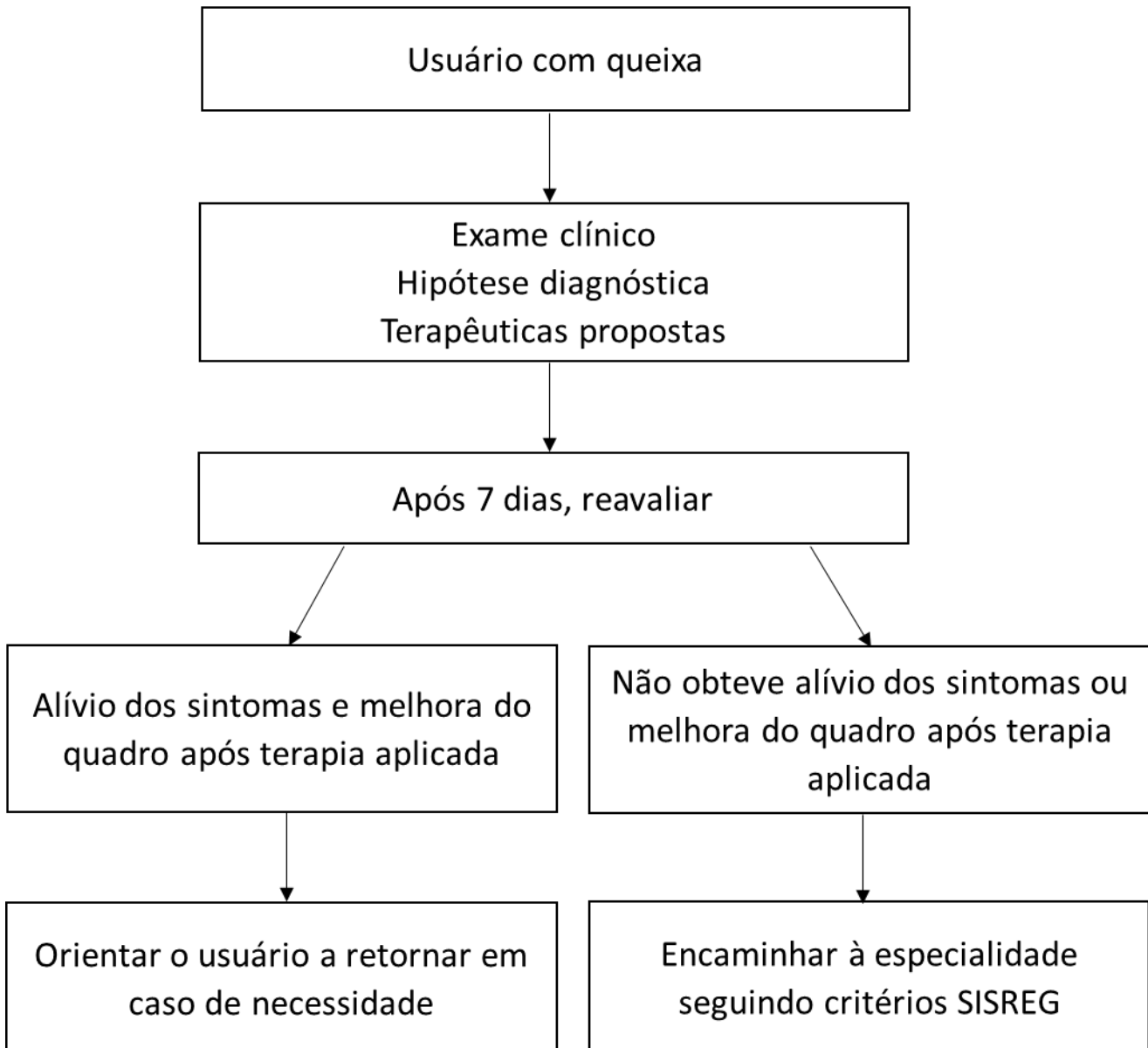
OBS. Casos refratários e/ou mais complexos que necessitem de encaminhamento para o NASF(PROHAMA) para atendimento de Fisioterapia, Fonoaudiologia, abordagem psicoterapêutica, ou Acupuntura devem ser discutidos em reunião de matriciamento com o NASF e ESF.

4.1.7 Orientações Educativas e Preventivas

As orientações estão descritas na página 22 deste Protocolo, e poderão ser impressas e entregue ao usuário.

5) FLUXOGRAMA

Fluxograma DTM



6) CONDUITAS EM CASO DE URGÊNCIA

Em se tratando de urgência, o atendimento ofertado visa alívio da dor por meio de medicação analgésica, antiinflamatórios, termoterapia e reposicionamento mandibular dentro de indicações e possibilidades da APS. O profissional deve realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.

O que é uma urgência em DTM / DOF?

- Paciente em fase aguda, com dor forte e / ou limitação de movimentos relacionada aos músculos da mastigação, área pré auricular ou articulação temporomandibular e estruturas associadas ou ambas.

Deve-se proceder a avaliação do paciente para o diagnóstico da DTM e dores orofaciais, medicação para o controle da dor e reposicionamento da mandíbula, de acordo com o diagnóstico:

6.1 Paciente com limitação de abertura e travamento fechado da boca. É caso de deslocamento do disco sem redução, onde o disco articular se desloca para anterior e impossibilita o paciente de abrir totalmente a boca. O profissional deve realizar a manobra para redução do travamento, durante a qual o profissional deve colocar o polegar na linha oblíqua externa por dentro da boca do paciente e realizar o movimento para baixo e para frente na tentativa de recaptura do disco e resolução do travamento.

- Caso se obtenha sucesso no reposicionamento, o profissional deverá proceder às orientações e ao acompanhamento do caso, solicitando retorno em 24 horas, ou antes, se necessário.
- Caso o profissional não consiga reposicionar a articulação, ou não consiga obter melhora do quadro, deverá encaminhar o paciente para o atendimento de urgência realizado nos serviços de referência para este atendimento, ou inseri-lo em fila da especialidade.

6.2 Paciente com travamento mandibular com a boca aberta (luxação uni ou bilateral)

É o caso de deslocamento do côndilo para além do tubérculo articular e impossibilidade do paciente de fechar totalmente a boca. O profissional deve realizar a manobra para redução, durante a qual deve colocar o polegar na linha oblíqua externa por dentro da boca do paciente e realizar o **movimento para baixo e para trás** na tentativa de recaptura do côndilo para dentro da cavidade mandibular e resolução do travamento. Manter o paciente com a boca fechada.

Aconselhar o paciente a não abrir muito a boca.

- Caso se obtenha sucesso no reposicionamento, o profissional deverá proceder às orientações e ao acompanhamento do caso, solicitando retorno em 24 horas, ou antes, se necessário.
- Caso o profissional não consiga reposicionar a articulação, ou não consiga obter melhora do quadro, deverá encaminhar o paciente para o atendimento de urgência realizado nos serviços de referência para este atendimento, ou inseri-lo em fila da especialidade.

6.3 Pacientes que apresentem problemas com o dispositivo intra bucal (placa).

Orientar o usuário a não utilizar o mesmo. Pode ser necessário ajuste ou reconstrução em caso de má adaptação. Para usuários em tratamento no CEO ou recém egressos do tratamento especializado, ligar para a unidade e solicitar agendamento de consulta com o especialista para realização dos ajustes necessários. Sugere-se encaixe na agenda do CEO para estes casos.

Locais de encaminhamento de urgência em DTM-DOF:

De segunda a domingo – 24 horas:

1 – Ambulatório de urgência odontológica do Hospital Odilon Berhens/HOB

Às quintas feiras – de 07:00 às 17 horas:

2 - Clínica de DTM do Hospital Odilon Berhens/HOB

– Profissional: Marcelo Roncalli Rua Formiga, nº 50 – São Cristóvão.

Às sextas feiras – de 14:00 às 16:30 horas:

3 - Hospital das Clínicas/HC

Ambulatório da Clínica de Dor Orofacial, 5º andar. Coordenador.
Roberto Brígido

Entrada pelo Hospital Bias Fortes, na Alameda Deputado Álvaro Celso, 175, em frente à entrada do estacionamento do Supermercado Extra.

7) LINHA DE CUIDADO DA DTM-DOF NA REDE SUS-BH

7.1 Atenção Primária

Na atenção primária todo usuário deve receber orientações para promoção à saúde e cuidados preventivos relativos ao desenvolvimento das DTM, com orientações mais abrangentes que impactam na qualidade de vida. Os sinais e sintomas já descritos precisam ser observados no exame clínico para o reconhecimento das DTM e DOF.

O usuário deve receber orientações de autocuidado, em relação à dieta, aos hábitos parafuncionais, aspectos posturais e higiene do sono, que contribuem para alívio no quadro de DTM. Deve ser orientado em relação a condutas que visam uma melhor qualidade de vida, dentre elas, a prática de atividades físicas.

O cirurgião dentista deve realizar todos os procedimentos de saúde bucal e abordagens possíveis, discutindo os casos complexos com os demais

profissionais, numa abordagem multidisciplinar. Recomenda-se discutir os casos em reuniões de matriciamento com a ESF e NASF. As práticas integrativas e complementares também podem contribuir no tratamento dos casos, com ênfase na acupuntura.

7.2 Critérios de encaminhamento para Atenção Secundária

ESPECIALIDADE: DISFUNÇÃO DE ATM

PRIORIDADE ALTA: Paciente em fase aguda, com dor relacionada à ATM no máximo há 3 meses.

Inserir no fluxo institucional do SISREG.

- Os critérios de encaminhamento para o SISREG permanecem os mesmos vigentes até a data da publicação deste Protocolo. Espera-se que após a realização da capacitação aos profissionais, obtenha-se aumento de resolutividade na abordagem dos casos na APS, bem como o acompanhamento dos usuários egressos do tratamento especializado.
- A guia de referência preenchida pelo CD da APS para a especialidade deve relatar a condição clínica encontrada e a conduta realizada na APS e os resultados obtidos. Para realizar o encaminhamento para a Atenção Secundária, é necessário que os procedimentos recomendados para a APS tenham sido realizados.
- A contra-referência da especialidade para a APS deve ser detalhada, permitindo subsidiar o cuidado continuado na APS, com a retaguarda da especialidade.

- Locais de oferta da especialidade de DTM para agendamento via SISREG para a APS:

CEO Paracatu

Profissionais: Ricardo Luiz de Barreto Aranha – 07:00 às 11:00 horas

Horácio Barroso Mourão – 11:00 às 15:00 horas

Rua Paracatu, 214 entrada pela Rua Goitacazes, 1.550 – Barro Preto

Tel: 3277- 8776 / 8777

CEO Venda Nova

Profissional: Patrícia Maria da Costa Reis – 12:00 às 16:00

Rua Eugênio Volpini, 143 - Bairro São João Batista

Tel: 3277- 7324 / 7327

Hospital Odilon Berhens/HOB

Clínica de DTM – Profissional: Marcelo Roncalli – quinta feira de 07 às 17 horas

Rua Formiga, nº 50 – São Cristóvão

Tel: 3277- 6111 / 6256

- Local de oferta da especialidade com agendamento EXCLUSIVO para os especialistas dos CEOs (para os casos mais complexos em tratamento nos CEOs):

Hospital das Clínicas/HC - Ambulatório da Clínica de Dor Orofacial, 5º andar.

Coordenador: Roberto Brígido

Entrada pelo Hospital Bias Fortes, na Alameda Deputado Álvaro Celso, 175.

8) AS 07 (SETE) ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS AO PACIENTE COM DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

1. POSTURAIS

- Mantenha boa postura. Quando a mandíbula está em descanso, os dentes de baixo nunca devem encostar nos dentes de cima. A regra é lábios unidos, dentes separados.
- Manter uma boa postura de cabeça, pescoço e costas irá ajudar a relaxar seus músculos e reduzir as tensões, seja no trabalho ou em períodos de descanso.

2. EVITAR HÁBITOS NOCIVOS

- Evite apertar ou ranger dentes, mascar chicletes, roer unhas, morder ou apertar os lábios, apoiar o queixo e morder objetos.
- Evite abrir muito a boca. Ao bocejar tente controlar o movimento. Evite longas sessões no dentista.
- Evite dormir apoiando o rosto com as mãos pressionando a musculatura da face.

3. RELAXAR A MUSCULATURA MASTIGATÓRIA

- Tente não apertar seus dentes ou mantê-los em contato. Manter os lábios juntos e dentes separados, sem tocar (lábios juntos e espaço de ar entre dentes), mantendo a posição de repouso já descrita.

4. ALIMENTAÇÃO

- Evite a cafeína porque ela pode aumentar a tensão em seus músculos. Diminua a quantidade de café, chás como chá verde, mate ou chá preto, refrigerante tipo cola e chocolates.
- Corte sua comida em pedaços pequenos, evite morder pedaços grandes de alimentos.
- Evite comer alimentos duros e que tenha que mastigar por muito

tempo como balas e caramelos duros, assim como mascar chicletes. Coma de preferência alimentos macios e em pequenos pedaços.

- Durante o quadro de dor aguda, dê preferência a alimentos moles como sopas, caldos, purês, iogurtes. Uma alimentação macia permitirá o reparo muscular.
- Evite movimentos que causem dor.

5. TERMOTERAPIA

- Aplique compressas quentes ou frias conforme indicação do profissional. Marcar com um x no tipo de compressa indicada:
- () Aplique calor úmido, com bolsa térmica de água ou bolsa de gel, sobre a área dolorida por 20 minutos, 2 a 4 vezes ao dia no músculo dolorido.
- () Aplique gelo envolto em um pano fino ou em um saco plástico, sobre a área dolorida, por 10 minutos, 5 a 8 vezes ao dia.

6. AUTOMASSAGEM

Massagear com os dedos inicialmente com movimentos circulares na região dolorida da face, depois movimentos de alongamento retílineos (sem abrir a boca) partindo de baixo para cima, em direção ao alto da orelha (região de masseter e/ou temporal). Estes movimentos devem ser realizados pelo próprio paciente, sempre que perceber o apertamento dental ou a dor.

7. MELHORAR A QUALIDADE DO SONO

- Utilize colchão e travesseiros adequados.
- Procure dormir num ambiente calmo, silencioso, tranquilo, escuro, sem barulho e estímulos visuais.
- Evite dormir “de bruços” ou em outras posições que estiram seus músculos da mandíbula e pescoço.

- Não fumar antes de deitar-se ou durante a noite.

Dicas para melhorar a qualidade do sono:

- Eliminar atividades que prejudiquem o sono, como televisão, telefone, uso de jogos no computador ou celular, e outros.
- O ambiente deve ser tranquilo, escuro, sem barulho e estímulos visuais.
- Estabelecer hábitos que permitam relaxar antes de dormir.
- Fazer exercícios físicos regularmente evitando a prática de exercícios vigorosos antes de deitar. Deixar um intervalo em torno de três horas entre o final dos exercícios e o horário de dormir.
- Manter horários predeterminados para comer, assim como para tomar medicamentos ou realizar tarefas, ou outras atividades, ajuda a manter seu relógio interno sincronizado e facilita um bom sono.
- Evitar comidas pesadas pelo menos duas horas antes de deitar-se. Deve-se evitar dormir com fome ou de estômago vazio.
- Tomar um copo de leite morno antes de dormir é muito bom, pois o leite é rico em triptofano, que é precursor da serotonina, permitindo um sono mais tranquilo.
- Evitar chocolate, bebidas ou alimento com cafeína, café, chá mate, chá preto ou chá verde, refrescos ou refrigerantes com cafeína, ou cola) ou bebidas energéticas ou alimentos açucarados durante as seis horas anteriores a ir dormir.
- Usar os remédios para dormir somente com prescrição médica. Em geral, medicamentos para dormir não devem ser usados por mais de duas ou três semanas.
- Não ingerir álcool se toma comprimidos para dormir ou outros medicamentos que afetam o sistema nervoso. Consultar seu médico se tiver dúvidas sobre possíveis interações entre seus medicamentos e bebidas alcoólicas.
- Evitar o uso de álcool antes de dormir ou deitar-se ou durante a noite.

9) REFERÊNCIAS

AMERICAN Academy of Orofacial Pain: **Guidelines for assessments, diagnosis and management**. Chicago Quintessence. 1996.

BEZERRA, Berta Priscilla Nogueira et al. **Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários**. Rev. dor, São Paulo, v. 13, n. 3, Sept. 2012.

CARRARA, Simone Vieira, Paulo César Rodrigues Conti, Juliana Stuginski Barbosa. **Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial** Dental Press J Orthod **14** 2010 May-June;15(3):114-20.

CUNHA LA, Caltabiano LV, Duarte MSR, Oliveira W. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 2006;60(5):379-3.

DIMITROULIS G. **Temporomandibular disorders: a clinical update**. BMJ. 1998.317.190.194.

GODOLFIG, Luiz Roberto. **Distúrbios do Sono e a Odontologia** – Livraria Santos Editora – SP – 2010.

ISBERG, Annika. **Disfunção de ATM -Um guia para o clínico**. Ed. Roca, São Paulo, 2005.

LEI H, Nahum-Shani I, Lynch K, Oslin D, Murphy SA. **A "SMART" design for building individualized treatment sequences**. **Annual Review of Clinical Psychology**. 2012;8:14.1-14.28. [PMCID: 3381111] [PubMed]

MAGALHÃES Junior, H. M.; Oliveira, R. C. **Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte**. In: Pinheiro, R.; Ferla, A. A.; Mattos, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Educs; IMS/Uerj; Cepesc, 2006. p. 51-64.

MANUAL DE REGULAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOR OROFACIAL, 2013.

MOHL N. D. et al. **Devices for the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders**. J Prosthet Dent. 1990. 63:198.

OKENSON JP, de Leeuw R. **Differential Diagnostic of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders**. Dentclin North Am. 2011;45(1):105-20. (links)

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Sistema de Regulação Saúde Bucal. Coordenação de Saúde Bucal**. 2014. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh>

SAMUEL, F., DWORKIN, LERESCHE, Linda. **Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/DTM)**. Axis II. 2009.

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED Heir GM, Khan J, Mannheimer JS, Friction J, Crandall JA, Wright EF; **Relação entre disfunções temporomandibulares, cefaleias primárias e cervicalgias**; Chpt 46 in Orofacial Pain Diagnosis and Treatment (**Dores Orofaciais Diagnóstico e Tratamento**); Eds. De Siqueira JDT, Teixeira MJ, Artes Médicas, São Paulo, Brazil, 2012.

Equipe de Elaboração:

Ana Pitchon

Marcelo Roncalli Pinheiro Chagas

Patricia Maria da Costa Reis

Ricardo Luiz de Barreto Aranha

Roberto Brígido de Nazareth Pedras

Terezita de Fátima Fernandes

Colaboração:

Adriana do Paço Soares

Indira Oliveira Tolentino

José Magaldi Navarro

Lilian Cristhine Miranda Silveira

Mônica Pimentel

Natália Aparecida Assunção

Ana Pitchon

Coordenação de Saúde Bucal

Taciana Malheiros de Lima Carvalho

Gerência de Assistência à Saúde

Fabiano Geraldo Pimenta Júnior

Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte