

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

**NILDA MARIA TEIXEIRA**

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM  
DESORDENS TEMPOROMANDIBULAR DE ORIGEM MUSCULAR, ARTICULAR E  
MISTA POR MEIO DOS CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA DE  
DTM (RDC/TMD)**

**Duque de Caxias  
2009**

**NILDA MARIA TEIXEIRA**

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM  
DESORDENS TEMPOROMANDIBULAR DE ORIGEM MUSCULAR, ARTICULAR E  
MISTA POR MEIO DOS CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA DE  
DTM (RDC/TMD)**

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do Grau de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Estudo das Desordens Temporomandibulares e Dor Orofacial.

Orientador: Prof. Rodrigo Reis

**Duque de Caxias**

**2009**

## CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA – UNIGRANRIO

T266a Teixeira, Nilda Maria.

Avaliação dos aspectos psicossociais em pacientes com desordens temporomandibular de origem muscular, articular e mista por meio dos critérios de diagnóstico para pesquisa de DTM ( RDC/TMD) / Nilda Maria Teixeira. - 2009.

48 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Odontologia) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2009

“Orientador: Prof. Rodrigo Reis.”

Bibliografia: p. 35-38.

1. Odontologia. 2. Transtornos da Articulação Temporomandibular.  
3. Dor facial. 4. Depressão. 5. Transtornos da Articulação temporomandibular – Psicologia. 6. Músculos mastigatórios. 7. Transtornos da Articulação Temporomandibular – Diagnóstico. I. Reis, Rodrigo. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD –617.6

**NILDA MARIA TEIXEIRA**

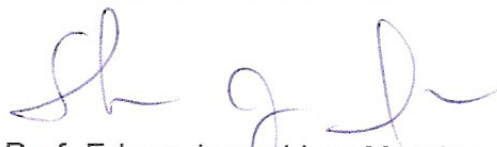
**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM  
DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR DE ORIGEM MUSCULAR, ARTICULAR E  
MISTA POR MEIO DO CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO DE PESQUISA (RDC/TMD)**

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

Linha de Pesquisa: Estudos da Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Oro Facial.

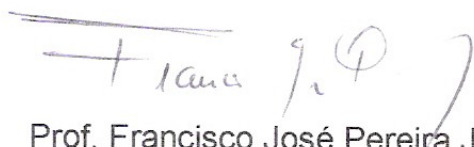
Aprovado em 29 de junho de 2009.

Banca Examinadora



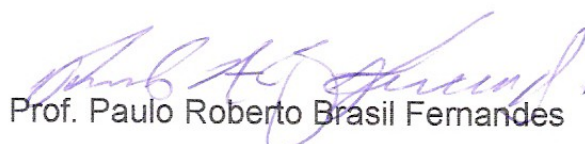
Prof. Edson Jorge Lima Moreira

UNIGRANRIO



Prof. Francisco José Pereira Jr.

ADERJ/SBED



Prof. Paulo Roberto Brasil Fernandes

UERJ

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus;

Ao José Rafael pelo apoio;

A minha mãe que de um jeito diferente sempre me apoiou em tudo que faço;

Ao Prof. Francisco e a Profa. Norma pela instrução e compreensão;

As colegas de mestrado Karen, Jacqueline e Érica;

A Janete e Jussara que me acolheram no Rio;

E as minhas auxiliares e todos que mesmo de forma indireta contribuíram para esta conquista.

## RESUMO

Desordens Temporomandibulares (DTM) é um termo coletivo envolvendo um número de problemas clínicos que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular, ou ambos. O sinal mais frequente de desta condição é dor, usualmente localizada nos músculos da mastigação, na área pré - auricular, e/ ou na ATM. O paciente com DTM frequentemente tem os movimentos mandibulares limitados ou assimétricos e sons articulares que são comumente descritos como clique ou estalido, rangido ou crepitação. Estudos indicam que as DTM é um conjunto de condições de dor crônica que compartilham importantes características com outras condições de dor crônica comum. É amplamente reconhecido que fatores psicológicos podem ser envolvidos no processo de percepção da dor. Apesar da etiologia das DTM não ter sido estabelecida, fatores psicológicos tem sido implicados na predisposição, iniciação e perpetuação das DTM e Terapias psicológicas tem sido consideradas benéficas para alguns pacientes de DTM. A importância da questão psicossocial foi destacada no desenvolvimento dos Critérios para diagnóstico e pesquisa para Desordens Temporomandibulares (RDC/TMD). Dworkin e LeResche recomendaram que, além do diagnóstico físico (Eixo I), uma avaliação psicossocial (Eixo II) também deveria ser realizada nos pacientes de DTM. O Eixo II envolve o impacto psicossocial da dor crônica, característica da intensidade da dor, e a incapacidade atribuída a dor da DTM. Esta ênfase na importância das questões psicossociais é refletida nas conclusões de vários estudos de pacientes de DTM. O objetivo deste estudo foi identificar as diferenças entre os 3 grupos de pacientes de DTM, aqueles com problemas musculares, problemas articulares ou ambos, e comparar essas diferenças na área psicossocial. Os dados do RDC/TMD para o Eixo I e Eixo II foram aplicados a 116 pacientes com história de DTM e depois comparados o nível de depressão, somatização e grau de dor crônica nos pacientes com um ou mais diagnóstico do RDC/TMD. De acordo com o observado neste estudo, concluímos que o sexo feminino foi predominante, os pacientes diagnosticados com DTM mista foram mais prevalentes, com um maior grau de dor crônica, tendendo a apresentar

mais somatização, e os pacientes com diagnóstico de DTM articular teve menor Grau de Dor Crônica e menos Depressão.

Palavras-chave: Desordens Temporomandibulares, Depressão, Somatização, Dor.

## ABSTRACT

Temporomandibular disorders (TMD) is a collective term embracing a number of clinical problems that involve the masticatory musculature, the temporomandibular joints (TMJ), or both. The most frequently sign at presentation is pain, usually localized in the muscles of mastication, the preauricular area, and/or the TMJ. Patients with TMD often have limited or asymmetric mandibular movements and joint sounds that are commonly described as clicking, pop-ping, grating, or crepitus. Studies indicate that TMD is a chronic pain condition that shares the major characteristic of other common chronic pain conditions. It is widely recognized that psychological factors may be involved in the pain perception process. Although the etiology of TMD has not been established, psychological factors have been implicated in the predisposition, initiation, and perpetuation of TMD and psychological therapies have been found to be beneficial for some TMD patients. The importance of psychosocial issues was recently highlighted in the development of the Research Diagnostic Criteria for Tempomandibular Disorders (RDC/TMD). Dworkin and LeResche recommend that, in addition to the physical diagnosis (Axis I), a psychosocial assessment of TMD patients be codified on Axis II. Axis II involves the psychosocial impact of chronic pain, characteristic pain intensity, and disability attributed to TMD pain. This emphasis on the importance of psychological issues is reflected in the findings of several studies of TMD patients. The objective of this study was to identify differences between 3 groups of TMD patients, those with muscle problems, articular problems, or both and compare these differences on psychosocial domains. The RDC/TMD data for Axes I and II for 116 patients with a history of TMD, and after was compared the level of depression, somatization and chronic pain grade in patients in single and multiple RDC/TMD diagnostic group. Within the limitations of this study, concluded that female and patients diagnosed with muscle and articular problems was more prevalent, with higher levels of chronic pain grade, tends to show more somatization, and patients diagnosed with articular problems with lower levels of chronic pain grade and Depression.

Keywords: Temporomandibular Disorders, Depression, Somatization, Pain.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra.....	30
Tabela 2. Depressão em relação à origem da DTM.....	30
Tabela 3. Somatização em relação à origem da DTM.....	31
Tabela 4. Grau de Dor Crônica em relação à origem da DTM.....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS

MMP - Desordens de dor dos músculos mastigatórios.

ICP - Desordens de dor intracapsular.

SOMATINC - Somatização com item de dor incluído.

SOMATEX - Somatização com item de dor excluído.

CPGrade - Grau de dor crônica.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
2	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	12
2.1	<b>ETIOLOGIA: EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS</b> .....	12
2.1.1	Teoria do Deslocamento Mecânico.....	12
2.1.2	Teoria Psicológica.....	13
2.1.3	Teoria Neuromuscular.....	13
2.1.4	Teoria Muscular.....	13
2.1.5	Teoria Psicofisiológica.....	14
2.1.6	Teoria Multifatorial.....	14
2.2	<b>MODELOS BIOMÉDICOS DE DOR</b> .....	15
2.3	<b>MODELO BIOPSISSOCIAL DA DOR</b> .....	16
2.4	<b>AS QUESTÕES PSICOSSOCIAIS E SUA INFLUÊNCIA NA PERCEPÇÃO DA DOR</b> .....	17
2.5	<b>CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO DE PESQUISA PARA DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES (RDC/TMD)</b> .....	20
2.6	<b>CLASSIFICAÇÃO DAS DTM</b> .....	21
2.6.1	Desordens Articulares.....	22
2.6.2	Desordens dos Músculos da Mastigação.....	23
2.7	<b>AS DIFERENÇAS ENTRE DTM MUSCULAR, ARTICULAR E MISTA</b> ..	24
3	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	27
4	<b>RESULTADOS</b> .....	29
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	32
6	<b>CONCLUSÕES</b> .....	36
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37
	<b>ANEXO A - Modelo de Declaração e Autorização para Procedimentos Médicos</b> .....	41
	<b>ANEXO B - Modelo de RDC – TMD</b>	42
	<b>ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIGRANRIO</b> .....	51

## 1 INTRODUÇÃO

Desordens temporomandibulares (DTM) constituem condições envolvendo a articulação temporomandibular e os músculos mastigatórios, representando um significativo problema na área da saúde. Os principais sintomas e sinais de DTM são: (1) dor na articulação temporomandibular (ATM), (2) dor e sensibilidade nos músculos mastigatórios, (3) ruídos articulares e (4) limitação ou distúrbios durante os movimentos mandibulares (FERRANDO, 2004). Estudos epidemiológicos têm revelado uma alta prevalência de sinais e sintomas de DTM na população em geral. Contudo, já está claro que somente uma minoria de pessoas com sinais e sintomas são ou poderão se tornar pacientes com necessidades de tratamento, o que significa que as altas prevalências de sinais e sintomas observadas nos diversos estudos não podem ser traduzidas como necessidade de tratamento (CARLSSON; DeBOEVER, 2000).

A etiologia das DTM continua sendo um ponto de controvérsia. Fatores causais possíveis incluem diferentes variáveis estruturais, psicológicas, trauma agudo, doença articular degenerativa, fatores imunológicos e sobrecarga funcional mandibular variável (ex: hábitos parafuncionais, hiperatividade mastigatória e espasmos musculares). Atualmente, a maioria dos autores propõe uma etiologia multifatorial para DTM, considerando que os fatores envolvidos, assim como a influência deles, diferem dependendo de cada caso (FERRANDO, 2004; GALDÓN, 2006).

Outro aspecto discutível das DTM é a natureza heterogênea dos sintomas, o que tem levado à dificuldade no estabelecimento de um critério de classificação uniforme e, conseqüentemente, a dificuldade para um diagnóstico padronizado definindo os subtipos clínicos de DTM. Em 1992, Dworkin e LeResche propuseram um esquema diagnóstico para satisfazer a necessidade de um consenso e desenvolveram um Critério de Diagnóstico de Pesquisa para Desordens Temporomandibulares (RDC/TMD) viabilizando um formulário padronizado que pode ser utilizado em exames, diagnóstico e classificação dos subtipos mais comuns de DTM. Baseado nesta proposta, a avaliação diagnóstica dos pacientes foi focada em dois Eixos. O Eixo I constitui os aspectos clínicos e físicos da sintomatologia e,

baseado nisto, classifica as desordens em: Grupo I (desordens musculares), Grupo II (desordens de deslocamento de disco), e Grupo III (artralgia, artrite e/ou artrose).

O esquema diagnóstico também inclui o Eixo II que constitui a avaliação de variáveis psicológicas conforme a literatura, enfatizando a relevância destes fatores relacionados à DTM. Sendo assim, a utilização destes critérios permite uma classificação mais homogênea, diagnósticos mais precisos, incluindo ainda a influência de variáveis psicológicas (Eixo II).

Em conformidade com as implicações psicossociais das dores crônicas, em que mecanismos psicológicos e comportamentais podem ocorrer a partir da dor orofacial, a identificação de características psicológicas ligadas à dor é de fato importante (DAHLSTRÖM, 1997).

Apesar das DTM serem classificadas em dois grandes grupos distintos de condições músculo-esqueléticas, isto é, muscular e articular, que afetam a região orofacial, pouco se conhece sobre as características psicossociais de cada um destes dois grupos e a influência das mesmas sobre essas condições.

Este trabalho tem como objetivo avaliar a presença de aspectos psicossociais nos pacientes portadores de desordens temporomandibulares (DTM) de origem articular, muscular e mista, que procuram tratamento na clínica de DTM da Escola de Odontologia da UNIGRANRIO e ainda, identificar se existem diferenças entre estes três grupos de pacientes utilizando o Eixo II do formulário para Critérios de Diagnóstico e Pesquisa de DTM (RDC/TMD).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ETIOLOGIA : EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS

Muitas teorias foram apresentadas no passado em relação à etiologia das desordens temporomandibulares. Havia, e ainda há, pouca concordância sobre a relativa importância dos fatores etiológicos envolvidos. Com base no principal fator supostamente envolvido, foram feitas tentativas para classificar os diferentes conceitos etiológicos em cinco grandes grupos: a teoria do deslocamento mecânico, a teoria neuromuscular, a muscular, a psicofisiológica e a psicológica (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

#### 2.1.1 Teoria do Deslocamento Mecânico

A partir de diferentes conceitos etiológicos, protocolos de tratamento totalmente divergentes foram estabelecidos: a teoria do deslocamento mecânico supôs que a ausência de apoio molar ou as prematuridades oclusais funcionais causavam uma direta posição excêntrica do côndilo na fossa que levava à dor, desordem e sintomas no ouvido. A posição côndilar incorreta levava diretamente a uma atividade muscular inadequada e adversa (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

A primeira teoria, da desarmonia estrutural ou teoria biomecânica, sustentava que certas anormalidades levavam a um funcionamento anormal das articulações e músculos mastigatórios tendo a dor como resultado (COSTEN, 1934). Angústia psicológica era considerada como uma conseqüência do desconforto e frustrações apresentadas pela desordem. Esta teoria ganhou importância no início da década de 1930 e subsequentemente o uso do método de tratamento biomecânico-oclusal predominou nas décadas de 1940, 1950 e 1960 (CLARK, 1987). Durante esse período condições estruturais como as interferências oclusais, foram consideradas potenciais causas das desordens (CLARK,1985). Depois, esta teoria ressurgiu com o novo foco no desenvolvimento de oclusões anormais ou adquiridas produzindo

função patológica na articulação temporomandibular em termos de desarranjo interno e dor (McCREARY, 1991).

### 2.1.2 Teoria Psicológica

Na década de 1960 e 1970 uma outra teoria se tornou predominante. Esta teoria propôs que, exceto por óbvias condições de artrite degenerativas e problemas induzido por trauma externo, desordens temporomandibulares (DTM) não tinham como causa principal as interferências oclusais. Nesta teoria o estresse seria a causa primária. A vida estressante leva a hábitos orais disfuncionais (apertamento, bruxismo e tensão muscular) que criam tensão muscular crônica e dor facial. A constelação de sintomas envolvendo dor, limitação da abertura mandibular e ruídos articulares foi chamada de síndrome da disfunção dolorosa miofascial (LASKIN, 1969).

A teoria psicológica propôs que os distúrbios emocionais, ao iniciarem uma hiperatividade muscular centralmente induzida levariam à parafunção e causariam, de forma indireta, as anormalidades oclusais (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

### 2.1.3 Teoria Neuromuscular

Na teoria neuromuscular acreditava-se que, as interferências oclusais causavam, na presença de estresse e tensão, parafunções como ranger e apertar dos dentes, capazes de provocar espasmo e hiperatividade muscular (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

### 2.1.4 Teoria Muscular

A teoria muscular sugeria que o principal fator etiológico estava nos próprios músculos da mastigação. A tensão nos músculos aumentava constantemente sob a influência de uma sobreestimulação, levando a um espasmo dolorido, negando qualquer influência da oclusão (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

#### 2.1.5 Teoria Psicofisiológica

De acordo com essa teoria, o fator principal era o espasmo dos músculos da mastigação, causado pela sobre extensão e pela sobrecontração excessivas ou fadiga muscular, devido à parafunções (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

Os fatores de perpetuação ou continuidade geralmente incluíam as tensões mecânicas e musculares e os problemas metabólicos, mas, principalmente, as dificuldades comportamentais, sociais e emocionais (DAHLSTRÖM, 1997).

#### 2.1.6 Teoria Multifatorial

Durante a década de 1980, ficou cada vez mais aparente que a etiologia era multifatorial e que nenhuma destas teorias poderia explicar os mecanismos etiológicos dos pacientes com DTM. Assim foi se tornando claro, que três grupos principais de fatores etiológicos estavam envolvidos: fatores anatômicos, incluindo a oclusão e a articulação propriamente dita, fatores neuromusculares e fatores psicogênicos. Quanto maior o número de grupos e, portanto, fatores presentes, maior o risco de desencadeamento de dor e desordem (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

Dworkin et al. (1994) enfatizaram que DTM não é diferente de outras condições de dor crônica, para o qual é necessário a mesma avaliação biopsicossocial e abordagem biocomportamental e abrangente de tratamento. Independente da demonstração final da importância dos fatores psicológicos na etiologia das DTM, o valor de adotar uma abordagem biopsicossocial para tratamento é indiscutível (RAPHAEL, 2002).



## 2.2 MODELOS BIOMÉDICOS DE DOR

Para muitos profissionais de saúde, guiados pelo modelo biomédico, a subjetividade da experiência de dor é frequentemente interpretada como não sendo necessariamente importante. Além disso, a descrição do paciente de como a dor afeta seu dia-dia é desconsiderada, já que não possui embasamento biológico e, conseqüentemente, é desnecessário para a compreensão clínica do problema da dor. Com freqüência, o interesse nos fatores psicológicos está relacionado a uma experiência de dor irreal ou imaginária, ou de certa forma, criada pelo paciente, principalmente quando o clínico não encontra uma explicação biológica plausível para a dor (DOWRKIN, 2002).

Essas visões mecanicistas e estritamente biomédicas da dor não podem ser justificadas cientificamente. Ao contrário, como profissionais de saúde possuímos uma necessidade inerente de acreditar nos pacientes como única forma de saber se a dor está ou não presente. Também reconhecemos que o relato subjetivo da dor está sujeito a muitas influências, variando da patobiologia à experiência pregressa.

Como conseqüência, o modelo biomédico da dor tem sido superado por enfatizar exclusivamente os fatores físicos. Ele vem sendo substituído por um modelo biopsicossocial que esclarece o fato de eventos físicos poderem com freqüência desencadear experiências e comportamento de dor que não são facilmente previsíveis, mas que podem eventualmente estarem relacionados à história do paciente (DWORKIN, 2002).

Um modelo biomédico puro, baseado em uma relação direta de causa/efeito, não é adequado quando se estuda a DTM, devido à variação consideravelmente pronunciada entre esses tipos de pacientes. Um modelo biopsicossocial deveria ser mais apropriado (DeBOEVER; CARLSSON, 2000).

O benefício de uma abordagem diagnóstica física e psicossocial para personalizar o tratamento de DTM tem sido discutido. Uma avaliação psicossocial inicial e comportamental-cognitiva pode ajudar a identificar pacientes quanto ao risco de cronicidade e necessidade de cuidados adicionais ou alternativos (DAHLSTRÖM, 1997).

## 2.3 MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DA DOR

O modelo mais amplamente utilizado é denominado modelo biopsicossocial, desenvolvido para captar o modo como o processamento da informação dos eventos de dor implica em fatores psicológicos, comportamentais e sociais que interagem com eventos físicos. O resultado desse complexo processo interativo é uma ampla variação de expressão da dor que os cirurgiões dentistas resistem em incorporar à sua abordagem durante a avaliação e o controle da dor orofacial e dentária. O modelo biomédico, historicamente mais prevalente, é limitado, e se continuar a prevalecer, os cirurgiões - dentistas estarão restritos a explicar a expressão da dor baseando-se apenas nas alterações físicas, tentando comparar, por exemplo, a extensão do comportamento de dor do paciente com a extensão da presumida alteração física (DWORKIN, 2002).

O modelo biopsicossocial não é um modelo etiológico específico, mas uma abordagem integrada para avaliar e tratar os pacientes com DTM e outras condições crônicas. Um modelo que reconheça o papel da patologia física, assim como os fatores comportamentais e psicossociais. É indiscutível o valor de adotar uma abordagem biopsicossocial para o tratamento das DTM devido à importância dos fatores psicológicos na sua etiologia (RAPHAEL, 2002).

Uma vez que o sistema modelo procura integrar a atividade fisiológica ou fisiopatológica com estados psicológicos associados e comportamentos sociais e culturais, o modelo é rotulado "biopsicossocial", isto é, um modelo integrando componentes biológicos, psicológicos e sociais da experiência da dor. Os estágios da experiência dolorosa oferecidos pelo sistema modelo refletem todos os mecanismos normais ou adaptativos pelos quais um indivíduo experimenta a dor e então tenta entender e se adaptar, de modo apropriado, a esta dor. Esses mesmos processos de natureza superior estão sujeitos a distorções e a respostas que indicam falhas do processo de adaptação. A estimativa das sensações de dor percebidas é crucial para vincular atitudes, crenças, expectativas e estímulos emocionais para essas sensações de dor – em resumo, o sentido é atribuído à experiência física. Uma atribuição imprópria do sentido, influenciada pela interação de atividade nociceptiva com atenção e memória, pode produzir expectativas catastróficas referentes à dor, ansiedade ou fobia, depressão e somatização, isto é,

a pessoa teria a tendência de rotular uma sensação física não específica como sintoma de doença (DWORKIN, 2002).

Fatores psicossociais desempenham um papel chave nas DTM, especialmente quando esta condição assume um caráter crônico e pode exacerbar a intensidade da dor e o comportamento de dor. A experiência de dor e o estresse que isto cria leva a vida do paciente e o seu comportamento a girar em torno da dor, podendo a DTM evoluir de síndrome de dor aguda para crônica (RUDY, 1995).

Alguns pesquisadores têm sugerido que indivíduos com depressão têm experiência de dor mais severa que os sujeitos sem depressão, devido ao aumento da vulnerabilidade em relação a cognições negativas e a um aumento do medo em reação à suscetibilidade a doenças (KORSZUN, 1996; STOHLER, 1999; GATCHEL, 2006).

Pessoas com qualquer história de depressão podem ter crescido se acostumando a aumentar os sentimentos de negatividade e vulnerabilidade e, portanto, considerar a dor normal como aumentada. Também consideram o fato de que qualquer outra morbidade simultânea a depressão desenvolvida como resultado do sofrimento com a DTM crônica poderá exacerbar o efeito da dor por causa desta “dose dupla” de efeito negativo (GATCHEL, 2006).

O modelo biopsicossocial, como o próprio nome diz, reflete nosso crescimento a respeito da compreensão de que as enfermidades e as curas são realmente complexas; que a compreensão de como e quando nós sentimos dor e se iremos ou não responder ao tratamento, depende de uma grande variedade de fatores que devem ser considerados junto com a biologia. Isso tem reflexo direto nos métodos de avaliação e tratamento e espera-se que o aumento do conhecimento em relação à interação deste modelo com as DTM tenha um enorme impacto no desenvolvimento de métodos de exame mais preciso e terapias mais eficazes (DWORKIN, 2002).

## 2.4 AS QUESTÕES PSICOSSOCIAIS E SUA INFLUÊNCIA NA PERCEPÇÃO DA DOR

Os aspectos psicológicos e o controle da dor são estudados porque os estados emocionais, as expectativas e o comportamento influenciam muito a

maneira como a dor é sentida. O mais importante de tudo, uma compreensão dos aspectos psicológicos da experiência da dor, aumenta a possibilidade de controle da dor orofacial e da ansiedade, através da modificação do estado emocional, do aspecto cognitivo (pensamento) e do comportamento do paciente (DWORKIN, 2002).

Evidências tanto clínicas quanto experimentais, mostram que o estado psicológico do indivíduo altera a percepção da dor, manipulações cognitivas tais como hipnose, modificação comportamental, treinamento de relaxamento, biorretroalimentação, condicionamento operante e terapia cognitivo-comportamental, podem mudar a experiência de dor de uma pessoa. Uma variável simples, comum a muitos desses procedimentos psicológicos, é o estado de atenção em relação a dor. Estudos experimentais mostraram que pessoas relatam diminuição da sensação dolorosa quando estão distraídas da dor (DWORKIN, 1994; JAMISON, 1994; RUDY, 1995; LINDROTH, 2002; BUSHNELL, 2002; GATCHEL, 2006).

Um estudo de imagem do cérebro mostra que a modulação psicológica da dor tem uma base neurofisiológica identificada. Dessa maneira, técnicas de hipnose, distração e redução da ansiedade serviriam para ativar os circuitos endógenos de modulação da dor no cérebro e devem ser consideradas como procedimentos analgésicos válidos (BUSHNELL, 2002).

As estruturas do sistema estomatognático são responsáveis por muitos processos fisiológicos que mantêm a vida, incluindo mastigação, respiração, deglutição e comunicação verbal e não-verbal. Inevitavelmente, esses processos fisiológicos também estão associados a outras funções psicológicas e psicossociais de alta significância para o indivíduo. Essas funções sustentam o desenvolvimento de características particulares únicas e características psicossociais que contribuem para a distinção entre um indivíduo e outro (DWORKIN, 2002).

Vários estudos têm revelado um alto índice de distúrbios psiquiátricos entre os pacientes com DTM crônica, sendo a depressão a mais freqüente (GATCHEL, 1996; KORSZUN, 1996; GATCHEL, 2006).

Em indivíduos com dor e/ou depressão parece ocorrer comprometimento funcional em várias áreas. Uma pessoa com depressão pode exibir retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia e concentração comprometida. Conseqüentemente foi sugerido que a pessoa com depressão pode ser suscetível a comprometer o funcionamento mastigatório, assim como manifestar lentidão

psicomotora que é frequentemente associada com depressão. A dor relacionada à DTM pode também igualmente comprometer o desempenho da mastigação. Infelizmente, tem sido observado frequentemente que a depressão é notada e negligenciada no cenário dos cuidados primários. O uso da abordagem biopsicossocial na prática clínica remediaria esta deficiência nos cuidados iniciais para as síndromes de dor como a DTM (STOHLER, 1999; GATCHEL, 2006).

Pesquisas têm demonstrado que uma abrangente abordagem biopsicossocial em pacientes que sofrem de DTM pode ter resultados a longo prazo mais efetivos e mais bem sucedidos (DWORKIN, 1994; GATCHEL, 2006).

Dworkin et al. (1994) realizaram um trabalho em que introduziram intervenções comportamentais cognitivas antes de começar o tratamento clínico usual para DTM. Eles confirmaram que os pacientes que participaram das intervenções comportamentais cognitivas, seguidos pelo tratamento clínico usual, apresentavam maior queda no nível de dor relatada ao longo do tempo e na interferência da dor nas atividades diárias, quando comparado com os pacientes que receberam somente tratamento clínico usual.

O estudo de Rudy et al. (1995) revelou que uma intervenção conservadora consistindo em placa intra-oral, biofeedback e tratamento do estresse pode reduzir significativamente hábitos orais parafuncionais, dor, incapacidade associada com DTM, assim como melhora das limitações físicas características de DTM (por ex: abertura mandibular máxima).

Além disso, uma intervenção multidisciplinar voltada para a necessidade psicossocial e física do paciente parece ser significativamente efetiva na prevenção do desenvolvimento da dor crônica nos pacientes com DTM (GATCHEL, 2006).

No estudo de Jamison et al. (1994) três perfis de pacientes, denominados como: “**Adaptative Copers**” (AC), “**Dysfuncional**” (DYS) e “**Interpersonally Distressed**” (ID) foram encontrados. O grupo AC, que consegue se adaptar, é descrito como ativo apesar da dor, sentindo pouca interferência diária ou angústia psicológica, e continua controlando sua vida apesar dos sintomas de DTM. O grupo DYS, é caracterizado pelo alto índice de dor, de interferência dos sintomas com as atividades diárias, de angústia afetiva, de sentimento de inferioridade e pouca atividade no controle de sua vida. O grupo ID, possui características similares ao grupo DYS; contudo eles se diferem em relação ao: 1) apoio de pessoas significantes do seu ambiente; 2) recebem uma grande quantidade de respostas

negativas e 3) pouca atenção ou auxílio é dado em relação as suas queixas. Os pacientes dos grupos DYS e ID relataram um excesso de uso de medicação analgésica, grande procura por tratamento médico, mais distúrbios do sono e índices relacionados à emoção mais alto que o grupo AC. Em contraste, os AC relataram controle mais efetivo de suas condições. Eles contam com menos serviços ou tratamentos médicos e mostram melhor estabilidade emocional. Os pacientes DYS apresentaram-se com mais achados físicos anormais, maior índice de desemprego, um grande número de hospitalizações, e grandes limitações devido à dor. Pacientes ID relataram mais de um componente emocional para a condição deles, tiveram pontuação alta na lista de sintomas (SCL-90), eram capazes de dramatizar sua dor e apresentaram maior desarmonia conjugal (JAMISON, 1994; RUDY, 1995; CARLSSON, 1999).

## 2.5 O CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO DE PESQUISA PARA DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES (RDC/TMD)

A importância da questão psicossocial foi recentemente destacada no desenvolvimento do RDC/TMD (LINDROTH, 2002). Dworkin e LeResche em 1992 recomendaram que, além do diagnóstico físico (Eixo I), uma avaliação psicossocial de pacientes com DTM fosse denominada Eixo II. O Eixo II envolve o impacto psicossocial da dor crônica, característica da intensidade da dor e incapacidade atribuída à dor de DTM.

O RDC/TMD permite aos pesquisadores clínicos a utilização de um sistema padronizado que pode ser avaliado pelo seu uso em exames, diagnósticos e classificação dos tipos mais comuns de DTM. Desde a sua introdução em 1992, esse critério tem sido amplamente utilizado nos cenários de pesquisa clínica pelo mundo, onde a Desordem Temporomandibular e a dor orofacial são tratadas (DWORKIN, 2002).

Os principais atributos do RDC/TMD, que o tornaram especialmente valioso em pesquisas clínicas são: (1) um documento cuidadoso e padronizado de especificações para conduzir um exame clínico sistemático para DTM; (2) definições operacionais em termos de medidas claras para grandes variáveis clínicas (ex:

alcance do movimento mandibular, dor muscular à palpação, e ruídos articulares); (3) credibilidade demonstrada para estes métodos de medidas clínicas definidas operacionalmente e (4) uso de um sistema duplo-eixo: Eixo I para registrar achados clínicos físicos, e Eixo II para registrar estado comportamental (ex: deficiência mandibular funcional), psicológico (ex: depressão, somatização), psicossocial (grau de dor crônica para avaliar a severidade da dor e interferência na vida).

Sendo assim, a utilização desta importante ferramenta de avaliação e diagnóstico abre, através da abordagem do Eixo II, novas perspectivas na pesquisa das DTM e, conseqüentemente, aumenta a possibilidade de conhecer melhor o paciente portador destas condições, podendo ter impacto direto na melhora das condições do paciente.

## 2.6 CLASSIFICAÇÃO DAS DTM

O campo das DTM carece de uma uniformidade de terminologia diagnóstica, e muitos sistemas de classificação têm sido propostos com o esforço de diminuir a confusão e a controvérsia. Infelizmente muitas classificações apenas aumentam a confusão com a adoção de conceitos particulares de clínicos ou a utilização de termos diagnósticos inadequados.

A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) publicou um sistema de classificação de DTM que é integrado a uma classificação diagnóstica médica usada pela Sociedade Internacional de Cefaléias (IHS). Embora não exista sistema de classificação que seja aceito por todos os praticantes, a classificação da AAOP tem recebido aceitação geral e é usada como guia em vários estudos.

As desordens temporomandibulares são divididas em desordens articulares da ATM e desordens dos músculos da mastigação.

A classificação das DTM é dificultada também pelo conhecimento limitado da causa e da progressão natural destas desordens, e ainda, o avanço de nosso conhecimento depende de uma uniformidade na terminologia diagnóstica, o que é semelhante a outras desordens musculoesqueléticas (OKESON, 1998; PERTES, 2005).

A maioria dos pacientes com DTM foi incluída dentro de um cenário relativamente homogêneo de desordens físicas que pode ser dividido em duas amplas categorias que incluem distúrbio da própria articulação temporomandibular e distúrbios dos músculos da mastigação. Por causa da semelhança entre alguns sintomas musculares e articulares, distinguir entre desordens de dor dos músculos mastigatórios (MMP) e desordens de dor intracapsular (ICP), não é uma tarefa simples (LINDROTH, 2002).

Segundo o estudo de Ferreira et al. (2002), a prevalência de DTM atingindo componentes articulares e musculares foi a mais encontrada no referido estudo (86% da amostra), seguida pela DTM com comprometimento muscular exclusivo (em 10%) e articular exclusivo (em 4%). Mostrando assim, que ainda podemos incluir o tipo misto na classificação proposta pela AAOP.

Recentemente, várias taxionomias diagnósticas têm sido desenvolvidas para uma melhor tomada da decisão clínica. Uma característica importante deste recente desenvolvimento é o reconhecimento de que a questão psicossocial pode ser considerada importante junto com a questão estrutural e biomecânica no desenvolvimento de um entendimento mais preciso da etiologia e curso das dores orofaciais (LINDROTH, 2002).

### 2.6.1 Desordens Articulares

A dor originária de estruturas de qualquer articulação é chamada de artralgia. As estruturas sensíveis à dor na ATM são os ligamentos do disco, a zona bilaminar e a cápsula articular. Em uma articulação saudável, as superfícies articulares não desencadeiam dor porque elas não são inervadas. No entanto, podem ocorrer mudanças degenerativas nas superfícies articulares como resultado de trauma ou inflamação, podendo resultar na exposição de estrutura óssea desgastada originando dor. A dor aguda na ATM pode também induzir a uma resposta protetora dos músculos da mastigação, conhecida como espasmo muscular, que limita o movimento da articulação. Se a dor na ATM persiste e se torna contínua, a articulação se torna uma fonte de dor profunda, a qual pode resultar em dor localizada e/ou desencadear espasmo nos músculos adjacentes (PERTES, 2005).



A desordem da ATM pode ter várias formas e estar relacionadas aos movimentos mandibulares. Pode se manifestar como sensação de enrijecimento, ruídos articulares, desvios da linha média da mandíbula e movimentos restritos durante a função (PERTES, 2005).

As desordens articulares da ATM podem ser divididas em desordens congênitas e de desenvolvimento (aplasia, hipoplasia, hiperplasia e neoplasia), desordens relacionadas ao desarranjo interno (deslocamento de disco com redução e deslocamento do disco sem redução), deslocamento (travamento aberto ou luxação), condições inflamatórias (sinovite, capsulite e poliartrite), artrite (oeteartrite), ancilose e fraturas. Estas subclassificações são semelhantes às desordens que afetam outras articulações sinoviais, apesar de as superfícies articulares da ATM serem recobertas por tecido conjuntivo fibroso ao contrário da maioria das articulações sinoviais que são cobertas por cartilagem hialina (OKESON, 1998).

#### 2.6.2 Desordens dos Músculos da Mastigação

A dor muscular é uma queixa comum associada com DTM. As desordens musculares envolvendo os músculos da mastigação são análogas às desordens dos músculos esqueléticos que ocorrem em outras áreas da cabeça, pescoço, tronco e extremidades. O uso excessivo de um músculo normalmente profuso ou a isquemia de músculo que se encontra em atividade normalmente podem causar dor. Reflexos fusimotores e simpáticos podem produzir alterações no suprimento sanguíneo e tônus muscular. Além disso, diferentes estados emocionais e psicológicos podem alterar o tônus muscular.

Os neurônios que medeiam a dor dos músculos esqueléticos estão sujeitos a fortes influências modulatórias. As terminações nociceptivas podem ser facilmente sensibilizadas por substâncias endógenas (bradicinina, serotonina, prostaglandina [PGE<sub>2</sub>], neuropeptídeos e substância P). Estas condições musculares dolorosas não somente resultam em uma sensibilidade aumentada dos nociceptores periféricos,

mas também produzem hiperexcitabilidade no sistema nervoso central e hiperalgesia localizada (OKESON, 1998; STOHLER, 1999).

Embora a seqüência inicial que leva ao desenvolvimento da DTM muscular permaneça desconhecida, atributos fundamentais como a sensibilidade dos músculos à palpação, limitação dos movimentos mandibulares, alteração percebida na oclusão dentária e mudanças no humor são conceitualizadas como conseqüência da dor (STOHLER, 1999).

As desordens musculares podem ser divididas em desordens que afetam um único músculo ou um grupo de músculos (regional) e desordens que afetam vários músculos (sistêmica). As desordens musculares sistêmicas não são exclusivas do sistema mastigatório e, portanto não são DTM primárias controladas pelas terapias usuais para DTM. O especialista em dor orofacial deve estar ciente das condições sistêmicas comuns que podem causar dor muscular, de modo a estabelecer um diagnóstico adequado. Quando estas desordens são identificadas, deve ser instituído o tratamento adequado ou encaminhamento ao profissional mais indicado (OKESON, 1998).

Algumas condições sistêmicas que produzem dor muscular são: polimialgia reumática, poliomiosite, dermatomiosite, lupus eritematoso e fibromialgia. São as desordens musculares locais ou regionais as responsáveis pela produção de dores orofaciais. Essas desordens são dor miofascial, mioespasmo, contração miofibrótica e desordens neoplásicas. Uma quinta categoria, mialgias locais não classificadas, é incluída para aquelas condições dolorosas dos músculos que não preenchem os critérios para as outras categorias (OKESON, 1998).

## 2.7 AS DIFERENÇAS ENTRE DTM MUSCULAR, ARTICULAR E MISTA

A sintomatologia associada com estresse, somatização, ansiedade e depressão têm sido repetidamente relatadas nos estudos das DTM. Além disso, alguns autores sugerem que estas variáveis psicológicas parecem ser em sua maioria relatada no grupo muscular (grupo I) (GALDÓN, 2006; LINDROTH 2002).

Esta ênfase na importância da questão psicológica é refletida nas conclusões de vários estudos de pacientes com DTM. Carlson et al. (1998) encontraram que pacientes MMP relataram mais sintomas de depressão, ansiedade, fadiga, e distúrbio de sono que um grupo de indivíduos normais sem dor.

Em outro estudo, Korszun et al. (1996) examinaram a coexistência de transtornos entre as desordens depressivas e dor facial crônica e DTM e observaram que em 28% dos pacientes com DTM estavam presentes critérios de inclusão para o diagnóstico de depressão.

Em um estudo de Lindroth et al. (2002), os resultados revelaram que o grupo ICP conseguia se adaptar mais facilmente quando comparado à angústia interpessoal individual e disfuncional do que foi encontrado no grupo MMP. Surpreendentemente, esses dois grupos tiveram intensidade de dor equivalente, assim como a duração da dor. Os pacientes MMP demonstraram mais angústia psicológica, tinham hábitos ruins de sono e relataram mais sintomas devido à vida estressante. De uma maneira geral, esses resultados sugerem que pacientes MMP podem ser caracterizados como tendo mais angústia psicológica que os pacientes ICP.

Esses dados enfatizam a potencial importância de focar os déficits cognitivos e problemas emocionais dos indivíduos com MMP. Isto sugere que o paciente MMP carece de mais intervenções que incluam estratégias voltadas para o seu problema cognitivo e que um programa de tratamento sob medida pode melhorar a eficácia das medidas terapêuticas utilizadas em pacientes com MMP.

McCreary et al. (1991) obtiveram resultados consistentes com estudos anteriores quando concluíram que o diagnóstico de desordem de dor miofascial era associado com alto índice de ansiedade, depressão e somatização e que, mais angústia foi relatada em pacientes com diagnóstico de dor miofascial quando comparado com pacientes com desarranjo interno.

Uma grande quantidade de pesquisa em DTM analisa o papel de fatores psicológicos, mas nem todos usam o RDC/TMD. Contudo, a falta de critério de definição das amostras selecionadas e o uso de instrumento de avaliação sem validade psicométrica são limitações importantes que levam à conclusões equivocadas a respeito dos fatos reais. Considerando o esforço que tem sido feito para corrigir esse aspecto, vem sendo observado que pacientes com DTM

demonstram um maior grau de estresse psicológico que pacientes sem DTM (GALDÓN, 2006).

Fatores psicossociais podem ser a causa, ou mais frequentemente, um fator contribuinte para um problema orofacial do paciente. Desordens do Eixo II e formas de somatização devem ser consideradas quando existe evidência de depressão, ansiedade, ou alterações físicas. Sintomas como perda de apetite, energia, memória, e/ou concentração; anedonia; ou perda da libido sugere que uma consulta ao psiquiatra ou psicólogo seria benéfica (MOCK, 1999).

A limitação encontrada devido à carência de literatura referente às variáveis psicossociais que envolvem as DTM de origem articular abre espaço para que novas pesquisas sejam realizadas nesta área.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

Os pacientes desse estudo foram retirados de uma amostra inicial consecutiva de 164 pacientes que tinham queixa de DTM e procuraram atendimento na Clínica de DTM e Dor Orofacial da Escola de Odontologia da UNIGRANRIO, em Duque de Caxias, RJ. Da amostra inicial, um total de 116 pacientes (108 femininos e 08 masculinos) foram selecionados. Foram excluídos do estudo 13 pacientes com idade inferior a 18 anos, 09 pacientes sem diagnóstico de DTM, 13 pacientes com diagnóstico exclusivo de bruxismo e 13 pacientes que não responderam corretamente o formulário. A idade dos participantes variou entre 18 e 74 anos.

O formulário padronizado do RDC/TMD foi aplicado aos pacientes pelos examinadores devidamente treinados a fim de obter uma calibração e os dados, lançados no programa específico (NUS TMDv 1.1) para que o diagnóstico clínico e físico / Eixo I, e o diagnóstico das variáveis psicológicas / Eixo II, fossem gerados pelo programa e as características dos pacientes conhecidas. Os dados adquiridos foram lançados e arquivados no programa da Microsoft Excel para análise estatística.

Após a seleção, os pacientes foram classificados em três grupos de acordo com a classificação do RDC: Grupo A (DTM Muscular) que compreende o Grupo 1 (desordens musculares – dor miofascial e dor miofascial com limitação de abertura); Grupo B (DTM Articular) que compreende o Grupo 2 (desordens articulares – deslocamento de disco) e Grupo 3 (desordens articulares – artralgia, osteoartrose e osteoartrite) e Grupo C (DTM mista – desordens de origem muscular e desordens de origem articular simultaneamente).

O estado psicológico foi avaliado pela depressão e sintomas físicos não específicos (somatização). O funcionamento psicossocial foi classificado pela escala do grau de dor crônica (CPGrade), que obtiveram scores de 0 a IV (0 = sem dor de DTM, I = baixa incapacidade/baixa intensidade, II = baixa incapacidade/alta intensidade, III = alta incapacidade/moderadamente limitante e IV = alta incapacidade/severamente limitante), refletindo a severidade e o impacto da DTM interferindo com as atividades doméstica, laborativas ou escolares, e as deficiências diárias por causa da dor da DTM.

As variáveis psicológicas do Eixo II: CPGrade (grau de dor crônica), Depressão (normal, moderada e severa), Somatex (somatização com item de dor excluído) e Somatinc (somatização com item de dor incluído) normal, moderada e severa encontradas nos três grupos foram comparadas por meio de análise estatística.

A análise de variância (ANOVA) foi empregada para comparar as médias de idades dos pacientes de cada grupo. O nível de significância de 5% foi selecionado. O teste z para comparação de proporções foi empregado para comparar a predominância dos sexos em cada grupo. O teste de comparações múltiplas de Tukey, também a 5% com a finalidade de identificar as diferenças de idade. As associações entre as variáveis psicológicas e a origem da DTM foram verificadas pelo teste qui-quadrado a 5% de significância.

## 4 RESULTADOS

### SEXO

O teste z para comparação de proporções revelou diferença estatisticamente significativa com predominância do sexo feminino ( $p < 0,0001$ ), em todas as comparações entre os sexos para cada grupo.

### IDADE

A ANOVA revelou que existe diferença entre os grupos, dessa forma foi empregado o teste de comparações múltiplas de Tukey, também a 5% com a finalidade de identificar as diferenças. A comparação entre as médias de idade dos pacientes do grupo "A" e do grupo "C" revelou diferença estatística significativa, indicando que a idade dos pacientes do grupo "A" foi maior que "C". As outras comparações não revelaram diferença significativa.

A distribuição da amostra quanto ao tamanho, origem, sexo e idade estão representados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição da amostra.

ORIGEM DTM	TOTAL	SEXO		IDADE (media $\pm$ DP)
		M	F	
<b>Grupo A</b> <b>Muscular</b>	25 (21,5%)	2 (8%)	23 (92%)	48,9 (17,0)
<b>Grupo B</b> <b>Articular</b>	24 (20,7%)	3 (12,5%)	21 (87,5%)	40,5 (12,9)
<b>Grupo C</b> <b>Mista</b>	67 (57,8%)	3 (4,5%)	64 (95,5%)	39,2 (12,6)

ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS E A ORIGEM DA DTM

Não foi evidenciada associação significativa ( $P=0,183$ ) na depressão em relação à origem da DTM. Mesmo assim de acordo com a literatura na DTM articular a depressão é menor, neste estudo o Grupo B predominou na depressão normal (50%), e o Grupo A predominou na depressão moderada com 40%, e o Grupo C com 32% na depressão severa, como mostra a tabela 2.

**Tabela 2.** Depressão em relação à origem da DTM.

<b>ORIGEM DTM</b>	<b>DEPRESSÃO</b>		
	<b>Normal</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>
<b>Grupo A Muscular</b>	7 (28%)	10 (40%)	8 (32%)
<b>Grupo B Articular</b>	12 (50%)	7 (29,2%)	5 (20,8)
<b>Grupo C Mista</b>	16 (23,9%)	25 (37,3%)	26 (38,8%)

Na somatização com item de dor incluído (SOMATINC) em relação à origem da DTM também não foi evidenciada associação significativa ( $P=0,083$ ). Embora não tenha sido evidenciada associação significativa, pelo valor de P estar entre 0,05 e 0,1, pode-se dizer que exista uma provável significância na associação investigada.

No item da Somatinc severa teve predomínio do Grupo C (62,7%), e o Grupo B predominou na Somatinc normal (41,7%). E dessa forma, Com base na literatura, é possível identificar uma “tendência” para que pacientes com DTM de origem mista apresentem mais somatização com item de dor incluído severa e os pacientes de DTM de origem articular têm menos queixa de Somatinc.

Na somatização com item de dor excluído (SOMATEX) em relação à origem da DTM, não foi evidenciada associação significativa ( $P=0,071$ ). Da mesma forma, embora não tenha sido evidenciada associação significativa, pelo valor de P estar entre 0,05 e 0,1, pode-se dizer que exista uma provável significância na associação investigada. Para o item Somatex o destaque foi para o Grupo C que predominou na Somatex severa (58,28%). E dessa forma, já que a literatura nos permite, é possível identificar uma “tendência” para que pacientes com DTM de origem mista apresentem mais somatização com item de dor excluído severa. Os índices da Somatinc e Somatex estão representados na tabela 3.



**Tabela 3.** Somatização em relação à origem da DTM.

ORIGEM DTM	SOMANTIC			SOMANTEX		
	Normal	Moderada	Severa	Normal	Moderada	Severa
<b>Grupo A</b> <b>Muscular</b>	8 (32%)	7 (28%)	10 (40%)	12 (48%)	5 (20%)	8 (32%)
<b>Grupo B</b> <b>Articular</b>	10 (41,7%)	6 (29%)	8 (33,3%)	11 (45,8%)	4 (16,7%)	9 (37,5%)
<b>Grupo C</b> <b>Mista</b>	14 (20,9%)	11 (16,4%)	42 (62,7%)	15 (22,4%)	13 (19,4%)	39 (58,2%)

O Grau de dor crônica em relação à origem da DTM foi evidenciado uma associação significativa ( $P < 0,0001$ ), podendo-se concluir da análise dos resultados que: a DTM articular teve predominância do Grau 0; e o Grau I sem predominância de origem; já o Grupo C teve predominância dos Grau II, III e IV (tabela 4).

**Tabela 4.** Grau de Dor Crônica em relação à origem da DTM.

ORIGEM DTM	CPGRADE				
	Grau 0	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV
<b>Grupo A</b> <b>Muscular</b>	2 (8%)	7 (28%)	10 (40%)	3 (12%)	3 (12%)
<b>Grupo B</b> <b>Articular</b>	8 (33,3%)	8 (33,3%)	6 (25%)	2 (8,4%)	0
<b>Grupo C</b> <b>Mista</b>	0	7 (10,5%)	34 (50,7%)	14 (20,9%)	12 (17,9%)

## 5 DISCUSSÃO

Esta revisão da literatura sugere que existe um relacionamento entre dor e angustia psicológica, principalmente na dor miofascial e que também há relato de

maior intensidade de dor e estresse em pacientes com diagnóstico de origem muscular. Diante disso, é possível derivar implicações terapêuticas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com DTM. Para tal, seria importante ter um diagnóstico claro dos pacientes particularmente vulneráveis a desenvolver sintomas psicológicos e reconhecer a presença de transtorno psicológico e estilo cognitivo associado com DTM, é de fato importante. Isto é especialmente verdadeiro nos casos das DTM musculares.

Laskin (1969) tem diferenciado dor miofascial, que é de origem muscular e de natureza mais difusa, da patologia articular. A dor se presente na DTM articular, é usualmente mais localizada. Esta divisão é amplamente usada quando perfis psicológicos são avaliados entre diferentes subtipos de DTM (RUDY, 1995; McCREARY, 1991). No estudo da Yap (2002) pacientes com ambos, dor miofascial e outras condições articulares foram significativamente mais deprimidos e tiveram mais somatização que os pacientes com deslocamento de disco somente. Contudo, não houve diferenças no índice de depressão e somatização entre os pacientes com diagnóstico de dor miofascial somente e paciente com condições articulares somente. Estes dados são consistentes com nosso estudo que 50% do grupo de DTM articular tiveram depressão normal, e que a somatização tende a ser maior no grupo de DTM mista.

Yap (2003) realizou um estudo cross-cultural comparativo de pacientes de DTM Asiáticos com Suecos e Americanos e conclui que a desordem muscular foi o tipo mais prevalente nos três grupos, e conseqüentemente a desordem articular foi a menor. A prevalência de pacientes Suecos e Americanos psicologicamente disfuncionados foi de 3 a 5 vezes maior que os Asiáticos. Em todas as 3 populações o sexo feminino foi a maioria. Este resultado confirma os dados de prevalência de mulheres na nossa amostra.

Alguns estudos têm demonstrado a eficácia de estratégias de tratamento do processo fisiológico e biocomportamental pensando estarem associados com DTM. Estes programas biocomportamentais têm focado nas informações sobre as desordens, desde as alterações físicas até as psicossociais. Este tipo de tratamento inclui terapias com dispositivo intraoral convencional e terapias cognitivo/comportamental (treinamento da propriocepção, relaxamento progressivo, respiração diafragmática, higiene do sono e controle das atividades parafuncionais). Ambos apresentaram melhoras na intensidade da dor, na interferência das

atividades diária, na somatização, no distúrbio de sono, com o tratamento inicial. Mas no acompanhamento a longo prazo, as estratégias biocomportamental tem sido mais eficazes em reduzir a dor (DWOKIN, 1994; CARLSON, 2001; DWORKIN, 2002).

Fatores não biológicos como depressão e somatização têm sido demonstrados como potencialmente poderosos para influenciar os sintomas e funcionamento das DTM (YAP, 2002; DWORKIN, 2002). É também possível dizer que pacientes com mais condições de DTM dolorosas podem ter uma forte tendência a focar na dor e considerar isto como ameaça (TURNER, 2005). Daí a importância que devemos dar ao percentual de depressão e somatização significativa clinicamente apesar de não ser evidenciada estatisticamente no presente estudo.

Pacientes com DTM dividem características em comum com pacientes que têm outras condições de dor crônica, incluindo o nível de intensidade de dor similar, disfunção psicológica e comportamental associada, tendência a ter dor persistente ou recorrente e resistência ao tratamento. A dor crônica é caracterizada como uma doença e não só um sintoma (MELZACK, 2001), como o termo doença não é somente para processo físico perceptível, mas também muitos distúrbios psicológicos e sociais que acompanham a percepção e a enfermidade física. O exato mecanismo biológico pelo qual a depressão é transformada em sensação de dor ou baixa resistência à dor, ou a dor em depressão, ainda é desconhecido. Uma possível explicação pode ser encontrada no que Melzack (1999) postulou que a existência de uma neuromatriz da dor em que a experiência de dor é produzida por múltiplas influências e constitui uma ampla rede de distribuição neural com entrada de estímulos no sistema regulador do estresse, incluindo o circuito tálamo-cortical e límbico e o sistema opióide. O corpo é fortemente modulado pelo estresse e pelas funções cognitivas do cérebro associados à tradicional influência sensorial, reconhecendo que fatores psicológicos podem estar envolvidos na percepção da dor.

Tanto depressão como a somatização podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção da DTM e/ou interferir com a aceitação e manutenção do tratamento (RUDY, 1995). Além disso, depressão/somatização pode ser associada com auto-relato de dor aumentado e deficiência mandibular durante a palpação dos músculos mastigatórios e das articulações durante o exame clínico

(DWORKIN, 2002; CARLSON, 1998), complicando o diagnóstico de DTM e o resultado do tratamento.

Carlson et al. (1998) sugeriram que os pacientes com dor nos músculos mastigatórios são mais sensíveis à palpação e relatam mais fadiga, depressão, somatização, respiração alterada, e distúrbios do sono quando comparados com pacientes normais. A tendência geral dos pacientes com dor relatarem um maior número de sintomas físicos não específicos pode sugerir que estes pacientes sejam provavelmente mais sensíveis a estímulos dolorosos em geral.

Os estudos citados anteriormente suportam nossas evidências de significativa associação do grau de dor crônica com a origem da DTM, em que o grau de dor II, III e IV predominaram na DTM mista, que por sua vez a DTM mista predominou na somatização. E a DTM articular predominou no grau de dor 0, e também apresentou alta percentagem na depressão e somatização normal. Estes dados nos permitem concluir que fatores psicológicos têm sido envolvidos em vários aspectos da dor mastigatória e problemas disfuncionais. A hiperatividade muscular e hábitos orais relacionados ao estresse têm sido sugeridos como fatores etiológicos. Fatores psicológicos sugerem explicar porque alguns pacientes parecem ser mais incomodados por alguns sintomas e porque somente um percentual pequeno de pacientes atualmente procura tratamento. Condições psicológicas, como depressão, têm sido usadas para explicar porque alguns pacientes não respondem à terapia convencional. Resultado de estudos avaliando característica emocional e de personalidade usando uma variedade de medidas psicológicas e entrevistas clínicas indicam que pacientes de DTM tem uma ampla gama de característica de personalidade e condições que podem resultar no aumento de problemas emocionais e dificuldade em lidar com os eventos diários (CARLSON, 1998; YASP, 2002; DWORKIN, 2002; TUNER, 2005).

Com isto pode se dizer que uma considerável porção dos pacientes com DTM são considerados deprimidos e têm elevado índice de sintomas físicos não específicos. Isto justifica a necessidade de exames psicológicos nos portadores de DTM a fim de avaliar a tendência a problemas de somatização e depressão que podem influenciar no tratamento (KORSZUN 1996, RUDY, 1995). Para pacientes com perfil psicológico anormal, terapias biomédicas almejando somente o alívio dos sintomas físicos podem ser limitadas.

Como uma abordagem limitada pode perpetuar uma busca incessante a cirurgias dentistas, médicos, para cirurgias, medicamentos e outros tipos de tratamento. Estratégias de tratamento psicológico não têm sido planejadas para as necessidades individuais dos portadores de DTM e não existe um modelo bem aceito para um ambiente de tratamento de apoio a estes pacientes. Terapias psicológicas estabelecidas para outras condições de dor crônica podem, contudo, ser úteis para apoiar pacientes que estão tratando dor persistente, debilitação social e vida estressante associada com DTM. Além da medicação (antidepressivos tricíclicos), intervenções psicológicas, assim como treinamento do tratamento do estresse, biofeedback, e inversão de hábitos devem ser introduzidos como parte de todo tratamento de pacientes de DTM com depressão. Estas modalidades de tratamento têm demonstrado eficácia na redução da dor e tensão em vários tipos de pacientes com dor orofacial.

Há uma necessidade de se expandir o conhecimento de DTM a partir de outros modelos, como os modelos atuais de dor crônica. Um modelo que permita uma investigação mais aprofundada de outros fatores de risco que possam ter relação com as DTM, o reconhecimento dos transtornos psicológicos em pacientes com DTM é especialmente relevante. Mais pesquisas são necessárias para um melhor entendimento do verdadeiro papel dos fatores psicológicos nos vários subtipos de DTM.

## 6 CONCLUSÕES

De acordo com a metodologia aplicada, podemos concluir que:

A DTM mais prevalente é a de origem mista.

Os pacientes com diagnóstico de DTM articular não apresentaram depressão.

Os pacientes com DTM mista tendem a apresentar mais somatização severa.

Nos pacientes com diagnóstico de DTM articular o Grau de Dor Crônica é igual a 0, e os pacientes com DTM mista o Grau de Crônica foi de II, III, IV.

## REFERÊNCIAS\*

Bushnell MC, Percepção e modulação comportamental da dor. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ. Dor orofacial - da ciência básica à conduta clínica. São Paulo: Quintessence; 2002. p. 107-114.

Carlson CR, Reid KI, Curran SL, Studs J, Okeson JP, Falace D, Nitz A, Bertrand PM. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. Pain 1998;76:207-307.

Carlson CR, Bertrand PM, Ehrlich AD, Maxwell AW, Burton RG. Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2001;15:47-55.

Carlsson GE, DeBoever JA. Epidemiologia. In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. Desordens da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. São Paulo: Santos, 2000:p. 159-170.

Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. J Orofac Pain 1999;13:232-237.

Clark GT. Diagnosis and treatment of painful temporomandibular disorders. Dent Clin North Am 1987;31:645-674.

Clark GT, Adler R. A critical evaluation of occlusal therapy: occlusal adjustment procedure. J Am Dent Assoc 1985;110:743-750.

Costen JB. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann Otol Rhinol Laryngol 1934;43:1-15.

Dahlström L, Widmark G, Carlsson SG. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. Eur J Oral Sci 1997;105:377-383.

DeBoever JA, Carlsson GE. Etiologia e diagnóstico diferencial. In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. Desordens da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. São Paulo: Santos, 2000. p. 171-187.

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations, and specifications, critique. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain* 1992;6:301-355.

Dworkin SF, Questões psicossociais. In: Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ. *Dor orofacial - da ciência básica à conduta clínica*. São Paulo: Quintessence; 2002. p. 115-127.

Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbavh R, LeResche L, Truelove E. Realibility, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis II scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *J Orofac Pain* 2002;16:207-220.

Dworkin SF, Turner JA, Wilson L, Massoth D, Whitney C, Huggins KH, Burgess J, Sommers E, Truelove E. Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. *Pain* 1994 Nov;59(2):175-87.

Dworkin SF, Tuner JA, Mancl L, Wilson L, Massoth D, Huggins KH, LeResche L, Truelove E. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2002;16:259-276.

Ferrando M, Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, Poveda R, Bagán JV. Psychological variables and temporomandibular disorders: distress, coping, and personality. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98:153-160.

Ferreira LA, Barra VSO, Guimarães SMR. Quadro biopsicossocial de pacientes com desordens temporomandibulares: avaliação do estresse e da qualidade de vida. *Rev. Serviço ATM* 2002;2(1):36-43.

Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Ferrando M, Poveda R, Bagán JV. Multidimensional approach to the differences between muscular and articular temporomandibular patients: coping, distress, and pain characteristics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;102:40-46.

Gatchel RJ, Garofalo JP, Ellis E, Holt C. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: An initial examination. *J Am Dent Assoc* 1996;127:1365-1374.

Gatchel RJ, Stowell WA, Buschang P. The relationship among depression, pain, and masticatory functioning in temporomandibular disorder patients. *J Orofac Pain* 2006;20:288-296.



Jamison RN, Rudy ET, Penzien DB, Mosley, Jr TH. Cognitive-behavioral classification of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles. *Pain* 1994;57:277-292.

Korszun A, Hinderstein B, Wong M. Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:496-500.

Laskin DM, Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc* 1969;79:147-153.

Lindroth JE, Schmidt JE, Carlson CR. A comparison between masticatory muscle pain and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J Orofac Pain* 2002;16: 277-283.

McCreary CP, Clark TG, Merrill RL, Flack V, Oakley ME. Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain* 1991;44:29-34.

Melzack R. From gate to the neuromatrix. *Pain* 1999;6:121-126.

Melzack R. Pain and neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education* 2001;65(12):1378-1383

Mock D. The Differential diagnosis of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1999;13:246-250.

Okeson JP. Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: *Dor orofacial guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessence; 1998. p.113-184.

Pertes RA, Bailey DR. Conceitos gerais de diagnóstico e tratamento. In: Pertes RA, Gross SG. *Tratamento clínico das desordens temporomandibulares e da dor orofacial*. São Paulo: Quintessence; 2005. p. 59-68.

Pertes RA, Bailey DR. Desordens da articulação temporomandibular. In: Pertes RA, Gross SG. *Tratamento clínico das desordens temporomandibulares e da dor orofacial*. São Paulo: Quintessence; 2005. p. 69-89.

Raphael KG. Psychological aspects of orofacial pain: temporomandibular disorders. In: Giamberardino MA. Pain - an update review: refresher course syllabus. Seattle: IASP Press; 2002. p. 459-466.

Rudy TE, Turk DC, Kubinski JÁ, Zaki HS. Differential treatment response of TMD patients as a function of psychological characteristics. *Pain* 1995;61:103-112.

Stohler CS, Muscle-related temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1999;13:273-284.

Turner JA, Brister H, Huggins K, Mancl M, Aaron LA, Truelove EL. Catastrophizing is associated with clinical examination findings, activity interference, and health care use among patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2005;19:291-300.

Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 2002;88:479-484.

Yap AU, Dworkin SF, Chua EK, List T, Tan KB, Tan HH. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in asian patients. *J Orofac Pain* 2003;17:21-28.

Yap AU, Chua EK, Tan KB, Chan YH. Relationships between depression/somatization and self-reports of pain and disability. *J Orofac Pain* 2004;18:220-225.

## ANEXO A – Modelo de Declaração e Autorização para Procedimentos Médicos

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

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_  
MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Duque de Caxias, RJ        /        /        .

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente ou responsável)

## ANEXO B – Modelo de RDC – TMD

### RDC - TMD

Research Diagnostic Criteria for  
Temporomandibular Disorders

Português – BRASIL



Nome	Prontuário / Matrícula nº	RDC nº
Examinador	Data ____ / ____ / ____	

### HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO

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

#### 1. Como você classifica sua saúde em geral?

- Excelente  
 1
- Muito boa  
 2
- Boa  
 3
- Razoável  
 4
- Ruim  
 5

#### 2. Como você classifica a saúde da sua boca?

- Excelente  
 1
- Muito boa  
 2
- Boa  
 3
- Razoável  
 4
- Ruim  
 5

#### 3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?

- Não  
 0
- Sim  
 1

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 14.a**]

[Se a sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

**4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?**

[Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a]

[Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b]

**4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?**

Ano(s)

**4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?**

Mês(es)

**5. A dor na face ocorre?**

O tempo todo

1

Aparece e desaparece

2

Ocorreu somente uma vez

3

**6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?**

Não

1

Sim, nos últimos seis meses.

2

Sim, há mais de seis meses.

3

**7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?**

NENHUMA DOR

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

A PIOR DOR  
POSSÍVEL

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

NENHUMA DOR

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

A PIOR DOR  
POSSÍVEL

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

NENHUMA DOR

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

A PIOR DOR  
POSSÍVEL

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

Dias

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

NENHUMA  
INTERFERÊNCIA

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

INCAPAZ DE REALIZAR  
QUALQUER ATIVIDADE

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

NENHUMA  
MUDANÇA

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

MUDANÇA EXTREMA

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

NENHUMA  
MUDANÇA

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

MUDANÇA EXTREMA

**14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?**

Não

0

Sim

1

[Se você **nunca** teve travamento da mandíbula, PULE para a pergunta 15.a]

[Se **já teve** travamento da mandíbula, PASSE para a próxima pergunta]

**14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?**

Não

0

Sim

1

**15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?**

Não

0

Sim

1

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

Não

0

Sim

1

**15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?**

Não

0

Sim

1

**15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?**

Não

0

Sim

1

**15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) “cansada” ou dolorida quando você acorda pela manhã?**

Não

0

Sim

1

**15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?**

Não

0

Sim

1

**15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/**

**estranha?**

Não

0

Sim

1

**16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?**

Não

0

Sim

1

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

Não

0

Sim

1

**16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?**

Não

0

Sim

1

[Se você **não** teve dor ou inchaço, PULE para a **pergunta 17.a.**]

[Se você **já teve**, dor ou inchaço, PASSE para a **próxima pergunta**]

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

Não

0

Sim

1

**17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?**

Não

0

Sim

1

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 18**]

[Se sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

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

Não

0

Sim

1

**18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?**

Não

0

Sim

1

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

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

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

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4



n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um “nó na garganta”	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

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

Excelente

1

Muito bom

2

Bom

3

Razoável

4

Ruim

5

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

Excelente

1

Muito bom

2

Bom

3

Razoável

4

Ruim

5

**23. Qual a data do seu nascimento?**

Dia   Mês   Ano

**24. Qual seu sexo?**

Masculino

1

Feminino

2

**25. Qual a sua cor ou raça?**

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

**26. Qual a sua origem ou de seus familiares?**

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

**27. Até que ano da escola / faculdade você frequentou?**

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

**28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?**

Não

 0

Sim

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

Não

 0

Sim

 1[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**][Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]**28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?**

Sim, procurando emprego

 1

Sim, afastado temporariamente do trabalho

 2

Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho

 3

Não

 4

**29. Qual o seu estado civil?**

- 1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa
- 2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa
- 3 Viúvo (a)
- 4 Divorciado (a)
- 5 Separado (a)
- 6 Nunca casei
- 7 Morando junto

**30. Quanto você e sua família ganharam por mês durante os últimos 12 meses?**

R\$ ,

*Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional*

- Até ¼ do salário mínimo
- De ¼ a ½ salário mínimo
- De ½ a 1 salário mínimo
- De 1 a 2 salários mínimos
- De 2 a 3 salários mínimos
- De 3 a 4 salários mínimos
- De 5 a 10 salários mínimos
- De 10 a 15 salários mínimos
- De 15 a 20 salários mínimos
- De 20 a 30 salários mínimos
- Mais de 30 salários mínimos
- Sem rendimento

31. Qual o seu CEP?

-

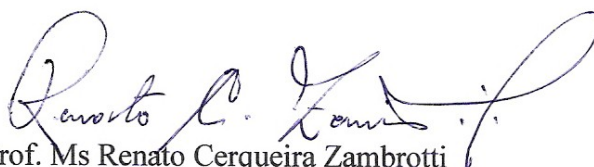
**Muito Obrigado.**

Agora veja se você deixou de responder alguma questão.

Duque de Caxias, 22 de junho de 2009

Do: Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO  
Para Pesquisadora: Nilda Maria Teixeira  
Orientador: Rodrigo Snt'anna Aguiar dos Reis

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO considerou aprovado em reunião plenária de dez de setembro de dois mil e oito, o projeto de pesquisa protocolado sob o nº.0047.0.317.000-09, **“Avaliação dos aspectos psicossociais em pacientes com desordem temporomandibular de origem muscular, articular e mista por meio do critério de diagnóstico de pesquisa (RDC/TDM)”**, encontrando-se a referida pesquisa e o Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução N.º 96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.



Prof. Ms Renato Cerqueira Zambrotti  
Coordenador do CEP/UNIGRANRIO



Márcia Ribeiro Pedra Fixe  
Secretária do CEP/UNIGRANRIO