

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
ÁREA DE PRÓTESE PARCIAL FIXA

Silvia Maria Anselmo
CIRURGIÃ DENTISTA

“Estudo da Correlação dos Distúrbios Psiquiátricos Menores e as Desordens Temporomandibulares”

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica, Área de Concentração em Prótese Dental.

Orientador:

Prof. Dr. Wilkens Aurélio Buarque e Silva

Piracicaba
2003

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
ÁREA DE PRÓTESE PARCIAL FIXA**

Silvia Maria Anselmo
CIRURGIÃ DENTISTA

**“Estudo da Correlação dos Distúrbios Psiquiátricos
Menores e as Desordens Temporomandibulares”**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica, Área de Concentração em Prótese Dental.

Piracicaba
2003



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
ÁREA DE PRÓTESE PARCIAL FIXA**

Silvia Maria Anselmo
CIRURGIÃ DENTISTA

**“Estudo da Correlação dos Distúrbios Psiquiátricos
Menores e as Desordens Temporomandibulares”**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica, Área de Concentração em Prótese Dental.

Orientador:

Prof. Dr. Wilkens Aurélio Buarque e Silva

Piracicaba
2003

Dedico este trabalho a:

DEUS, meu pai, pela minha própria vida e por ter me acompanhado e carregado no colo nos momentos mais difíceis.

Meus pais, **Apparício e Leoni**, pelo amor incondicional, exemplos de vida, ensinaram-me a viver e lutar pelos meus ideais, com fé em **DEUS**, humildade, honestidade e amor ao próximo.

Meu irmão **José**, por ter partilhado sua vida comigo com alegria. Minha irmã **Cláudia**, pelo seu exemplo de vida, carinho e apoio. Ao meu sobrinho **Guilherme** pela alegria que sua simples presença me traz.

Aos meus avós **José, Léon, Josefa e Zulmira** e minha tia **Susana** (In Memoriam), pelo amor que me deram e pela certeza que tenho que ainda me dão, do paraíso onde estão.

Agradecimentos Especiais:

À **Universidade Estadual de Campinas e Faculdade de Odontologia de Piracicaba**, pela oportunidade de realizar este trabalho e minha formação como docente e pesquisadora.

Ao Prof.: Dr. **Wilkens Aurélio Buarque e Silva**, não somente pela orientação deste trabalho, mas por sua amizade, companheirismo , confiança e paciência que sempre tem me dispensado, sendo muito mais que orientador, um amigo e encorajador.

Ao **Caio**, pela felicidade que me traz, amor, compreensão e colaboração nesse momento de minha vida.

Agradecimentos:

Ao amigo **Nilton**, pelo seu incentivo constante e apoio, mesmo nos momentos mais difíceis, tendo sido verdadeiramente um irmão.

À amiga **Samira**, simplesmente pela sua amizade gratuita e sincera, na partilha de todos os momentos, que mesmo as distâncias continentais de nosso país não poderá ser apagada.

À amiga **Débora Cândida Araújo**, que sempre está ao meu lado, mesmo quando a presença física não é permitida, seu coração está.

Ao meu cunhado **Marcos**, pelo irmão que tem sido.

À **Faculdade de Odontologia de Bauru** pela formação não somente como cirurgiã dentista, mas também como cidadã.

À Profa. Dra. **Karina de Carvalho Magalhães Brásio**, pelo apoio e preciosa colaboração na confecção deste trabalho.

Ao Prof.: Dr.: **Frederico Andrade e Silva**, por sua atenção, disposição e exemplo para seus alunos.

Ao Prof. Dr. **Eduardo Batista Franco** pelo exemplo e encorajamento.

À Sra. **Maria Aparecida de Fátima Cardoso**, coordenadora do Centro de Saúde Jd Florence, Campinas-SP, cuja compreensão e apoio foram imprescindíveis para a realização deste trabalho.

À querida **Maria Cecília Gregório Gomes**, funcionária do laboratório de Prótese Fixa da FOP-UNICAMP, por mais que sua ajuda nos trabalhos laboratoriais, por seu carinho e amizade e mansidão, exemplo de dignidade e amor.

Aos colegas de mestrado: **Alessandra, Alexandre, Cláudio, Daniela, Emilena, Giuliana, Guilherme, Juliana, Laís, Luís, Margarete, Noéli, Ricardo e Rodrigo**, pela troca de amizade e experiências nesse período.

Aos **pacientes** que participaram deste trabalho, cuja colaboração tornou possível a realização deste sonho.

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. REVISÃO DA LITERATURA	7
3. PROPOSIÇÃO	37
4. METODOLOGIA	38
5. RESULTADOS	46
6. DISCUSSÃO	55
7. CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	77

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a correlação entre os distúrbios psiquiátricos menores e as DTMs (Desordens Temporomandibulares) em pacientes que procuraram voluntariamente a Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) – UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas). Foram selecionados 200 pacientes de ambos os sexos, sendo que 100 apresentavam DTM e 100 não apresentavam DTM (grupo controle). Os pacientes foram submetidos ao questionário anamnésico, que faz parte da ficha clínica do CETASE (Centro de Estudos e Tratamento das Alterações Funcionais do Sistema Estomatognático) da FOP-UNICAMP. O questionário anamnésico apresenta um relato espontâneo do paciente e questões diretas relacionadas às ATMs (Articulações Temporomandibulares), à musculatura mastigatória e a relatos inespecíficos. Após a aplicação do questionário anamnésico os pacientes responderam o Questionário de Saúde Geral (QSG), o qual avalia a ausência dos distúrbios psiquiátricos não psicóticos (chamados distúrbios psiquiátricos menores). O QSG contém 60 questões, que são subdivididas em seis fatores: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral. As conclusões deste estudo, com base nos resultados obtidos, mostraram que para o sexo feminino a variável que mais contribuiu para a apresentação de sintomas psicológicos relacionados às DTMs, foi a relacionada aos distúrbios psicossomáticos e para o sexo masculino estresse psíquico, desejo de morte, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral, respectivamente.

Palavras Chave: Desordens Temporomandibulares – Distúrbios Psiquiátricos Menores.

ABSTRACT

The aim of this study is to verify the correlation of minor psychiatric disturbances and TMD (Temporomandibular Disorders) in patients who were voluntarily seeking for dental treatment at the Piracicaba Dentistry Scholl-UNICAMP. We selected 200 patients of both sex, 100 with TMD and 100 without TMD (control group). The patients were first submitted to an anamnestic questionnaire that is, part of the clinical index of Treatment Center (CETASE-FOP/UNICAMP). The questionnaire includes a patient spontaneous discription and direct questions related to TMJ (temporomandibular joint), masticatory muscles and unspecific relates. After the anamnestic questionnaire the patients were submitted to the GHQ (General Health Questionnaire), that evaluates the absence of non psychotic disturbances psychiatry (minor psychiatric disturbances). The GHQ contains 60 questions, that are divided into six factors: psychic stress, death desire, distrust in own performance, sleepiness disturbances, psychosomatic disturbances and general health. The conclusions of this study, based on the obtained results is that the the female the factor that more contributes to the presentation of psychological symptoms related to TMD is the psychosomatic disturbances; and for the male are psychic stress, desire of death, sleepiness disturbances, psychosomatic disturbances and general health.

Key Words: Temporomandibular Disorders – Minor Psychiatric Disturbances.

1 - INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTMs) são condições patológicas debilitantes, que afetam a região orofacial. De acordo com McNEIL (1980), constituem-se em um problema coletivo, abrangendo vários eventos clínicos que envolvem a musculatura mastigatória, as articulações temporomandibulares (ATMs) e estruturas associadas.

Segundo SILVA & SILVA (1990), a etiologia multifatorial responsável por este tipo de patologia, envolve diversas teorias: causas psíquicas, tensão emocional, interferências oclusais, perda ou má posição de dentes, alterações funcionais da musculatura mastigatória e adjacente, alterações intrínsecas e extrínsecas dos componentes estruturais das articulações temporomandibulares e combinação de diversos fatores.

COSTEN (1937) foi o primeiro autor a fornecer bases anatômicas para o estabelecimento desta patologia. Desenvolveu a teoria do deslocamento mecânico, que determinava que sinais e sintomas como perda de audição, sensação de vertigem e dores nas articulações, poderiam ser causados provavelmente pelo deslocamento pósterio-superior do côndilo durante o fechamento excessivo da mandíbula, na ausência de dentes posteriores.

Na década de 50, em função dos avanços na área de fisiologia oral, teve início o questionamento da influência da oclusão no desenvolvimento das DTMs. SCHWARTZ (1955), acreditava que as alterações da musculatura mastigatória constituíam o principal fator etiológico para as DTMs. Essa nova visão trouxe uma abordagem mais fisiológica e funcional e menos mecanicista do problema.

Por outro lado, LASKIN (1969) elaborou a teoria psicofisiológica, a qual determinava que espasmos musculares seriam o fator primário para o

desenvolvimento das DTMs, sendo produzidos por hábitos parafuncionais crônicos e normalmente involuntários.

A partir da década de 80 houve muito progresso quanto ao estudo e compreensão do fenômeno da dor, as teorias da convergência neuronal, da modulação da dor e da neuroplasticidade demonstraram que o sistema nervoso simpático participa em dores persistentes. Desta forma, a dor passou a ser compreendida como uma experiência emocional e sensorial desagradável, podendo estar presente mesmo na ausência de lesões nos tecidos (OKESON, 1998). A teoria psicológica, desenvolvida nesta época, preconizava que os distúrbios emocionais poderiam iniciar uma hiperatividade muscular, induzida no sistema nervoso central e levar a ocorrência de uma parafunção; o que poderia causar dores e de forma indireta anormalidades oclusais (DeBOEVER, 1979).

De fato, muitas teorias psicológicas podem ser aplicadas às DTMs; tais como, percepção de conceitos estressores, avaliadores (percepção de conseqüências) e mecanismos de enfrentamento; sendo que, a crença sobre a origem da dor, influencia a quantidade de dor e de sofrimento, afetando a percepção, a tolerância, a resposta emocional e o comportamento frente a situação de dor (SCHWARTZ, 1997).

Os pacientes com DTMs, na maioria dos casos, apresentam tensão emocional aumentada que pode em algumas situações, se manifestar através de parafunções e hábitos funcionais deletérios; os quais podem iniciar um quadro de dor miofacial. Se essa dor passar a ser crônica, a ansiedade e tensão muscular perpetuam o problema físico, com conseqüente dor persistente e mais ansiedade e tensão muscular (SERGER, 1998).

Os resultados de algumas pesquisas sobre componentes emocionais nas DTMs, demonstraram níveis elevados de ansiedade e depressão nesses pacientes; o que pareceu sugerir que testes psicológicos poderiam dividir esses

pacientes em subgrupos para serem identificados de acordo com fatores psicocomportamentais (SUVINEN, 1997).

A ansiedade, depressão e estresse são colaboradores no delineamento do quadro patológico das DTMs. Os pacientes sob essas condições geram, através de mecanismo de descarga emocional, hábitos parafuncionais como o bruxismo e o apertamento dental; tais hábitos, quando crônicos, podem levar a hiperatividade muscular e conseqüente sintomatologia dolorosa (CONTI, 1996).

Os fatores psicológicos, relacionados às DTMs, podem ser divididos em: cognitivos, comportamentais e afetivos ou emocionais. Estes três fatores não atuam isoladamente, apresentando uma interação entre si e com a situação física do paciente (RUGH & SOLBERG, 1979).

Os traços de personalidade, em relação às DTMs, parecem não ter uma correlação direta, já que não há evidências científicas que os pacientes com DTMs formem um grupo homogêneo de pacientes com traço de personalidade identificável, não se podendo portanto afirmar, que há uma relação de causa direta (SPECULAND & GOSS, 1985). Porém, existem teorias que sugerem que determinadas pessoas podem apresentar certas características de personalidade, que as predispõem à desordens somáticas específicas (RUGH & SOLBERG, 1979). A teoria da atitude, afirma que as desordens psicossomáticas específicas são o resultado de uma atitude particular do indivíduo, mais do que um traço de personalidade. (GRAHAM *et al.*, 1979).

Ainda não há sustentação científica, que comprove se os fatores emocionais atuam como etiológicos ou se são resultantes de experiências dolorosas crônicas (GAMSA, 1990). Verifica-se, atualmente, uma grande preocupação no desenvolvimento de instrumentos capazes de mensurar os aspectos físicos e psicológicos das DTMs; porém, vários estudos sobre aspectos psicológicos das DTMs apresentam resultados divergentes, o que poderia ser

explicado, em parte, pela diferença na seleção das amostras, na metodologia e na análise dos dados e; em parte às diferenças relacionadas às dimensões sensoriais (limiar de tolerância), como também às diferenças cognitivas, emocionais, comportamentais e ambientais (SUVINEN, 1997). Também não existem meios, na literatura atual de identificar um tipo ou subtipo de personalidade que possa estar envolvida ou mais predisposta a desenvolver DTMs; mas, pesquisas têm demonstrado níveis aumentados de ansiedade e depressão nesses pacientes. Entretanto, existem pesquisas no sentido de distribuir esses pacientes em subgrupos que possam ser divididos de acordo com fatores psicocomportamentais (SUVINEN, 1997).

Desta forma, o desafio é definir uma base de dados suficientemente abrangente, de forma que informações clinicamente úteis possam ser sistematicamente obtidas. O conteúdo desta base de dados não deve ser considerado como necessariamente fixo, apesar de que um padrão de configuração possa ser utilizado rotineiramente para a maioria dos pacientes, principalmente nos protocolos direcionados à pesquisa. O mais indicado, provavelmente seja, uma base de dados que permita acomodar as individualidades apresentadas por cada paciente.

Em função destes aspectos, o conhecimento sobre a importância dos fatores psicológicos na etiologia das DTMs e a discordância sobre o papel destes no diagnóstico e tratamento desta enfermidade, propuzemo-nos a realizar um estudo direcionado a verificar o perfil clínico e físico de pacientes e a sua correlação com possíveis distúrbios psiquiátricos menores.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

Em decorrência dos diversos enfoques encontrados na literatura, este capítulo foi subdividido em três sub-ítem: Etiologia e Prevalência, Questionários de Saúde Geral e Questionários psicológicos e DTMs.

2.1 Etiologia e Prevalência

COSTEN (1937), descreveu uma série de sintomas relacionados à perda de audição, sensação de vertigem e a dores na articulação temporomandibular. Afirmou que estes sintomas, provavelmente eram causados pelo fechamento excessivo da mandíbula durante a máxima intercuspidação em pacientes com ausência de apoio posterior. Tal situação permitia o deslocamento postero-superior do côndilo dentro da cavidade articular. O autor sugeriu que esta sintomatologia estava relacionada à compressão do nervo corda do tímpano e compressão na região do nervo aurículo-temporal. Como forma terapêutica, recomendou procedimentos que objetivassem aumentar a dimensão vertical de oclusão.

SCHWARTZ (1955), realizando um estudo direcionado a verificar a prevalência de sinais e sintomas da desordem temporomandibular, concluiu que mais de 90% de sua amostra apresentava movimentos mandibulares dolorosos. Através de uma análise criteriosa das avaliações anamnésicas destes pacientes, verificou que esta sintomatologia poderia estar relacionada a sinais e sintomas não observados inicialmente; tais como, estalidos, subluxação ou deslocamento condilar, dores articulares e limitação de abertura de boca. Afirmou que a síndrome da dor-disfunção da articulação temporomandibular compreendia três fases distintas: fase da incordenação, caracterizada pela assincronia funcional dos músculos mandibulares com a presença de estalos, deslocamentos e/ou subluxações recorrentes da articulação temporomandibular; fase da dor-limitação,

caracterizada por espasmos dolorosos dos músculos mastigatórios e outros, com sintomas dolorosos limitantes dos movimentos mandibulares e; fase da limitação, caracterizada pela contratura dos músculos mastigatórios com limitação de abertura de boca, podendo apresentar menor intensidade de dor durante a movimentação mandibular.

LASKIN (1969), relatou que as dificuldades em se estabelecer uma teoria específica que explicasse a etiologia da síndrome da dor-disfunção são múltiplas. De acordo com a teoria psicofisiológica, os espasmos dos músculos mastigatórios constituem-se no fator primário para os sintomas desta síndrome. A causa mais comum poderia ser creditada ao conceito de que a fadiga muscular é produzida por hábitos orais crônicos que são freqüentemente involuntários. De acordo com o autor, as evidências científicas para esta teoria; poderiam ser obtidas através de cinco metodologias de estudo: epidemiológica, radiológica, psicológica, bioquímica e fisiológica.

De acordo com BELL (1969), a teoria da ação muscular, onde contatos interoclusais excêntricos estimulam a atividade muscular, deveria ser considerada como a chave para compreensão da função ou da disfunção oclusal. Para uma terapia efetiva da síndrome da dor-disfunção, esta deve ser diferenciada de outras desordens do aparelho mastigatório. Segundo o autor, os conhecimentos referentes à fisiologia da oclusão dentária são essenciais para a realização do diagnóstico diferencial; portanto, uma maloclusão crônica constitui-se em um fator etiológico nas desordens mastigatórias. O entendimento desses princípios, e de outros relacionados ao desenvolvimento da disfunção e de dores durante a atividade mastigatória, conduzem para um diagnóstico clínico exato e, conseqüentemente, um maior sucesso da terapêutica indicada.

SOLBERG *et al.* (1972), estudando os fatores etiológicos relacionados às desordens temporomandibulares, verificou que, os fatores relacionados à ansiedade e às desarmonias oclusais, ainda não possuíam subsídios científicos

que comprovassem sua influência na frequência deste tipo de patologia. Desta forma, direcionou seu estudo, objetivando examinar a ocorrência destes fatores em uma amostra composta por indivíduos sintomáticos e assintomáticos. O nível de ansiedade no grupo sintomático e no grupo controle foi avaliado através da utilização de um instrumento psicométrico padrão (questionário não fornecido pelo autor). As características oclusais dos voluntários foram analisadas através de mapeamento oclusal, com papel para articulação. Os resultados obtidos revelaram que ambos os grupos apresentaram-se com níveis de ansiedade relativamente baixos, apesar de, aproximadamente metade do grupo sintomático, ter mostrado níveis de ansiedade superiores aos observados no grupo controle.

HELKIMO (1974) avaliou três índices utilizados pela comunidade científica para estudar a ocorrência de sinais e sintomas das alterações funcionais do sistema estomatognático. Índice de disfunção clínica para avaliação do estado funcional do sistema mastigatório, baseado em cinco grupos de sintomas: amplitude de movimento da mandíbula prejudicada, função da articulação temporomandibular prejudicada, dor no movimento da mandíbula, dor na articulação temporomandibular, dor nos músculos mastigatórios. Índice anamnésico de disfunção, baseado em dados da entrevista com a pessoa investigada. Índice para o estado oclusal, baseado na avaliação da oclusão em quatro aspectos: número de dentes, número de dentes ocluindo, interferências na oclusão e na articulação. Como resultados o autor observou que, no índice de disfunção clínica, 70% das pessoas examinadas não apresentaram prejuízo da mobilidade mandibular, em 3% a mobilidade foi marcadamente prejudicada; a articulação temporomandibular estava livre de sintomas em 40% dos pacientes examinados, a sensibilidade durante a palpação muscular foi encontrada em 45% dos casos; enquanto que, dores no movimento mandibular foi reportada por 30% das pessoas examinadas. No índice anamnésico de disfunção, 43% reportaram ser livres de sintomatologia, 31% disseram ter sintomas suaves de disfunção e 26% tiveram sintomas severos de disfunção. No índice para o estado oclusal, 14% dos pacientes não apresentaram desordens; enquanto que 86% deles,

apresentaram desordens severas, incluindo a ausência de dentes e interferências na articulação dos dentes.

MONGINI (1977), verificou que os mecanismos patogênicos que podem levar às alterações das ATMs estão essencialmente relacionados às alterações repetitivas e prolongadas das relações recíprocas das estruturas duras e moles da articulação, quando são aplicadas cargas qualitativas e quantitativas anormais. Quanto ao fator estrutural, o autor afirmou que um deslocamento mandibular na posição de máxima intercuspidação, obviamente determina um deslocamento correspondente do côndilo e, devido a isto, uma alteração nas relações anatômicas destas últimas com as estruturas articulares. Como conseqüência, as forças aplicadas nos diferentes locais condilares, fazem mudar a qualidade e quantidade ósseas. Em particular, as forças compressivas podem aumentar. Nestes casos, quando a capacidade adaptativa dos tecidos é sobrepujada, desenvolve-se uma degeneração atrófica. Além do mais, especialmente no caso de deslocamento posterior, tensão e cisalhamento das inserções posteriores do disco e dos ligamentos condilares, podem ocasionar um conseqüente deslocamento anterior do disco. Segundo o autor, este problema pode ser facilitado por travamento e desgaste dental.

COLE (1978), afirmou que diversas pesquisas já haviam admitido a importância dos fatores psicológicos nas causas e na perpetuação das desordens temporomandibulares crônicas. O autor associou este tipo de patologia com vários tipos de desordens psicológicas, incluindo a ansiedade, desordens afetivas (particularmente a depressão), desordens somáticas e distúrbios de personalidade.

Para WEINBERG (1979), as alterações funcionais do sistema estomatognático, constituem-se em patologias de origem multifatorial; uma vez que, cada paciente sintomático apresenta um perfil individual. Segundo o autor, o estresse e o perfil oclusal têm se mostrado como fatores intimamente

correlacionados a esta patologia. O autor concluiu seu estudo, afirmando que a posição do côndilo mandibular na fossa articular, pode ser influenciada por determinadas configurações oclusais e se constituir em um significativo fator etiológico nesta enfermidade.

SOLBERG (1979), realizou um estudo direcionado a verificar a prevalência de sinais e sintomas das DTMs. Utilizando um questionário e exame clínico, foram avaliados 739 estudantes entre 10 e 25 anos, verificando-se que os sintomas mais comumente encontrados foram dores de cabeça, ruídos articulares e dores na face e pescoço. Foi verificado ainda que os voluntários do sexo feminino apresentaram maior prevalência desses sinais.

DeBOEVER (1979), afirmou que muitas teorias foram apresentadas, relacionadas à etiologia das alterações funcionais do sistema estomatognático; entretanto, não havia concordância a respeito da importância dos fatores etiológicos envolvidos. Com base nos principais fatores envolvidos, foram feitas diversas 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. Com base nestes diferentes conceitos, protocolos terapêuticos totalmente divergentes foram estabelecidos e utilizados na prática cotidiana: a teoria do deslocamento mecânico supôs que a ausência de apoio molar ou as prematuridades oclusais funcionais causavam uma posição excêntrica do côndilo na fossa articular, o que poderia levar a dor, a disfunção e a sintomas otológicos; a posição condilar incorreta levava diretamente a uma atividade muscular inadequada e adversa. Na teoria neuromuscular, as interferências oclusais causavam, na presença de estresse e tensão, parafunções, tais como, bruxismo e apertamento; as interferências oclusais eram, de acordo com este conceito, capazes de provocar espasmo e hiperatividade musculares. Em contraste com este conceito, a teoria muscular sugeria que o principal fator etiológico eram os próprios músculos da mastigação; a tensão nos músculos aumentava constantemente sob a influência de uma sobre-estimulação, levando a

um espasmo doloroso. Esta teoria colocou a dor temporomandibular no contexto de uma disfunção muscular mais ampla e negou qualquer influência da oclusão.

De acordo com o autor, a teoria psicofisiológica determina que o fator primário seja o espasmo dos músculos da mastigação, causado por contrações e distensões excessivas ou fadiga muscular, devido a parafunções. Os distúrbios emocionais, ao iniciarem uma hiperatividade muscular induzida no sistema nervoso central, levavam à parafunção e causavam, de forma indireta, as anormalidades oclusais.

HELKIMO (1979) afirmou que a epidemiologia das desordens temporomandibulares é permeada de problemas relacionados às definições e à confiabilidade de determinadas medidas, as quais podem limitar a utilidade dos relatos clínicos iniciais dos pacientes. Alertou para o fato de que alguns estudos populacionais de secção transversal difundiram a noção de que, os sinais e sintomas relacionados a esta patologia, são encontrados predominantemente no segmento da população que com mais freqüência se apresenta para o tratamento, que são as mulheres entre 20 e 50 anos de idade. O autor confirmou que a alta proporção de mulheres na população de pacientes sintomáticos, provavelmente pode refletir as diferenças no índice de comportamento em busca de tratamento, e não às diferenças fisiológicas em relação ao sexo masculino.

McNEILL *et al.* (1980), relataram que os fatores etiológicos das desordens craniomandibulares são multifatoriais, podendo incluir aspectos genéticos, de desenvolvimento, fisiológicos, traumáticos, ambientais e comportamentais. Os autores classificaram as desordens craniomandibulares em três itens, de acordo com sua origem:

- I. Desordens craniomandibulares de origem orgânica:

a) distúrbios articulares (desarranjo do disco, deslocamento condilar, condições inflamatórias, artrites, anquilose, fraturas, neoplasias, desenvolvimento anormal);

b) distúrbios não articulares (condições neuromusculares, condições da

oclusão dental, distúrbios envolvendo sintomas secundários);

- II. Desordens craniomandibulares de origem não orgânica (funcional):

a) Síndrome da dor-disfunção miofascial;

b) dores fantasmas;

c) sensação de oclusão positiva;

d) conversão histérica;

- III. Desordens craniomandibulares de origem não orgânica combinadas com mudanças do tecido orgânico secundário:

a) articular;

b) não articular.

REICH *et al.* (1983), preocupados com a carência de estudos com critérios operacionais definidos para o diagnóstico de desordens psicológicas, em pacientes com alterações funcionais do sistema estomatognático, sugeriram a utilização do sistema oficial de diagnóstico utilizado pela Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-III, para pacientes portadores de dores crônicas. Segundo os autores, com este sistema, o clínico poderia avaliar em cada paciente desordens clínicas como a depressão, a ansiedade e abusos corporais; assim como, desordens de personalidade. Estas desordens de personalidade envolvem procedimentos rígidos que visam identificar as características pessoais, que podem causar prejuízos significantes na função adaptativa do indivíduo ou um histórico de angústia subjetiva.

HARKINS & MARTENEY (1985), afirmaram que havia um consenso geral de que o trauma direto nos maxilares ou na articulação temporomandibular, produziria um trauma via impacto que era acompanhado em proximidade temporal com sinais e sintomas de inflamação. Caso estas forças levassem à falência estrutural, a perda de função poderia seguir rapidamente. Segundo os autores, pacientes com diagnóstico diferencial de desordem temporomandibular relatam com mais frequência terem sofrido traumas físicos.

Segundo ASH (1986), um grande número de hipóteses sobre as causas primárias relacionadas às alterações funcionais do sistema estomatognático tem sido sugeridas, mas geralmente todos os conceitos são etiologicamente multifatoriais, incluindo o trauma proveniente de inúmeras fontes. Fontes externas de injúria para a articulação e/ou músculos incluem acidentes automobilísticos, tratamentos dentais, procedimentos cirúrgicos com intubação, e esportes de contato. Fontes internas incluem estresse psíquico, interferências oclusais, músculos hiperativos relatados por parafunção.

MONGINI (1986), desenvolveu um índice para examinar a freqüência e a relevância dos diferentes fatores relacionados à disfunção na articulação temporomandibular. Considerou os fatores etiológicos e os fatores conseqüentes deste tipo de patologia. Para fatores etiológicos, considerou: alterações oclusais, deslocamento mandibular em máxima intercuspidação, contatos anormais durante os movimentos mandibulares, hiper e para função muscular e estresse. Como fatores conseqüentes considerou: a disfunção na ATM, restrição de movimentos da mandíbula, sensibilidade à palpação dos músculos e de pontos cranianos, dor de cabeça e dor facial. Para cada um destes fatores atribuiu um escore de 1 a 10, dependendo da soma dos escores dados por diferentes parâmetros relativos àquele fator. Em todos os pacientes, os fatores com prevalência mais elevada foram a oclusão, o deslocamento mandibular, o estresse, a disfunção da ATM, a dor muscular e a dor facial.

MILAN (1986), verificou que as diferenças na incidência de DTMs, quanto ao sexo, tendo o maior número de casos no sexo feminino poderiam ser explicadas pelo fato da presença de receptores estrógenos nas ATMs femininas e de alterações hormonais e psíquicas que ocorrem durante o ciclo menstrual; e também, pelo cuidado com a saúde geral, procurando por tratamento com mais freqüência.

De acordo com SOLBERG (1989), a compreensão deste tipo de patologia não se constitui na aplicação de determinados achados epidemiológicos. Ambos os fatores, centrais e periféricos, parecem ser importantes, juntamente com os fatores morfofuncionais (oclusão, bruxismo) e psicológicos (ansiedade, tensão) envolvidos como causas multifatoriais. A importância clínica desta tentativa é chamar a atenção para a necessidade de tratar os fatores etiológicos, com os sintomas no diagnóstico e no tratamento.

SCHIFFMAN *et al.* (1990), observaram através de um estudo epidemiológico a prevalência de disfunção temporomandibular em pacientes do sexo feminino. Verificaram que, fatores de risco como a maloclusão, hábitos orais, e eventos estressantes durante a vida, necessitam ser examinados com muito critério, por serem agentes etiológicos potenciais, que podem ser predisponentes para falhas no tratamento.

De acordo com McNEILL *et al.* (1990), desordens temporomandibulares representam um termo coletivo abraçando um número de problemas clínicos envolvendo a musculatura mastigatória e/ou a articulação temporomandibular. O sintoma inicial mais comum é a dor, usualmente localizada nos músculos da mastigação, na área pré-auricular, na articulação temporomandibular, ou ambos. A dor é agravada pela mastigação ou outras funções mandibulares. Sintomas comuns incluem dores na mandíbula, dores de ouvido, dores de cabeça, e dores na face. Complementando, pacientes com essas desordens frequentemente têm limitação de movimentos da mandíbula e sons na articulação, descritos como estalos, ou crepitação.

Segundo SILVA & SILVA (1990), a etiologia multifatorial responsável pelas alterações funcionais do sistema estomatognático, envolve diversas teorias: causas psíquicas, tensão emocional, interferências oclusais, perda ou má posição de dentes, alterações funcionais da musculatura mastigatória e

adjacente, alterações intrínsecas e extrínsecas dos componentes estruturais das articulações temporomandibulares e combinação de diversos fatores.

Neste contexto, SALONEN *et al.* (1990), confirmaram que as mulheres superam em número os homens na proporção de 4 para 1, nos grupos de pacientes, mas também mostram valores similares de prevalência dos sinais e sintomas. A prevalência dos sinais mais brandos é muito alta, com cerca de 50% dos indivíduos adultos jovens exibindo pelo menos um sinal clínico. A moderação dos sinais clínicos e a ausência de uma desordem que não incapacita fisiologicamente um indivíduo são refletidas na baixa demanda de tratamento nestas condições na população geral. No entanto, a mera presença dos sinais e sua ubiquidade, podem criar uma tentação nos cirurgiões dentistas de ver uma necessidade de tratamento onde ela pode não existir. Os autores concluíram seu artigo considerando que os estudos epidemiológicos longitudinais apóiam uma abordagem conservadora e não agressiva ao tratamento, destacando a natureza flutuante dos sinais e sintomas.

DWORKIN *et al.* (1990), estudando a participação dos fenômenos psicológicos no desenvolvimento de uma hiperatividade muscular, afirmaram que, a forma pela qual as mudanças no estado afetivo, como a ansiedade e as respostas individuais aos eventos diários (denominados geralmente de estresse) encaixam-se nos estudos clássicos que explicam a hiperatividade muscular, ainda não está clara. Discutiram o assunto sugerindo que o estresse e a ansiedade tinham um efeito periférico através do sistema nervoso simpático, que exacerba a interação de substâncias algésicas entre as terminações nervosas dos aferentes primários nociceptivos e o sistema circulatório. Além disso, sugeriram que o processamento central das informações nociceptivas e da atividade reflexa resultante, pode ser enfatizado pela ansiedade e, portanto, aumentar a percepção da dor ou a resposta à dor. Finalmente reconheceram que, tais teorias ainda não possuíam uma comprovação científica com embasamento fisiológico.

De BONT *et al.* (1991), estudaram os aspectos epidemiológicos e a progressão natural das alterações funcionais do sistema estomatognático de origem articular. Afirmaram que o termo *desordens temporomandibulares*, é uma denominação coletiva que engloba tanto desordens de origem muscular, oclusal e articular; assim, o estudo dos aspectos epidemiológicos deste tipo de patologia pode causar confusões, uma vez que, se constituem não apenas em uma simples doença, mas em várias e diferentes doenças com sinais e sintomas similares como, dor, ruídos articulares e restrição de movimentos da mandíbula. Afirmaram também que, alguns estudos epidemiológicos falham em função de erros de metodologia. Estabelecer as causas de uma doença constitui-se no objetivo principal da epidemiologia; desta forma, um fator associado à doença é considerado etiológico quando uma alteração em sua intensidade ou freqüência, em uma determinada população, leva a alterações na freqüência da própria doença. Os estudos epidemiológicos relacionados às alterações funcionais do sistema estomatognático, ainda não revelaram as causas específicas que levam a ocorrência desta patologia. A prevalência das alterações funcionais do sistema estomatognático, difere em alguns estudos, em função de erros decorrentes de falhas na padronização de algumas definições, o que muitas vezes, leva a valores mais altos do que a necessidade de tratamento propriamente dita. Concluíram que, para a coleta de dados confiáveis, há a necessidade de procedimentos anamnésicos criteriosos e um exame físico sistemático.

OKESON (1992), afirmou que um esforço extra é gasto para tratar os sintomas das desordens temporomandibulares (dor muscular e articular), mas geralmente pouca atenção é dada ao controle das causas reais dos sintomas; que geralmente se manifestam como hiperatividade muscular. Para controlar a hiperatividade, deve-se entender sua etiologia e como isso afeta as desordens temporomandibulares. Afirmou ainda, que os sinais e os sintomas das alterações funcionais do sistema estomatognático não podiam ser relacionados diretamente à severidade da maloclusão, devendo ser avaliado o estado emocional do paciente. O autor propôs que a maloclusão associada ao estresse só causarão

um aumento da hiperatividade muscular se excederem a tolerância fisiológica do indivíduo, e que a hiperatividade muscular apenas resultará em colapso se ultrapassar a tolerância estrutural do músculo.

De acordo com MARBACH (1992), é largamente aceitável que traços de personalidade anormais são importantes fatores na etiologia e manutenção da síndrome da dor-disfunção temporomandibular. De qualquer modo, a base sobre a qual este paradigma repousa, é unicamente embasada em experiências clínicas, ao invés de evidências científicas. Segundo o autor, a contínua crença da teoria do estresse tem originado implicações onerosas. Em primeiro lugar, poderiam os clínicos ser embalados dentro de um falso senso de segurança sobre a eficácia de tratamentos tradicionais. Segundo e mais importante é o efeito de pesquisas com resultados prematuros e sem suporte em suas conclusões, que certamente nasceriam observando diagnósticos e tratamentos resolvidos.

MOHL & OHRBACH (1992), estudando os fatores etiológicos relacionados às alterações funcionais do sistema estomatognático, afirmaram que a etiologia multifatorial relacionada a esta patologia, implica que um grande número de fatores estejam envolvidos; entretanto, a sua importância relativa é diferente para cada indivíduo. Afirmou que alguns fatores estão envolvidos mais frequentemente na etiologia deste tipo de patologia, em uma grande porcentagem de pacientes. Estes fatores foram denominados pelo autor, como fatores de risco e, podem exercer um papel determinante, em situações específicas. Segundo o autor, diferentes fatores de risco podem estar envolvidos ao mesmo tempo e possuir um efeito cumulativo. Concluiu que, este raciocínio poderia explicar a duração, geralmente longa, da transformação de determinados sinais em sintomas. Em função destes aspectos, os autores afirmaram que na literatura, muitos estudos enfocaram fatores específicos em relação à etiologia das alterações funcionais do sistema estomatognático; entretanto, para o clínico, os resultados são de maneira geral decepcionantes porque apontam em direções completamente distintas. Os autores afirmaram que em alguns estudos, o mesmo fator específico, por exemplo

o mesmo tipo de maloclusão, tem associação positiva com a frequência e a intensidade de certos sintomas clínicos; enquanto que em outros, a associação é completamente negativa. Isto representa um dilema cotidiano para o clínico. Concluíram seu estudo sugerindo que estas inconsistências ocorriam em função das diferenças nas populações estudadas e à dificuldade em se definir o limiar entre a saúde a doença.

Em 1992, OHRBACH & STOHLER, sugeriram que os fatores etiológicos relacionados às DTMs, fossem classificados em fatores de predisposição, de início e de perpetuação. Afirmou que os fatores predisponentes geralmente são subdivididos em sistêmicos, psicológicos (personalidade e comportamento) e estruturais (discrepâncias oclusais, tratamento dentário inadequado ou lassidão articular); os de iniciação, traumas, microtraumas e macrotraumas, estruturas articulares sobrecarregadas e hábitos parafuncionais. Os fatores de perpetuação incluem as tensões mecânicas e musculares e os problemas metabólicos, mas principalmente as dificuldades comportamentais, sociais e emocionais. Atentou para o fato de que, um dos erros mais frequentemente cometidos pelos cirurgiões dentistas, é o de confinar um destes fatores a apenas uma das três categorias. Afirmou também que, o grau de envolvimento que um fator pode ter em uma doença, pode diferir de um indivíduo para o outro; os três principais grupos de fatores colaboradores, anatômicos, neuromusculares e psicológicos, poderão influenciar uns aos outros e agirão em conjunto. Desta forma, dependendo do tipo de disfunção presente em um determinado paciente, estes três grupos de fatores podem atuar simultaneamente como predisponentes, iniciadores e perpetuadores.

KINNEY *et al.* (1992), avaliaram desordens psicológicas em 50 pacientes portadores de desordens temporomandibulares crônicas. Todos os pacientes foram submetidos às avaliações previstas no sistema DSM-III-R, desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria para dores crônicas. Segundo os autores, este sistema permitiu classificar estas alterações em desordens clínicas e desordens de personalidade. Subdividiram as desordens clínicas em: desordem

de ajuste, desordens bipolares, depressão, distemia, desordem de ansiedade generalizadas, desordem obsessivas-compulsivas, desordem de pânico, desordem de estresse pós-traumático, desordem de somatização, desordem de dor somática, desordem de abuso corporal. Subdividiram também as desordens de personalidade em: desordem de fuga, desordem de incerteza, desordem de personalidade histérica, desordem de personalidade obsessiva-compulsiva, desordem de personalidade paranóica e desordem de personalidade passiva-agressiva. Os resultados do estudo demonstraram que 86% dos pacientes possuíam pelo menos uma desordem clínica e, 46% possuíam mais do que duas destas desordens. A desordem clínica mais prevalente, 40%, foi a de dores de origem somática, com os pacientes relatando uma preocupação com a não descoberta das causas do sintoma. Um outro tipo de desordem altamente prevalente foi a depressão com valores na casa de 30%. Em relação às desordens de personalidade, 18% dos pacientes apresentaram desordens paranóicas, 10% desordem de personalidade obsessiva-compulsiva e 10% desordem de fuga. Os autores concluíram que as desordens psicológicas constituíram-se em um fator altamente prevalente em pacientes com histórico de dor crônica e, os cirurgiões dentistas devem atentar para o fato da utilização de profissionais especializados no tratamento desta patologia.

RUGH *et al.* (1993), avaliando os fatores psicológicos associados às desordens temporomandibulares afirmou que, a ansiedade, o estresse, a depressão, hábitos orais auto-destrutivos e dor crônica são sinais observados com frequência. O crescimento emergente no campo da medicina psicossomática tem evidenciado a necessidade de aprimorarmos nossos conhecimento dentro desta área e, embora vários métodos sofisticados tenham sido descritos para comprovar o envolvimento do fator psicológico nas disfunções craniomandibulares, uma metodologia direcionada ao diagnóstico clínico ainda não foi desenvolvida. Os autores concluíram que a utilização de métodos clínicos para a avaliação de pacientes portadores de DTM podem contribuir para o esclarecimento da mesma.

SILVA (1993), estudando a prevalência dos sinais e sintomas associados às alterações funcionais do sistema estomatognático, verificou que era alto o número de pacientes que apresentavam sintomatologia dolorosa na região têmporo-anterior. Observou que a maioria destes pacientes apresentava uma mastigação anterior, o que provavelmente levava à uma hiperatividade do feixe anterior do músculo temporal e esta função adicional poderia exceder ao mecanismo de adaptação individual e propiciar o aparecimento do sintoma doloroso. Da mesma forma, a frequência de pacientes com relato clínico de anuviamiento visual e perturbações auditivas eram constantes e, via de regra, os pacientes já haviam se consultado com profissionais médicos das áreas de oftalmologia e otorrinolaringologia. Segundo o autor, um conhecimento anatomofisiológico mais acurado evidencia a relação entre o sistema mastigatório e as vias auditiva e visual; pois as vias trigeminais mantêm conexões sinápticas com os colículos superiores que recebem fibras do núcleo mesencefálico do trigêmeo e fibras provenientes da retina homo e heterolateral. Além disto, os colículos inferiores que são importantes estações das vias auditivas, mantêm conexões sinápticas com os colículos superiores; além da íntima relação do complexo cêndilo-fossa com o ouvido médio.

Ainda SILVA (1993), analisando a prevalência de alguns sinais e sintomas associados também às alterações funcionais do sistema estomatognático, observou que o relato de dores na região do pescoço, assim como, a sensibilidade dolorosa do músculo peitoral maior e de outros músculos associados à estabilidade da cabeça e do pescoço, poderiam ser explicados pelas modificações posturais da cabeça e da coluna cervical, como um mecanismo auto-protetor contra a dor. O autor verificou também que, vários sintomas associados à esta patologia foram relacionados ao fechamento excessivo da mandíbula, em seguida à perda de dentes posteriores. Alterações degenerativas da articulação, comumente descritas pelas investigações histopatológicas, têm sido atribuídas a uma interferência com o metabolismo e função da membrana sinovial da ATM, em razão do deslocamento da mandíbula. De acordo com as observações do autor,

outras explicações tem sido dadas para relacionar distúrbios da ATM com o ouvido, através da relação anatômica: por deficiência de suprimento vascular dado pela artéria maxilar, que passa através da fissura petrotimpânica, ao ouvido interno, em função de um deslocamento posterior do côndilo; pelo tônus aumentado do músculo tensor do tímpano, que aumenta a pressão intralabiríntica e, pela ação da cadeia ossicular e da placa plantar do ossículo mais interno do ouvido.

CONTI *et al.* (1995), avaliaram a prevalência de disfunção craniomandibular (DCM) em estudantes de cursos pré-universitários e universitários. Examinou-se uma amostra de 310 estudantes, divididos em dois grupos: grupo I, composto por 152 estudantes de cursos pré-vestibulares, proporcionalmente divididos entre homens e mulheres, e grupo II, composto por 158 estudantes universitários dos mais diversos cursos e igualmente proporcionais em relação ao sexo. A avaliação foi realizada através de um questionário anamnésico e história médica. Os questionários incluíram questões de caráter geral e local na tentativa de demonstrar associação entre alterações funcionais e os diferentes fatores etiológicos. O grau de DCM foi obtido através dos valores do questionário anamnésico e os estudantes classificados em quatro categorias: DCM ausente, leve, moderada e severa. Como conclusões, obteve-se que a prevalência de DCM foi de 49,35%(leve), 10,32%(moderada), e 0,97(severa), obtendo um nível de necessidade de tratamento de 11,29%.

Para DIMITROULIS *et al.* (1995), disfunção temporomandibular é um termo coletivo para descrever um número de desordens relatadas que envolvem a articulação temporomandibular, os músculos relacionados com a mastigação, e associação de estruturas, todas as quais presentes com sintomas de dor e limitação de abertura de boca. Disfunção temporomandibular é primeiramente uma desordem muscular resultante de um mecanismo parafuncional oral e muitas vezes relatada por desordens psicofisiológicas como o estresse e depressão.

Para McNEILL (1997), controvérsias existem por causa do limitado conhecimento relativo a etiologia e história natural ou o curso da desordem temporomandibular. Alguns fatores etiológicos contribuintes são apenas fatores de risco, outros são causais na natureza, e outros resultam, ou são puramente coincidentes para o problema. Esses fatores são classificados como predisponentes, iniciadores (precipitantes), e perpetuadores dando ênfase no papel da progressão da desordem temporomandibular. Fatores predisponentes incluem condições estruturais, metabólicas, e/ou psicológicas que adversamente afetam o sistema mastigatório suficientemente para aumentar o risco de desenvolver uma desordem temporomandibular. Fatores iniciadores direcionam para o avanço de sintomas que são primariamente relatados por trauma ou carregamentos adversos repetitivos do sistema mastigatório. Fatores perpetuadores, tais como a parafunção, fatores hormonais, ou fatores psicossociais, podem ser associados com alguns fatores predisponentes ou iniciadores e podem sustentar a desordem do paciente, complicando o seu procedimento. Afirmou que, historicamente, o tratamento para este tipo de patologia tem sido fundamentado em sistemas e opiniões particulares, de acordo com a teoria etiológica mais aceita pelo profissional. A premissa mais comum advinha de que, uma saúde ótima era dependente de critérios morfológicos muito específicos e precisos. Uma anormalidade ou uma variação do relacionamento interoclusal, ou das estruturas intra-articulares era aceita como o único fator a predispor as estruturas do sistema mastigatório, à disfunção e à doença. Entretanto, idéias preconcebidas baseadas unicamente em aspectos morfológicos, sem considerar os funcionais, não possuem qualquer relacionamento com a saúde do sistema mastigatório. Como resultado destes sistemas morfológicos, o sucesso da tratamento destas alterações, no passado, estava sempre comprometido por uma abordagem terapêutica puramente mecânica, sem considerar os aspectos multidisciplinares. Em função das alterações funcionais do sistema estomatognático serem numerosas e multifatoriais do ponto de vista etiológico, sua terapêutica requer uma associação de modelos odontológicos com modelos médicos. Em função de muito pouco ser conhecido sobre o curso natural desta

patologia; ou seja, quais sinais e sintomas podem progredir para condições mais agravantes e, em função de todas as abordagens terapêuticas serem direcionadas para um ponto em comum, a cura; devemos sempre ser cuidadosos no sentido de evitar formas terapêuticas agressivas e não reversíveis.

OKESON (1998), afirmou que até aquele momento, não havia a identificação de uma causa universal e não ambígua para as desordens temporomandibulares. Por esta razão, os estudos de fatores causais tornam-se ambíguos. Afirmou que os fatores que aumentam o risco desta patologia são denominados de fatores predisponentes, os que causam a instalação da patologia são chamados de fatores de iniciação e, os que podem interferir na cura ou aumentar a progressão da doença são chamados de fatores perpetuadores. Segundo o autor, o tratamento bem sucedido a longo prazo depende da identificação de possíveis fatores de contribuição e é freqüentemente proporcional a precisão e rigor da avaliação inicial. Desta forma, um diagnóstico completo exige que o clínico compreenda potencialmente todos os fatores de contribuição relevantes para as desordens temporomandibulares e a dor orofacial crônica.

MONGINI também (1998), afirmou que razões para a falta de consenso entre as principais causas que podem levar ao estabelecimento de uma alteração funcional do sistema mastigatório são inúmeras. Verificou que algumas delas são inerentes às diferentes populações examinadas, à presença ou ausência de grupos controle e a possível interferência de outros fatores; tais como, gênero, idade, condições sociais, etc.

Segundo DeBOEVER & CARLSSON (2000), os conceitos de alterações funcionais do sistema estomatognático, baseados em um único fator, por exemplo prematuridades na oclusão ou ausência de uma oclusão molar como na teoria do deslocamento mecânico, perderam sua credibilidade clínica e científica. Ficou cada vez mais claro que a etiologia é multifatorial e que nenhuma destas teorias poderia explicar os mecanismos etiológicos dos pacientes com disfunção

temporomandibular. Logo foi geralmente aceito como modelo simplificado, que três grupos principais de fatores etiológicos estavam envolvidos: fatores anatômicos, incluindo a oclusão e a articulação propriamente dita, fatores neuromusculares e fatores psicogênicos. Se dois ou todos os três destes grupos de fatores estivessem presentes, o risco de desenvolver a dor e a disfunção aumentava.

SILVA (2000), com o intuito de verificar a etiologia e prevalência dos sinais e sintomas de DTMs, realizou um estudo em 400 pacientes com faixa etária entre 17 e 65 anos, onde foi aplicada uma ficha clínica que compreendia um questionário anamnésico, exames físico e clínico. Verificou-se correlação positiva entre os dados obtidos através do questionário anamnésico e dos exames clínico e físico. Os sintomas mais relatados no questionário anamnésico foram dor na região frontal, temporal e ruídos articulares e os sinais mais observados ao exame clínico foram oclusão molar em protusiva, ausência de guia em canino, oclusão molar em trabalho e oclusão molar em balanço. Os sinais mais observados durante o exame físico foram: dor à palpação no músculo temporal, teste de carga positivo e dor à palpação no músculo masséter.

2.2- Questionário de Saúde Geral

De acordo com COLEMAN (1973), o Questionário de Saúde Geral (QSG), foi criado por Goldberg em 1972, para avaliar a saúde mental das pessoas. Houveram muitas dificuldades para tal elaboração, já que o conceito de saúde sofre oscilações e influências da sociedade em função da época e do lugar. Em algumas sociedades primitivas uma pessoa apresentando alucinações podia ser reverenciada como Deus, ao passo que na Idade Média seria queimada por estar possuída por um demônio.

O QSG é composto por 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos (distúrbios psiquiátricos menores), que são apresentados, um a um e devem ser

respondidos numa escala de quatro pontos. Foi desenvolvido para identificar a severidade do distúrbio psiquiátrico do paciente avaliado, devendo ser auto-aplicável e não utilizado para identificação de casos de psicose. Os seus índices expressam índices comportamentais e o paciente limita-se a responder o que está sentindo no momento. O questionário é subdividido em seis ítems: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral. Suas principais utilidades seriam a avaliação da severidade de distúrbios psiquiátricos menores e servir como meio de identificação potencial desses distúrbios na população geral não clínica. Como vantagens são o fato de ser auto-aplicável, possibilita a aplicação num grande número de pessoas num curto espaço de tempo, baixo custo e evita problemas de diferenças subjetivas, quando são utilizadas avaliações com diferentes examinadores, constituindo-se num importante objeto de pesquisa.

GOLDBERG (1976), comparando dois testes psicométricos, o SCL (Symptom Ckeck List) e o QSG (Questionário de Saúde Geral), verificou que ambos os testes mostraram uma igual correlação, bem como avaliações clínicas independentes. Ambos os testes funcionaram melhor em homens do que em mulheres; entretanto, nenhum dos testes foi afetado pela classe social ou idade nas respostas. O estudo revelou uma alta correlação entre os problemas de ansiedade e depressão, e também que o QSG é um melhor discriminador que o SCL; porém, este último apresentou a vantagem de promover separadamente as sub-escalas para ansiedade e depressão, sintomas psicofisiológicos, os quais não são avaliados pelo QSG.

TARNOPOLSKY (1979), realizou um estudo para verificar a validade do teste psicométrico QSG em uma determinada comunidade. Verificou que o QSG apresentava uma alta especificidade e sensibilidade, apresentando uma baixa proporção de falsos negativos. O autor concluiu que há uma constante necessidade de calibração entre as amostras estudadas.

Segundo PASQUALI (1987), a pessoa considerada como mentalmente não saudável, seria aquela que se encontra em um processo que lhe traz dificuldade ou impossibilidade de ter uma vida normal, em função de seu estado psicológico. É vítima de uma disfunção, sobre a qual ela não tem controle e que a torna parcialmente ou totalmente incapaz de ter vida pessoal e social satisfatória.

BEKKELUND (1995), avaliando a qualidade de vida em pacientes com artrite reumatóide e as possíveis associações psiquiátricas com a doença, utilizou o QSG - 30 (Questionário de Saúde Geral de Goldberg modificado, apresentando 30 questões) e a escala CL (Cantril Lader). Utilizou 104 pacientes do sexo feminino, sendo 52 portadoras artrite reumatóide e 52 saudáveis. O número de casos psiquiátricos detectados não foi significativamente mais alto do que para o grupo controle. Os resultados mostraram que os escores apresentados para o grupo com artrite foram mais altos, porém não estatisticamente significante, exceto para o sub-ítem desconfiança no próprio desempenho e também reportaram baixa satisfação com a vida na escala Cantril Lader. O estudo demonstrou que não houve uma correlação entre os escores de qualidade de vida e parâmetros clínicos da doença, provavelmente pelo fato dos pacientes sofrerem de uma doença crônica ou pelo fato disso refletir num prejuízo no “status” psicossocial. O autor concluiu que o aumento de distúrbios psicológicos em pacientes com artrite reumatóide é dado principalmente pela desconfiança no próprio desempenho.

FEYER (2000), com o objetivo de avaliar fatores de risco para o desencadeamento das dores nas costas em trabalhadores de serviço de saúde, utilizou estudantes de enfermagem durante os três últimos anos da graduação e um ano após a graduação. As dores nas costas foram avaliadas através do próprio relato das estudantes e o aspecto psicológico através do QSG. Durante a graduação o aumento do risco de aparecimento de dores nas costas foi associado a dores prévias leves e constantes e a altos escores para o QSG. O alto escore do QSG, precedia o evento de dor nas costas. Altos escores de QSG pré-existentes a manifestação da doença ou no início do treinamento não afetou o risco do

surgimento de dores nas costas. Os autores concluíram que, além de dor nas costas pré existentes, o fator que aumentava o risco para repetidas dores, eram os psicológicos, avaliados através do QSG. Altos índices de estresse avaliados pelo QSG precediam os eventos de dores nas costas. Os achados deste estudo sugerem que o surgimento da dor nas costas, provavelmente era potencializado pelo estresse psicológico.

2.3 - Questionários psicológicos e DTM

Com o objetivo de testar a habilidade do cirurgião dentista em detectar problemas psicológicos, OAKLEY (1989), estudou 107 pacientes com DTMs, nos quais foram aplicados e comparados os resultados de quatro testes psicológicos o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), BDI (Beck Depression Inventory), SER (Schedule of Recent Experience) e o STAI (State-Trait Anxiety Inventory), após a consulta inicial destes pacientes. Os ítems avaliados foram: presença ou ausência de depressão, ansiedade, estresse recente e pessimismo. Os resultados mostraram que a avaliação do Cirurgião Dentista apresentou baixa especificidade para todos os fatores psicológicos previamente determinados através dos testes psicológicos utilizados antes da avaliação do profissional, com 27% de resultados falso negativos para o estresse e 19% em relação traço de ansiedade e 21% ao estado de ansiedade. Os autores concluíram que os procedimentos de investigação baseados na impressão geral dos dentistas, durante o exame inicial, não identificaram adequadamente os problemas psicológicos em uma população com DTM. O autor recomendou a utilização de testes psicológicos específicos.

REICH *et al.* (1983), em função da falta de estudos para o diagnóstico de desordens psicológicas em pacientes com DTM, recomendou a utilização do DSM-III, sistema oficial de diagnóstico utilizado pela Associação Americana de Psiquiatria, para pacientes portadores de dores crônicas. Com este sistema, o

clínico poderia avaliar desordens como ansiedade, depressão e desordens de personalidade.

Fatores psicológicos estão freqüentemente associados a DTM, tanto em relação a etiologia, quanto a manutenção da desordem. GALE em 1989, realizou um estudo com 132 pacientes portadores de DTM que responderam a sete questionários de depressão e quatro de ansiedade. Foram utilizados 113 mulheres e 19 homens, idade entre 19 a 75 anos. Foi verificado que cinco coeficientes para correlação de depressão e ansiedade foram positivos. Com isso foi sugerido que seja incluída juntamente com a história médica dos pacientes com DTM, questões sobre aspectos emocionais, que nos darão informações sobre o grau de ansiedade dos pacientes com DTM. Resposta positiva no questionário pode ser usada como um ponto de partida para justificar que os fatores psicológicos além de contribuírem com a etiologia, interferem no tratamento.

FUHRMANN (1989), em um estudo direcionado à verificar as diferenças entre sexo e idade nos fatores psicossociais relacionados às DTMs, concluiu que as mulheres têm mais eventos de estresse e depressão que os homens.

Num trabalho que se propôs a investigar a participação do estresse na DTM, OKINO (1990) realizou um estudo com 48 pacientes no Centro de Disfunção Craniomandibular da UNIP (Universidade Paulista), dos quais 96,4% eram mulheres, com média de idade de 30,4 anos. Os pacientes foram avaliados clinicamente pelos cirurgiões dentistas e a seguir encaminhados para os psicólogos que realizaram entrevista para avaliar a necessidade de tratamento psicológico. Quando constatada a necessidade era iniciado o tratamento, que se baseou em terapia chamada de Terapia Centrada na Disfunção, que tinha como objetivo eliminar a sintomatologia física gerada pela contração muscular gerada pelo estresse. O término da terapia ocorria quando o paciente aprendia a lidar com as situações de estresse que interferiam na disfunção. Estes pacientes tenderam a apresentar algumas características de personalidade como: perfeccionismo,

ausência de assertividade, baixa auto-estima, obsessividade. Os resultados mostraram que cerca de 89,6% dos pacientes não necessitavam de tratamento psicológico. Observou-se melhora significativa nas dores dos pacientes que se submeteram a terapia psicológica, todos receberam tratamento odontológico, porém os que receberam apenas o odontológico não evoluíram da mesma forma, identificando o estresse como interventor na sintomatologia da DTM e a necessidade de trabalho multidisciplinar.

KINNEY (1992), reconhecendo o fator psicológico como sendo um fator etiológico e perpetuante das DTMs, realizou um estudo com 50 pacientes que deviam possuir sintomatologia dolorosa há pelo menos 6 meses. Foram utilizados 49 mulheres e 1 homem, a média de idade foi de 37 anos, todos os pacientes foram entrevistados com os questionários DSM-III para verificar desordens clínicas e de personalidade. Os resultados demonstraram que as desordens psicológicas foram o fator mais freqüente nas DTMs. O autor concluiu que profissionais que trabalham com pacientes portadores de DTMs precisam estar atentos quanto às condições psicológicas e necessidade de tratamento destes pacientes.

MARBACH (1992), realizou um estudo com 151 pacientes portadores de DTM, comparando-os com um grupo saudável e, com as mesmas características de idade, sexo e localização residencial. Os resultados mostraram que não houve diferenças entre os traços de personalidade dos pacientes com disfunção e os saudáveis.

Com o objetivo de associar a dor à fatores psicológicos em pacientes com osteoartrite e desarranjos internos nas articulações temporomandibulares, JASPER (1993), utilizou o “West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory” , escala analógica visual para medir a dor, o Questionário de Saúde Geral(QSG) e o Sympton Ckeck List (SCL) e também um questionário específico para os problemas das ATMs. Concluiu que as desordens psicológicas e a severidade da dor eram baixas, interferindo pouco na vida habitual dos pacientes.

RUGH (1993), em um outro estudo, avaliou os fatores psicológicos como estresse, ansiedade, depressão e comportamento crônico das dores e desordens temporomandibulares, em pacientes portadores de DTM; concluiu que existiam vários instrumentos de avaliação psicológica, que têm demonstrado validade, através da comparação com o teste padrão. Afirmou haver a necessidade de promover o desenvolvimento de um teste como instrumento de triagem clínico para tais propósitos.

SPRUIT (1995), em um estudo sobre a correlação entre fatores psicológicos e ruídos articulares, utilizou dois questionários de avaliação psicológica, onde verificou que os auto-questionários podem induzir respostas, superestimando os fatores psicológicos e subestimando os fatores fisiológicos quanto a etiologia dos ruídos articulares, sugerindo que o uso somente desses questionários não é confiável quanto a pesquisa de ruídos e sua etiologia. O estudo não estabeleceu uma correlação positiva entre fatores psicológicos e ruídos articulares.

De acordo com YRIGHT em 1995, a dor miofacial é uma condição dolorosa tratada tanto por dentistas quanto por médicos. Para identificá-la, utiliza-se o exame físico e a palpação. Os dentistas rotineiramente utilizam os esplintes oclusais como terapia, porém terapias alternativas como a psicológica podem ser prescritas como colaboradoras no tratamento. Como terapias alternativas para a dor miofacial temos: exercícios mandibulares, massagens, acupuntura, relaxamento e manejo do estresse. Após a determinação da dor miofacial pelo dentista devemos usar um modelo biopsicossocial para determinar a contribuição de cada fator na etiologia do problema. Ao longo da terapia, o paciente deverá ser continuamente reavaliado, e se o problema não for resolvido, provavelmente será porque o diagnóstico inicial não foi bem feito, então devemos buscar outra causa primária.

RUDY (1995) estudou a classificação das DTMs, em uma amostra de 133 pacientes sintomáticos classificados em 3 comportamentos psicossociais. A avaliação foi conduzida 6 meses depois do fim do tratamento da DTM. Os resultados demonstraram que todos os grupos de pacientes melhoraram significativamente nos quesitos físico, psicossocial e comportamento. Comparações cruzando pacientes dos subgrupos; entretanto, revelou uma diferença na melhora padrão nos resultados avaliados. A mudança mais notável nos índices, foi demonstrada em pacientes classificados no subgrupo caracterizado por grande grau de estresse psicológico, mostrando grande melhora na intensidade das dores.

BERTOFT (1996), realizou um estudo para avaliar a história médica e dental de 39 pacientes com dor orofacial crônica ou desconforto, com o objetivo de revisar um questionário já existente. A história médico-odontológica foi coletada através de um questionário específico. Os pacientes tiveram uma consulta prévia e estavam sendo tratados por médicos ou dentistas de acordo com seus sintomas. Muitos pacientes relataram que viveram situações que pioravam ou melhoravam seus sintomas, assim como a possibilidade do acometimento da DTM secundário a vários fatores somáticos e psicológicos.

Para avaliar os efeitos psicológicos como fator etiológico nas desordens temporomandibulares e seu efeito no sucesso do tratamento WEXLER em 1998, utilizou um teste psicométrico e a escala de ATM (Pain Resource Center, Inc, Durham, North Carolina) para avaliar o estresse antes do tratamento e os fatores psicológicos sobre os níveis de disfunção. Concluíram que os fatores psicológicos e o estresse estavam presentes em níveis moderados no início do tratamento. O sucesso do tratamento não pareceu estar relacionado com a severidade dos sintomas psicológicos iniciais apresentados e as desordens intracapsulares não estavam relacionadas com mudanças psicológicas, mas sim com o estresse.

Com o objetivo de determinar o estado de morbidade das DTMs e as condições patológicas associadas ao estresse em pacientes com síndrome de fadiga crônica e fibromialgia, KORSZUN (1998), estudou 92 pacientes que apresentavam síndrome da fadiga crônica ou fibromialgia e 39 que eram portadores de DTMs. Foram enviados questionários para estes grupos onde 30 pacientes responderam. Os resultados mostraram que 42% tinham DTM, 46% tinham histórico de irritabilidade, 42% apresentavam TPM (tensão pré menstrual) e 19% cistite intersticial. Dos pacientes com DTM a maioria relatou alguns dos sintomas antes da dor facial, apesar disto 75% foram tratados com esplintes oclusais. Concluiu que os pacientes que apareciam para tratamento para DTM apresentavam uma alta taxa de desordens associadas ao estresse. A correlação destas condições pode demonstrar uma disfunção dos hormônios relacionados ao estresse (hipotalâmico, pituitária, adrenal) em indivíduos com pré-disposição individual. O autor afirmou que o tratamento multidisciplinar neste grupo de pacientes é passível de maior sucesso clínico.

Os fatores psicológicos desempenham um importante papel nas DTMs, em função disto, MICHELOTI (1998), avaliou o perfil psicológico de pacientes portadores de DTMs, através do inventário Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Foram utilizados 50 pacientes sintomáticos, os quais foram divididos em dois sub-grupos, um com dor miofacial e outro com desordens intra-articulares. Ambos os grupos apresentaram alterações da tríade neurótica (hipocondria, depressão e histeria) e valores patológicos para hipocondria e histeria. Os autores concluíram que os pacientes com DTM, apresentavam características de personalidade similares àqueles com dor crônica, independentemente da origem da patologia.

MOLIN (1999), com o objetivo de fazer uma revisão e apresentar uma visão de caráter pessoal sobre as DTMs, nesta última metade de século, desde a teoria mecanicista até a psicológica; utilizou estudos clínicos e pesquisas sobre DTM, utilizando principalmente trabalhos sobre estresse, medicina ocupacional,

medicina psicossocial e etiologia. Verificou que havia uma linha de aceitação da teoria do deslocamento mecânico de Costen, a introdução de teorias psicofisiológica e psicológicas até a biopsicossocial e aceitação da DTM como uma condição crônica, refratária. A terapia dominante seria a de dispositivos oclusais, que vem sendo substituídos por fisioterapia e terapia de comportamental cognitiva.

MELDOLESI (2000), realizou um estudo sobre personalidade e psicopatologia em pacientes com desordens temporomandibulares. Para avaliar os aspectos psicossomáticos nos pacientes com DTM utilizou três grupos: pacientes com DTM, pacientes saudáveis e pacientes com problemas psiquiátricos (desordens de ansiedade ou depressão de moderada a severa). Para a avaliação dos fatores psicológicos foram utilizados o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) e o Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), além de uma avaliação médica. Os resultados mostraram que os pacientes com DTM apresentaram maiores escores quanto a problemas psicológicos como histeria, hipocondria e depressão que os saudáveis, apresentando ainda escores mais altos que os psiquiátricos na subescala somática de ansiedade, porém escores menores que os pacientes psiquiátricos na escala HARS. Com base nos resultados o autor concluiu que há características psicológicas associadas à DTM, porém mais estudos longitudinais serão necessários para entendê-los, já que cada grupo apresentou características distintas de sintomas de ansiedade .

MISHRA *et al.* (2000), com o objetivo de avaliar a eficácia de tratamentos biopsicossociais em pacientes portadores de DTMs, selecionaram 94 pacientes, que foram divididos em quatro grupos, um recebeu tratamento de biofeedback, outro tratamento de treinamento sobre comportamento cognitivo, outro recebeu ambos os tratamentos e o quarto grupo não foi tratado. Os resultados demonstraram que a respeito de dor referida, todos os três tratamentos tiveram diminuição significativa da dor, enquanto o grupo sem tratamento não obteve. Os pacientes do grupo de biofeedback foram os que apresentaram os melhores

resultados e os três grupos tratados apresentaram significativa melhora no estado de humor.

LIST *et al.* (2001), avaliando a influência dos fatores dentais e psicossociais em adolescentes portadores de DTMs, utilizaram 63 pacientes de ambos os sexos com DTM, na faixa etária de 12 a 18 anos e 64 pacientes que não apresentavam DTM, na mesma faixa etária e distribuição quanto ao sexo. Para o diagnóstico de DTM foi utilizado o “Research Diagnostic Criteria for TMD”. Os pacientes eram avaliados clinicamente e respondiam um questionário auto-aplicável. Os resultados mostraram que comparados com o grupo controle não houve diferenças quanto aos achados odontológicos – fator oclusal, porém quanto aos fatores psicossociais, os adolescentes com DTM apresentaram maiores níveis de estresse, enfermidades somáticas e comportamento agressivo que o grupo controle. Os autores concluíram que os fatores psicossociais parecem ter um papel mais importante nas DTMs em adolescentes, do que o fator oclusal.

AUERBACH (2001), investigando o papel dos fatores psicológicos nas desordens temporomandibulares, avaliou antes do tratamento os níveis de depressão, desajustes causados pela dor, exposição a eventos de estresse, diferenças dessas variáveis nas desordens das ATMs e também pacientes com dores de origem muscular. Para tanto foram utilizados o inventário de BECK para depressão (*BDI*), O índice de desabilidade para dor (*PDI*) e a escala de reajuste social (*SRRS*). Foi verificado que os escores de *PDI*, *BDI* e *SRRS* foram mais elevados para o grupo com dores musculares. Nos pacientes tratados e acompanhados a melhora quanto diminuição dos escores, foi maior nos pacientes com dor muscular do que nos com dores nas ATMs e, quanto maior o grau de satisfação com o tratamento melhores os escores obtidos (diminuição dos problemas de depressão, desajustes). Conclui que os fatores emocionais estão correlacionados com os problemas articulares (ATM), como achado em estudos prévios, e mais ainda quando se trata de dores de origem muscular relatando

ainda a importância de intervenção psicológica quando estes fatores forem muito significantes na manifestação da dor.

FIGUEIRA também (2001), realizou um estudo para avaliar a possível correlação entre o agravamento dos sintomas de DTM e a prevalência de depressão psicológica. Para tanto o estudo utilizou o Índice Anamnésico de Fonseca (Questionário Auto-Aplicável), que classificou o grau de disfunção de 34 pacientes sem DTM (controle), 49 com DTM leve, 69 com DTM moderada e 37 com DTM severa. Já para a depressão obteve-se os escores com o inventário de depressão de BECK (*BDI*). Após análise estatística foi observada correlação positiva significativa entre o grupo sem DTM, com DTM severa e depressão psicológica.

3 - PROPOSIÇÃO

Em função do exposto na literatura e da carência de estudos específicos para a população brasileira, que consigam elucidar a participação dos fatores psicológicos nas DTMs, de uma forma simples e acessível para o cirurgião dentista, este estudo propõe-se a:

- Verificar a correlação dos distúrbios psiquiátricos menores em pacientes com e sem sinais e sintomas de desordens temporomandibulares, através do Questionário de Saúde Geral (QSG).

4- MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido no CETASE (Centro de Estudos e Tratamento das Alterações Funcionais do Sistema Estomatognático) da Área de Prótese Fixa, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, durante o período de março de 2001 a dezembro de 2002.

4.1- Seleção da amostra e critérios de inclusão

Para este estudo, foram avaliados 314 pacientes de ambos os sexos, que procuraram voluntariamente a Faculdade de Odontologia de Piracicaba para receberem tratamento odontológico, sendo que deste total, 200 foram selecionados.

Estes pacientes, com faixa etária entre 17-65 anos, foram selecionados aleatoriamente e submetidos ao questionário anamnésico e aos exames previstos na ficha clínica do CETASE (anexo I), os quais consistem em avaliações clínicas e físicas (SILVA, 2000). Todos os pacientes foram submetidos também a avaliações clínicas e físicas, entretanto, os dados obtidos com estas avaliações não foram considerados para este estudo.

Para a elaboração dos grupos a serem estudados, foram selecionados aleatoriamente 100 indivíduos que apresentavam desordem temporomandibular e 100 indivíduos que não apresentavam desordem temporomandibular, pacientes da Faculdade da Odontologia de Piracicaba.

Foram considerados portadores de DTMs, os indivíduos que responderam positivamente a pelo menos 07 questões contidas no questionário anamnésico que faz parte da ficha clínica do CETASE, ou seja, 38% delas (HELKIMO, 1974; CONTI, 1995; FONSECA, 1992).

4.2 - Consentimento para participação:

A metodologia utilizada neste estudo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, sob o protocolo nº 127/2002 (anexo II).

O termo de consentimento foi elaborado com a finalidade de esclarecer ao paciente sobre sua condição de participante na pesquisa, dando-lhe a opção de conceder-nos sua participação espontânea, podendo este retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto inviabilize ou impeça seu acesso ao tratamento na Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

Os pacientes que participaram deste trabalho forneceram informações referentes à sua identificação, endereço, idade, sexo, grau de escolaridade, renda e foram submetidos ao questionário anamnésico contido na ficha clínica do CETASE.

4.3- Questionário anamnésico:

Com o objetivo de facilitar a obtenção dos dados, o questionário anamnésico foi subdividido em quatro partes:

- I - Relato espontâneo do paciente: Neste sub-ítem, foi dada ênfase as queixas principais do paciente e às suas expectativas quanto ao tratamento que está procurando, descartando-se as possíveis patologias de origem sistêmica;

- II - Questões relacionadas diretamente aos sinais e sintomas de patologias das ATMs, em número de sete:

1 - Quando mastiga ou movimenta a mandíbula, percebe algum tipo de ruído nos ouvidos ?

() Não. () Sim

2 - Quando boceja ou mastiga intensamente, sente a mandíbula “travar”?

() Não. () Sim.

3) - Sente dificuldades em abrir ou fechar a boca:

() Não () Sim.

4) - Quando movimenta a mandíbula percebe que ela se desloca ?

() Não. () Sim.

5) - Sente sensação de surdez ou ouvido “tapado” ?

() Não. () Sim.

6) Percebe “apito” ou “zumbido” nos ouvidos ?

() Não. () Sim.

7) - Sente dores nas ATMs. quando mastiga ?

() Não. () Sim.

III - Questões relacionadas a musculatura mastigatória adjacente, em número de sete:

1) - Ao acordar sente sensação de rosto pesado ou cansaço facial ?

() Não. () Sim.

2) - Ao mastigar, sente sensação de cansaço ou dor na face ?

() Não. () Sim.

3) - Sente dor na região temporal ?

() Não. () Sim

4) - Sente dor na região masseterina ?

() Não. () Sim.

5) - Sente dores na região frontal ?

() Não. () Sim

6) - Sente dores na nuca e/ou pescoço ?

() Não. () Sim .

7) - Sente dores nas costas ?

() Não. () Sim

IV - Questões relacionadas aos sinais e sintomas inespecíficos, em número de quatro:

1) - Sente anuviamento visual ?

() Não. () Sim.

2) - Sente sensação de surdez ?

() Não. () Sim

3) - Sente sensação de vertigem ?

() Não. () Sim.

4) - Sente sensação de coceira ou corrimento nos ouvidos ?

() Não. () Sim

Após a aplicação do questionário anamnésico, todos os pacientes foram submetidos a aplicação do Questionário de Saúde Geral (QSG).

4.4- Questionário de Saúde Geral.

Todos os pacientes responderam ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG- Adaptação Brasileira por Pasquali – PASQUALI *et al.*, 1996), que consiste de sessenta questões, esse questionário após estudos e validação para a população brasileira e língua portuguesa, vem sendo muito utilizado. O questionário é auto-aplicável, podendo o sujeito avaliado contar com a ajuda do avaliador, que no caso deste trabalho foi sempre o mesmo, caso não entendesse o conteúdo de algumas questões. O questionário foi respondido individualmente, com o paciente acomodado em cadeira odontológica da clínica de pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, onde lhe era fornecido o questionário, lápis e uma folha de resposta. Inicialmente eram preenchidos os dados pessoais: idade, sexo, estado civil, escolaridade. O examinador deu uma breve explicação, leu com o paciente as instruções, esclareceu as dúvidas e orientou que seria necessário responder sempre como está o seu estado atual.

Ao paciente também era esclarecido, que suas informações eram confidenciais e que mesmo para o examinador a resposta era transformada em números e escores, não verificando as suas respostas individualmente. Tais explicações eram necessárias para ganhar a confiança e credibilidade do paciente, já que o contato entre ambos era de apenas uma sessão.

As fases de obtenção do questionário, treinamento para aplicação e apuração de seus resultados, foram realizadas com a supervisão de uma profissional da área de Psicologia, o que é exigido para a aplicação de questionários psicológicos no Brasil.

O QSG é dividido em seis fatores:

I - Estresse psíquico. Verifica a experiência com irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tornam a vida uma luta constante, infeliz (13 questões).

- 1) Tem se sentido nervoso e sempre tenso?
- 2) Tem se sentido irritado e mal humorado?
- 3) Tem se sentido constantemente sob tensão?
- 4) Tem tido pouca paciência com as coisas?
- 5) Tem achado a vida uma luta constante?
- 6) Tem se sentido infeliz e deprimido?
- 7) Tem se sentido cansado(fatigado) e irritado?
- 8) Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso?
- 9) Tem sentido que suas atividades são demasiadas para você?
- 10) Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?
- 11) Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?
- 12) Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?
- 13) Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?

II - Desejo de morte - Verificam o desejo de acabar com a própria vida, sensação de inutilidade e sem perspectivas (08 questões).

- 1) Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?
- 2) Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?
- 3) Tem sentido que a vida não vale a pena?
- 4) Já se descobriu desejando estar morto e longe(livre) de tudo?
- 5) Tem sentido que a vida é completamente sem esperança?
- 6) Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?
- 7) Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?
- 8) Tem perdido a confiança em você mesmo?

III - Desconfiança no próprio desempenho - Mostra a capacidade de conseguir realizar de maneira satisfatória suas atividades diárias, falta de confiança no próprio desempenho (17 questões).

- 1) Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?
- 2) Tem se sentido satisfeito pela forma com a qual você tem realizado suas atividades?
- 3) Tem sido capaz de concentrar-se no que faz?
- 4) Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?
- 5) Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?
- 6) Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias?
- 7) Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?
- 8) Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?
- 9) Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?
- 10) Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?
- 11) Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?
- 12) Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas sairia se estivesse em seu lugar?
- 13) Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?
- 14) Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?
- 15) Tem perdido a confiança em si mesmo?
- 16) Tem tido menos cuidado com suas roupas?
- 17) Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?

IV - Distúrbios do sono – Problemas relacionados ao sono, como pesadelos, dificuldade de conciliar o sono (6 questões).

- 1) Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (ter pego no sono)?
- 2) Tem sentido dificuldade em conciliar o sono (pegar no sono)?
- 3) Tem tido noites agitadas e mal dormidas?
- 4) Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?
- 5) Tem perdido muito o sono por causa de preocupações?
- 6) Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?

V - Distúrbios psicossomáticos – Sensação de problemas de ordem orgânica, como mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza, calafrios (10 questões).

- 1) Tem se sentido mal de saúde?
- 2) Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?

- 3) Tem sentido dores de cabeça?
- 4) Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?
- 5) Tem sentido dores na cabeça?
- 6) Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?
- 7) Tem se sentido cansado(fatigado) e irritadiço?
- 8) Tem sentido medo que você vai desmaiar num lugar público?
- 9) Tem sentido sensações (ondas) de calor ou frio pelo corpo?
- 10) Tem se sentido muito cansado e exausto até mesmo para alimentar-se?

VI - Saúde Geral - É a soma das sessenta questões, demonstra o estado de saúde geral do paciente avaliado, referindo-se à severidade da ausência de saúde mental.

Como os diversos fatores apresentam um número diferente de questões, não há possibilidade de comparações de seus escores brutos, devendo-se obter então, escores sintomáticos, os quais foram representados através da somatória dos valores das respostas 1 a 4 de cada fator, dividindo-se pelo número de questões contidas em cada fator.

Questionários com mais de dez por cento de questões não respondidas foram desconsiderados, havendo menos de dez por cento, o questionário foi utilizado como válido, porém quando da obtenção dos escores sintomáticos, as questões não respondidas foram levadas em conta e subtraídas na hora do cálculo do escore.

Por se tratar de uma população normal a utilizada nesse estudo, utilizamos a tabela de normas de interpretação dos escores sintomáticos do QSG, que é aplicada em função do sexo respondente. Escores sintomáticos iguais ou superiores a 03 indicam presença de distúrbios, casos que se aproximam desse valor devem ser considerados limítrofes.

4.5- Análise dos Resultados

Os dados obtidos através do questionário anamnésico foram tabulados e agrupados em tabelas e gráficos em forma de porcentagem para comparação entre o grupo com DTM e o grupo controle (sem DTM).

Os dados obtidos através do QSG após a obtenção dos escores sintomáticos, foram tabulados e então obtidas as médias desses escores para ambos os grupos (com DTM e sem DTM), separando-os por sexo, conforme norma de aplicação e avaliação deste questionário. Por se tratar de escores, foi aplicado o teste não paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney* para verificar se houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com DTM e sem DTM para ambos os sexos, verificando-se assim se há maior incidência de distúrbios psiquiátricos menores nos pacientes que apresentam DTM.

5 - RESULTADOS

Foram analisados 200 pacientes, com faixa etária distribuída entre 17 e 65 anos, sendo que 72 eram do sexo masculino e 128 do sexo feminino, com distribuição conforme as tabelas I e II, em relação a presença ou ausência de DTM:

Tabela I – Subdivisão da faixa etária e sexo (n° e %) – Sem DTM

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO	
	N°	%	N°	%
17-30	12	27,27	12	21,42
31-40	13	29,54	12	21,42
41-50	10	22,72	12	21,42
51-65	9	20,45	20	35,71
TOTAL	44		56	

Tabela II – Subdivisão da faixa etária e sexo (n° e %) – COM DTM

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO	
	N°	%	N°	%
17-30	5	17,85	18	25
31-40	15	53,57	20	27,77
41-50	4	14,28	15	20,83
51-65	4	14,28	19	26,38
TOTAL	28		72	

As tabelas I e II mostram que o número de pacientes que procuraram os serviços da Faculdade de Odontologia de Piracicaba voluntariamente para receber tratamento odontológico, foram em maior número para o sexo feminino em ambos os grupos, sendo que para o grupo com DTM essa diferença foi maior. Em relação a idade houve uma prevalência da faixa etária de 31-40 anos para o sexo masculino (29,54%) e para o sexo feminino prevalência para a faixa etária de 51 a 65 anos para o grupo sem DTM. Já para o grupo com DTM houve uma forte prevalência para a faixa etária de 31-40 anos (53,57%) para o sexo masculino. Para o sexo feminino também verificou-se prevalência para esta faixa etária (27,77%), porém sendo os outros subgrupos com distribuição bastante semelhante conforme a tabela II mostra.

Os dados originais referentes às características sociais da amostra, encontram-se no anexo III.

Questionário anamnésico

As informações obtidas através do questionário anamnésico encontram-se aqui subdivididas em três sub-ítems: articulações temporomandibulares (ATMs), musculatura e relatos de sinais e sintomas inespecíficos. Os dados originais referentes ao número e porcentagem de pacientes que responderam positivamente a estes três sub-ítems encontram-se em anexo (anexo IV).

1) ATM(s):

Neste sub-ítem verificou-se que o relato mais prevalente foi a presença de ruídos articulares, tanto para os pacientes com DTM quanto para os sem DTM, seguido por sensação de surdez e dor à mastigação para os pacientes com DTM e sensação de surdez, zumbido e dor durante a mastigação para o grupo sem DTM (figura 1).

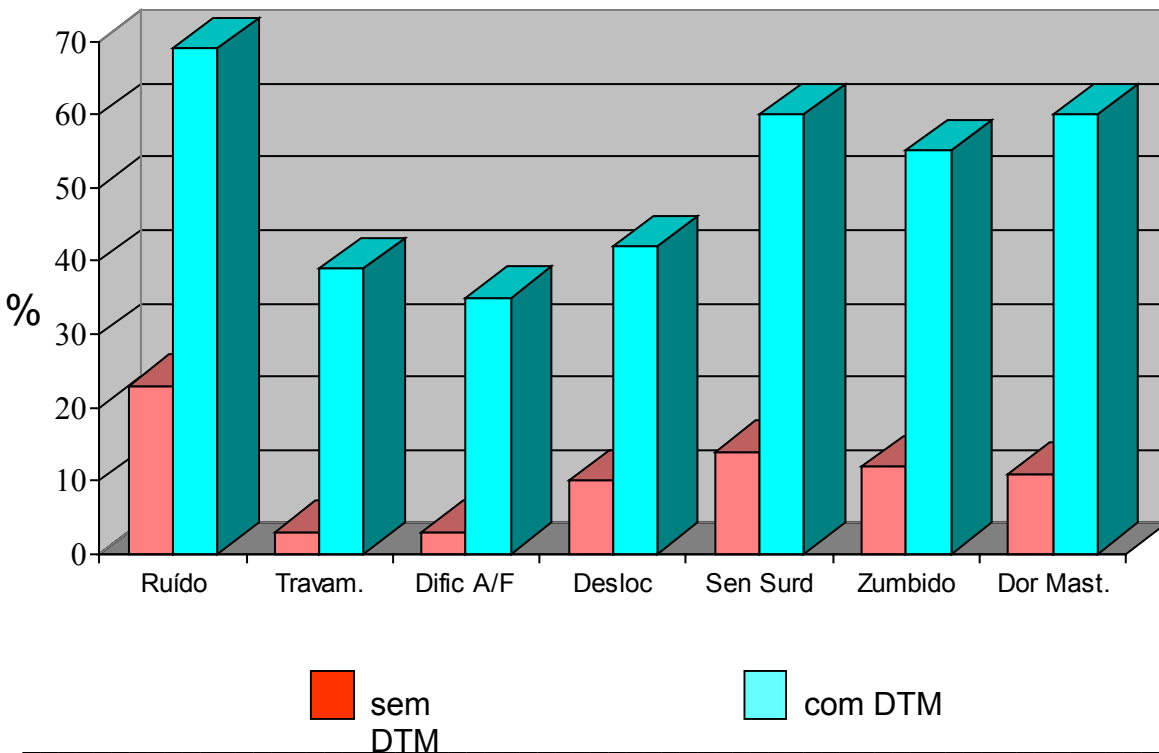


Figura 1 – Sintomas relatados em % para pacientes com e sem DTM em relação às ATMs

2) Musculatura:

Neste sub-ítem, verificou-se uma maior porcentagem para dor na nuca e pescoço e uma menor para dor na região masseterina para os pacientes com DTM, e para o grupo sem DTM, dor nas costas seguido de dor na nuca (Figura 2).

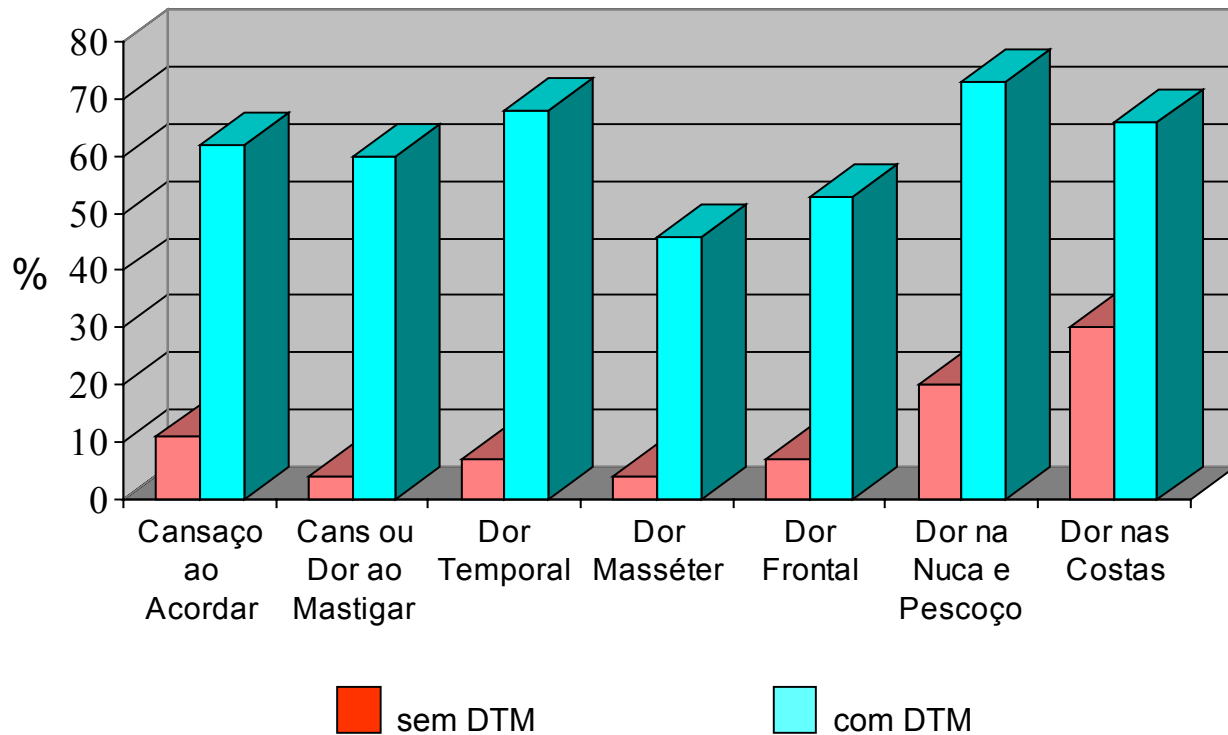


Figura 2 – Sintomas relatados em relação a musculatura (%).

3) Relatos Inespecíficos:

Neste sub-ítem foi verificado que o maior porcentual para o grupo com DTM foi de anuviamento visual, seguido de sensação de surdez, já para o grupo sem DTM foi de vertigem, seguido de anuviamento visual e sensação de coceira ou corrimento nos ouvidos (Figura 3).

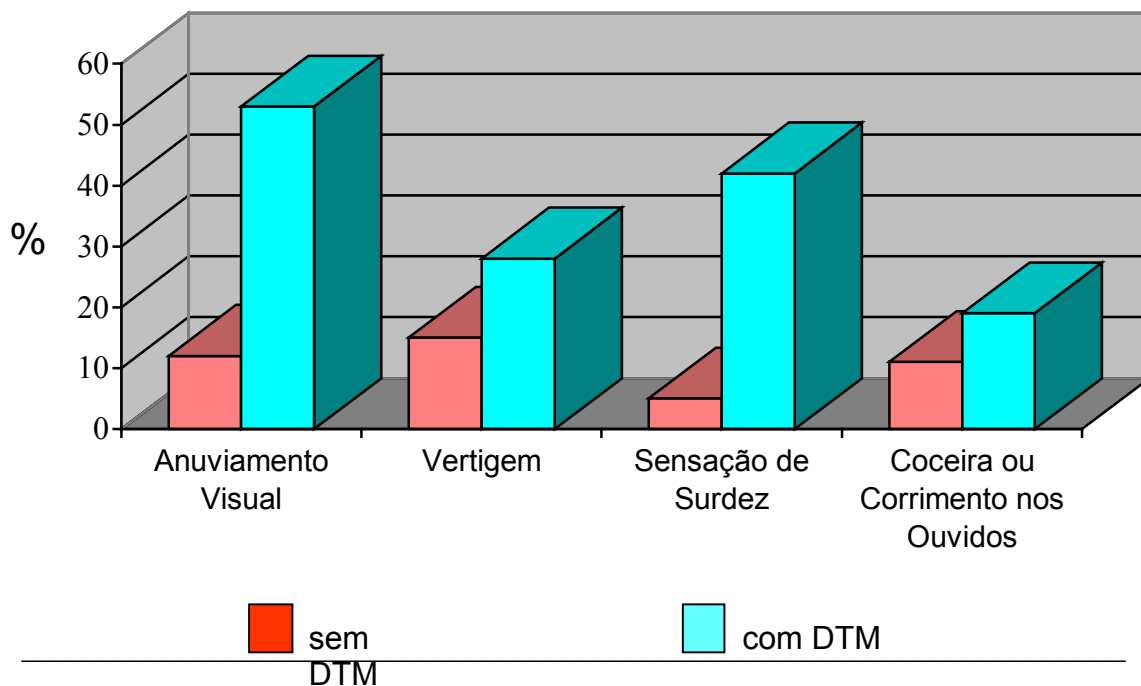


Figura 3 – Relatos Inespecíficos em % para pacientes com e sem DTM

1. Sexo Feminino

Em cada grupo de pacientes foram medidas seis variáveis: estresse psíquico (ST_PSQ), desejo de morte (DES_MORTE), desconfiança no próprio desempenho (DESC_DES), distúrbios do sono (DIST_SONO), distúrbios psicossomáticos (DIST_PSIC) e saúde geral (SAUDE_GER).

Para a realização do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney foi feita, para cada uma das variáveis em estudo, a transformação de dados em postos, ignorando os grupos, e a partir destes valores calculou-se a estatística e seu p-valor (Tabela III).

Tabela III: Mediana para as variáveis Estresse Psíquico (ST_PSIQ), Desejo de Morte (DES_MORT), Desconforto com o Desempenho (DESC_DES), Distúrbios do Sono (DIST_SON), Distúrbios Psicossomáticos (DIST_PSI) e Saúde Geral (SAUDE_GER) e p-valor – Sexo Feminino.

	ST_PSIQ	DES_MORT	DESC_DES	DIST_SON	DIST_PSI	SAÚDE_GER
COM DTM	2,00 a	1,12 a	1,94 a	1,66 a	1,95 a	1,88 a
SEM DTM	1,92 a	1,00 a	1,76 a	1,655 a	1,70 b	1,72 a
p-valor (%)	7,5	16,4	6,5	20,9	0,8	20,8

* letras diferentes na coluna indicam a constatação de diferenças a 5% de significância (p-valor < 5%).

2. Sexo Masculino

Foram coletados dados de seis variáveis, estresse psíquico (ST_PSQ), desejo de morte (DES_MORTE), desconfiança no próprio desempenho (DESC_DES), distúrbios do sono (DIST_SONO), distúrbios psicossomáticos (DIST_PSI) e saúde geral (SAÚDE_GER) (Tabela IV).

Tabela IV: Mediana para as variáveis Estresse Psíquico (ST_PSIQ), Desejo de Morte (DES_MORT), Desconforto com o Desempenho (DESC_DES), Distúrbios do Sono (DIST_SON), Distúrbios Psicossomáticos (DIST_PSI) e Saúde Geral (SAÚDE_GER) e p-valor – Sexo Masculino.

	ST_PSIQ	DES_MORT	DESC_DES	DIST_SON	DIST_PSI	SAÚDE_GER
COM DTM	1,98a	1,15 a	1,66 a	2,485 a	2,40 a	2,010 a
SEM DTM	1,53 b	1,00 b	1,67 a	1,34 b	1,50 b	1,545 b
p-valor (%)	< 0,1	0,7	80,8	< 0,1	< 0,1	< 0,1

* letras diferentes na coluna indicam a constatação de diferenças a 5% de significância (p-valor < 5%).

Com base no teste de Wilcoxon Mann-Whitney, para o sexo feminino a única variável discriminante para a Disfunção Temporomandibular (DTM) é referente aos escores de Distúrbios Psicossomáticos (DIST_PSI). Todas as outras variáveis apresentaram maiores valores para os voluntários com DTM, mas a diferença entre os postos dos escores foi insuficiente para que o teste detectasse diferenças a 5% de significância (figura 4).

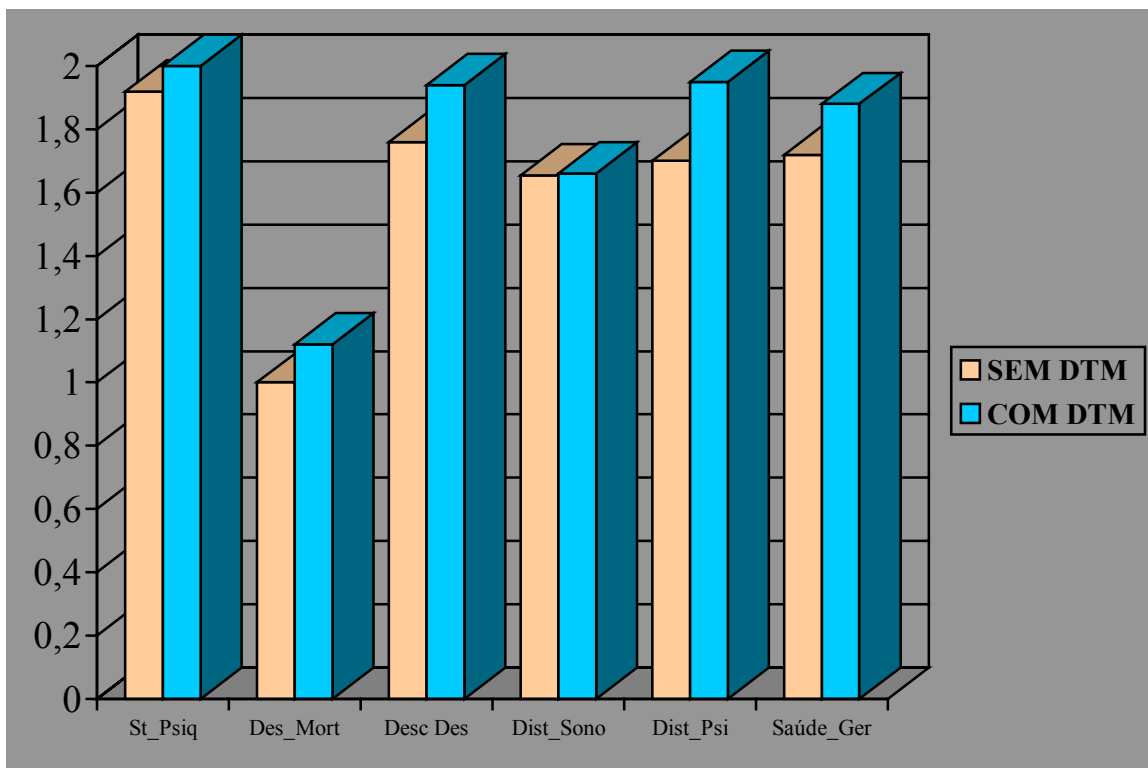


Figura 4 – Média dos escores – QSG para o sexo feminino

Para o sexo masculino o teste, demonstrou que a única variável não discriminante para a Disfunção Temporomandibular (DTM) é referente aos escores de desconfiança no próprio desempenho (DESC_DES). Todas as outras foram discriminantes, sendo esta a única variável que apresentou maiores valores para os voluntários com DTM, mas a diferença entre os postos dos escores foi insuficiente para que o teste detectasse diferenças a 5% de significância. O teste não-paramétrico (teste de Wilcoxon-Mann-Whitney) indica as mesmas variáveis discriminantes para a Disfunção Temporomandibular (DTM). Estas variáveis foram: Estresse Psicológico (ST_PSIC), Desejo de Morte (DES_MORT), Distúrbios do Sono (DIST_SON) e Distúrbios Psicossomáticos (DIST_PSI) (diferenças significantes a um nível de 5%) (figura 5).

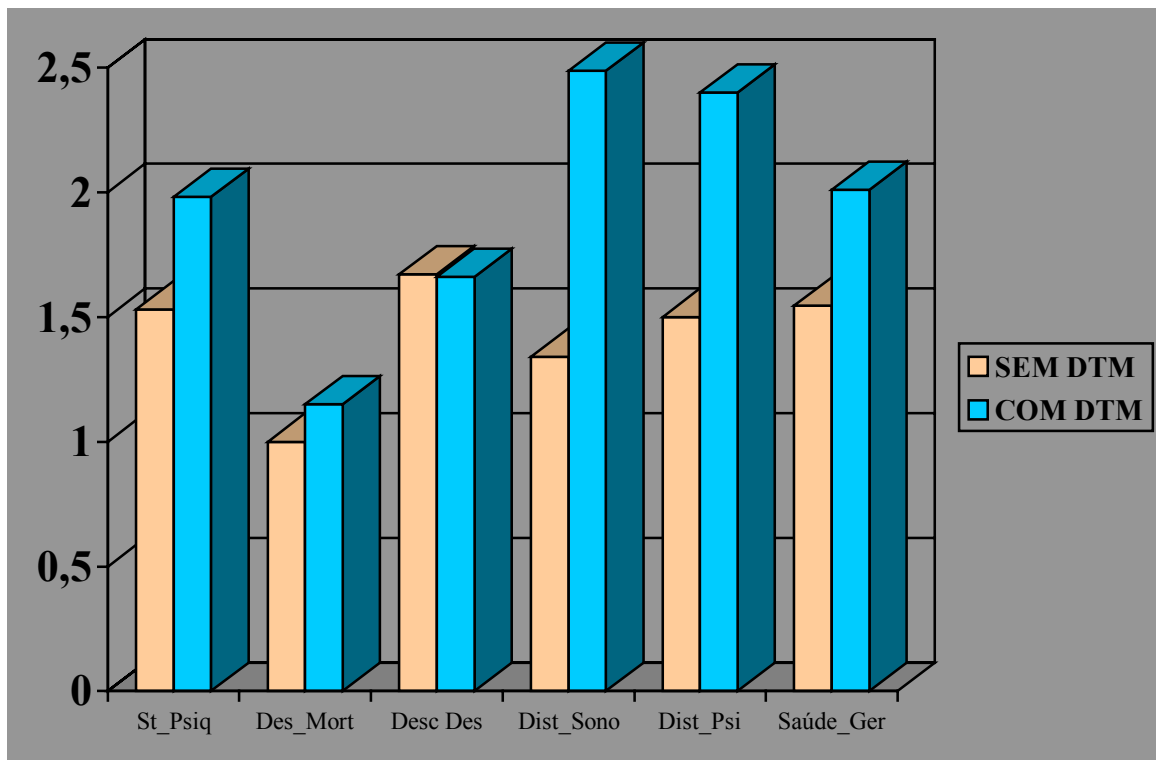


Figura 5 - Média dos escores – QSG para o sexo masculino

6 - DISCUSSÃO

Em decorrência dos diversos enfoques encontrados na literatura e dos resultados obtidos neste trabalho, este capítulo foi subdividido em três sub-ítem: Caracterização da Amostra, Questionários de Saúde Geral e DTMs e Questionários Psicológicos e DTMs.

6.1 - Caracterização da amostra quanto aos sinais e sintomas relatados durante o questionário anamnésico:

A procura por sinais e sintomas que auxiliem a formulação de um diagnóstico diferencial para as desordens temporomandibulares (DTMs) tem sido muito estudada. Inúmeros pesquisadores têm desenvolvido bases de dados estruturadas para tal fim, permitindo uma aplicação clínica segura e viabilizando estudos epidemiológicos e clínicos. Neste contexto, a ficha clínica do CETASE (Centro de Estudos e Tratamento das Alterações Funcionais do Sistema Estomatognático – FOP/UNICAMP), vem sendo utilizada com sucesso, mostrando-se eficaz, simples e objetiva; apresentando uma correlação do questionário anamnésico com os exames físico e clínico (HELKIMO, 1974; FONSECA, 1992; SILVA, 2000).

Um dos aspectos estudados em nosso trabalho, o questionário anamnésico contido na ficha clínica do CETASE, demonstrou que para os sintomas relatados quanto às ATMs, a maior prevalência foi de ruídos articulares (69%) para a amostra com DTM. No ítem sintomas musculares para o grupo com DTM, as maiores prevalências foram dor na nuca e pescoço (73%), seguido por dor temporal (66%). Para os pacientes sem DTM, as maiores prevalências foram dor nas costas (30%) e dor na nuca e pescoço (20%) respectivamente; o que está de acordo com os trabalhos de DWORKIN (1990); BONACCI (1992); SHIAU (1992) e SILVA (2000).

Quanto aos relatos inespecíficos, para o grupo com DTM, o relato mais prevalente foi anuviamento visual (53%), seguido por sensação de surdez (42%), já para o grupo sem DTM foi a sensação de vertigem (15%). COSTEN (1937), um dos pioneiros no estudo da DTM, elaborou a teoria do deslocamento mecânico, onde relatou que os pacientes sem apoio posterior para a mandíbula, apresentariam deslocamento mecânico dos côndilos, que causava lesões do disco articular, compressão da lâmina timpânica, irritação dos nervos temporal e corda do tímpano. Relatou ainda que a otalgia e a vertigem podem estar presentes, em decorrência da obstrução da trompa de Eustáquio e compressão do nervo aurículo temporal. Já para ROCCABADO (1979), a causa seria alteração da relação dos músculos elevadores cervicais e elevadores da mandíbula. Mais estudos são necessários para verificar a correlação das conexões anatômicas com a DTM, porém outros autores já correlacionaram esses sintomas com a presença da DTM como SILVA (1993), que afirmou que a concorrência de sintomas oftálmicos e auditivos com a DTM provavelmente está relacionada a relação anatômica entre as vias acústicas e visuais e o nervo trigêmio.

Quanto a distribuição por sexo foi encontrado para o grupo com DTM 72% de mulheres e 28% de homens, já para o grupo sem DTM essa proporção foi de 44% de homens e 56% de mulheres. A proporção de 4:1 para a amostra com DTM está de acordo com achados da literatura que apontam uma diferença de 3 a 9:1 (AGERBERG, 1990; CONTI, 1993; DWORKIN, 1990; MILAN, 1986; SOLBERG, 1989).

Estas diferenças podem ser explicadas pelo fato das mulheres apresentarem receptores de estrógeno nas ATMs e também devido ao fato de ocorrer alterações hormonais e psíquicas durante o ciclo menstrual, predispondo-as mais aos eventos dolorosos, segundo MILAN (1986). Este autor acreditava ainda, que as mulheres eram mais cuidadosas com a saúde que os homens procurando mais por tratamento; o que nesse trabalho não foi observado, já que a procura por tratamento para o sexo feminino com DTM foi realmente bem maior

pelas mulheres (relação de 4:1), porém para o grupo sem DTM, a procura foi praticamente igual (44% de homens e 56% de mulheres), mostrando uma procura por tratamento e cuidados com a saúde bucal pela população do sexo masculino, numa proporção quase igual ao sexo feminino.

Quanto a faixa etária, para o grupo sem DTM a maior faixa foi a de 50 a 65 anos (29%), já para o grupo com DTM foi a de 31 a 40 anos, com 35% da distribuição dos pacientes. Muitos estudos epidemiológicos, normalmente já restringem a faixa etária num grupo menor, por considerar mais fácil de estudá-las, entender sua etiologia e planejar formas de tratamento, como no estudo e SOLBERG, 1979, que utilizou 739 estudantes na faixa de 10 a 25 anos, CONTI em 1992, que utilizou estudantes de 17 a 25 anos. Nesse estudo foram avaliados pacientes de 17 a 65 anos, devido a procura por este serviço incluir uma ampla faixa etária, o que não prejudicou esse trabalho, por ter trazido uma maior riqueza de informações. GALE (2000), utilizou pacientes com a faixa etária de 19 a 75 anos. SILVA (2000) utilizou a faixa etária de 17 a 65 anos e encontrou os maiores valores na faixa etária de 17 a 30 e de 31-40 anos.

Quanto ao estado civil, para o grupo sem DTM, a maioria (49%) era casada ou amasiada, para o grupo com DTM o maior grupo também foi o de pacientes casados ou amasiados (54%), não apresentando uma diferença significativa entre os grupos. Na literatura, não encontramos trabalhos correlacionando o estado civil e DTM, um trabalho interessante foi o de ROTHWELL (1973), que ao fazer um trabalho para descobrir a causa de falhas no tratamento das DTMs, utilizou 77 pacientes com DTM que não respondiam ao tratamento, através de um questionário psicológico, o Eysenck Personality Inventory, concluiu que a maioria eram mulheres casadas, com altos níveis de ansiedade e de um grupo sócio-econômico específico. Em nossa opinião, esse achado não pressupõe a formação de um subgrupo refratário ao tratamento da DTM, já que nesse grupo também encontram-se pacientes que respondem ao tratamento e sem DTM.

Quanto ao grau de escolaridade para o grupo sem DTM, 22% apresentavam II grau completo e 24% II grau incompleto, já para o com DTM 25% apresentavam II grau completo e 22% I grau incompleto. Neste grupo não houve nenhum paciente do sexo masculino que fizesse ou tivesse concluído o nível superior e do sexo feminino, 10 pacientes, representando 10% da amostra desse grupo apresentaram nível superior, e no sem DTM 23% que apresentavam ou cursavam o nível superior. Não foi encontrado na literatura nenhum trabalho que correlacionasse o nível de escolaridade com a presença de DTMs, nos achados deste trabalho foram encontradas poucas diferenças de nível de escolaridade entre os grupos, sendo que o grupo Sem DTM, apresentou um nível de escolaridade maior e as mulheres também apresentaram um nível de escolaridade um pouco mais elevado que os pacientes do sexo masculino. Com isso acredita-se que o nível de escolaridade é um fator social que não influencia na prevalência da DTMs.

6.2 - Questionário de Saúde Geral:

Na atualidade, já é consenso a natureza multifatorial das desordens temporomandibulares. Entretanto, muitas controvérsias surgem quando se relata a participação dos componentes psicológicos como determinantes, iniciadores ou perpetuadores (OKESSON, 1998; SCHWARTZ, 1997; SOLBERG, 1989; MEZZOMO, 1996). Algumas teorias descrevem que os distúrbios emocionais podem causar uma hiperatividade muscular centralmente induzida, levando a um mecanismo de parafunção, o que indiretamente traria anormalidades oclusais (DE BOEVER & CARLSSON, 2000). Em função destes pontos de vista divergentes, na atualidade, mais atenção passou a ser dada para os aspectos emocionais dos pacientes com DTM, principalmente naqueles casos refratários, onde a terapia convencional não obtinha sucesso. Para estes casos, passou-se a entender que o fator emocional estaria sendo renegado, trazendo insucesso ao tratamento convencional. Desta forma, ficou cada vez mais clara a necessidade do cirurgião

dentista entender a multidisciplinariedade no diagnóstico e tratamento das DTMs (CONTI, 1996; OKINO, 1990; SILVA, 2000).

OAKLEY (1989), observou que a impressão do cirurgião dentista sobre os problemas psicológicos, na consulta inicial, de seus pacientes; demonstrava uma baixa especificidade, com uma grande quantidade de falsos negativos para estresse e ansiedade e para fatores psicológicos previamente determinados por testes psicológicos. O autor concluiu que a impressão inicial do cirurgião dentista não identificava adequadamente os problemas psicológicos; justificando assim, a necessidade da utilização de testes psicológicos específicos. Atualmente existem vários testes psicológicos padronizados para a utilização clínica, que podem ser utilizados, evitando diagnósticos mascarados por critérios pessoais individuais de cada profissional. Tais instrumentos psicométricos (testes), facilitam a padronização em pesquisas, possibilitando a comparação dos resultados, e ainda a determinação de um perfil psicológico e esclarecimento de um fator etiológico importante (FIGUEIRA, 2001; JASPERS, 1993; RUGH, 1993; ZARB, 2000).

Neste sentido, não há meios de identificar grupos ou subgrupos mais predispostos às DTMs, mas há uma tendência na literatura atual de buscar distribuir ou caracterizar esses pacientes de acordo com suas características psicocomportamentais, já que esses pacientes apresentam níveis aumentados de problemas como ansiedade, depressão, estresse (FIGUEIRA, 2001; SUVINEN, 1997). Por outro lado MARBACH, 1992 em um estudo sobre perfil psicológico em pacientes com DTM, concluiu que parece não existir características de personalidade que diferenciem os pacientes com DTM, daqueles que apresentam esta disfunção, quando utilizado grupo controle. Sugerindo que mais estudos devem ser realizados para aprofundamento no assunto.

Em nosso trabalho foi utilizado o Questionário de Saúde Geral (QSG) (GOLDBERG, 1996), cuja indicação seria a de auxiliar o profissional a detectar os chamados distúrbios psiquiátricos menores, e tem sido utilizado em vários países

para vários tipos de enfermidades (EKKElund, 1995; FEYER, 2000). Optamos por ele por ser de simples aplicação e avaliar variáveis em apenas um único questionário, dando-nos uma maior riqueza de informações. Apresenta ainda uma alta especificidade e sensibilidade, com um baixo número de falsos negativos (TARNOPOLSKY, 1979). No Brasil, tem sido utilizado desde 1987, após sua tradução para o português e validação para a população brasileira por PASQUALI (1986). Este teste é aplicado separadamente para os sexos masculino e feminino.

Nossos resultados demonstraram, para o sexo feminino, escores absolutos mais altos em pacientes portadores de DTMs para todos os ítems do questionário (estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral); entretanto, sem diferenças estatisticamente significantes. A única variável que apresentou diferenças estatísticas significantes, para o sexo feminino, foi distúrbios psicossomáticos; porém, a variação entre as médias foi maior no grupo com DTM, na medida do desvio padrão, o que indica uma maior diferença dos perfis encontrados individualmente do que no grupo sem DTM.

EKKElund em 1995, utilizando o QSG para pacientes com diagnóstico prévio de artrite reumatóide, encontrou maiores escores para todas as variáveis, sendo que a única com diferença estatisticamente significativa foi a desconfiança no próprio desempenho, concluindo que ao aumento dos distúrbios psicológicos nessas pacientes é dado principalmente pela desconfiança no próprio desempenho (baixa auto-estima). FEYER em 2000, utilizando o QSG para pacientes com dores de coluna verificou que o estresse psíquico predisponha as pacientes a apresentarem reagudização desta patologia. JASPERS em 1993, utilizando o QSG em pacientes com DTM encontrou maiores índices de estresse, porém não altos o suficiente para interferir na rotina de vida dos pacientes, acreditamos que o baixo número de indivíduos deste estudo, 7 homens e 46 mulheres não tenha sido suficiente para detectarmos tais diferenças.

Provavelmente, o fato de que não terem ocorrido diferenças estatísticas significantes para a maioria das variáveis consideradas no sexo feminino, possa ser explicado em função de que a população feminina apresenta maiores índices de ansiedade, depressão, e estresse que a população masculina (FUHRMANN, 1998), sendo assim, numa população feminina, sem DTM, os níveis dos distúrbios já estariam aumentados, justificando então o fato de não ter ocorrido diferença estatisticamente significativa para a população sem DTM em nosso estudo.

Quanto ao sexo masculino, as seis variáveis estudadas (estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral), apresentaram escores mais altos para o grupo com DTM, e todos apresentaram diferenças estatisticamente significantes, exceto a variável, desconfiança no próprio desempenho. Foi verificado ainda que, os pacientes do sexo masculino encontram-se com suas médias mais próximas dos níveis de distúrbios de saúde mental.

Como os pacientes do sexo masculino apresentaram menores níveis de distúrbios de humor que o sexo feminino, foi verificado que na etiologia das DTMs, provavelmente os fatores psicológicos influenciem mais, em termos de agravante da doença.

6.3 - Questionários psicológicos e DTM

Como ainda existem poucos trabalhos utilizando o QSG em pacientes com DTM, será feita aqui uma comparação com outros questionários também muito utilizados na literatura em pacientes com DTM. A principal diferença é que esses trabalhos não fazem uma diferenciação entre os sexos, fato este que já foi discutido na literatura como altamente influente (REICH, 1983; PASQUALI, 1986; JASPERS, 1993; FUHRMANN, 1998; EKKELEND, 1995; FEYER, 2000;) mostrando diferenças significativas entre os sexos. REICH, em 1983, sugeriu a

utilização do sistema DSM-II para desordens crônicas como a DTM, por ser este o sistema oficial utilizado na época pela Sociedade Americana de Psiquiatria.

Para GALE, em 1989, que utilizou não somente um, mas sete questionários para depressão e ansiedade houve uma correlação de depressão e ansiedade nos pacientes com DTM, sugerindo que sejam incluídas questões psicológicas no exame do paciente com DTM, como um ponto de partida para verificar aspectos psicológicos na DTM. Uma falha de seu trabalho foi o baixo número de pacientes do sexo masculino (19 para 94 mulheres), tornando o número insuficiente ao nosso ver, para saber se essa correlação foi relevante para ambos os sexos, embora estejamos em concordância com o autor quanto a necessidade da inclusão de questões psicológicas e aplicações de testes psicológicos para os pacientes com DTM, devido aos resultados de nosso trabalho.

Muitos outros autores têm utilizado inventários para avaliar aspectos psicológicos e correlacioná-los com as DTMs. MICHELOTI em 1998, utilizando o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), verificou que os pacientes com DTM apresentavam alterações da tríade neurótica (hipocondria, depressão e histeria), ALENCAR, em 1997 utilizando o inventário de ansiedade traço estado de SPIELBERGER em pacientes com DTM obteve uma correlação estatisticamente significativa entre o grau de DTM e o nível de ansiedade. MELDOLESI, em 2000, utilizando também o MMPI e a HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale), verificou que os pacientes com DTM apresentavam escores aumentados de problemas psicológicos relacionados à histeria, hipocondria e depressão em relação aos pacientes saudáveis, apresentando inclusive maiores escores de ansiedade que pacientes psiquiátricos utilizados neste estudo. FIGUEIRA em 2001, utilizando o inventário de depressão de BECK, verificou correlação estatisticamente significativa entre os pacientes com DTM severa e depressão.

Nossos resultados foram concordes a estes últimos, uma vez que, os pacientes com DTM, apresentaram escores mais elevados de problemas psicológicos.

OKINO, em 1990; num estudo com 48 pacientes com DTM trabalhou conjuntamente com profissionais da área de psicologia e verificou, que aqueles tinham necessidade de tratamento psicológico e que, os melhores resultados obtidos foram com aqueles pacientes tratados pelo dentista e psicólogo (CONTI, 1996; OKESSON, 1998; RUGH, 1993).

Na vida clínica diária, o cirurgião dentista na grande maioria das vezes, não dispõe de um profissional da área da psicologia prontamente ao seu lado na avaliação inicial de seus pacientes; desta forma, os questionários anamnésicos e inventários psicológicos tornam-se importantes instrumentos no auxílio à triagem e encaminhamento para um tratamento psicológico especializado; otimizando a terapêutica de pacientes com DTM. Corroborando com nossos resultados, KINEY (1992) que aceitou o fator psicológico como um fator perpetuante nas DTMs, chamando a atenção do profissional para casos refratários.

Numa visão ainda mais ampla, YRIGHT, em 1995 chamou a atenção da classe odontológica para o uso de um modelo biopsicossocial (avaliação física, psicológica e ambiental) na determinação de cada fator etiológico nas DTMs, estabelecendo assim, a sua causa primária e o quanto cada fator contribui, instituindo com isso a melhor terapia, que poderá incluir exercícios mandibulares (fisioterapia), relaxamento, acupuntura e manejo do estresse.

Consideramos que o fator emocional constituiu-se em um fator muito importante na etiologia e desenvolvimento das DTMs e que determina uma avaliação específica muito criteriosa. Tal avaliação deve permitir a indicação de uma terapia adequada, embasada em diagnósticos coerentes e precisos, fundamentados em bases científicas sólidas; mas lembrar também, que mesmo

após o tratamento, o paciente poderá apresentar episódios de reagudização; o que não significa necessariamente um fracasso terapêutica; mas sim, que o paciente é um ser que interage com o ambiente e com suas emoções. Neste sentido, SUVINEN (1997) alertou para as diferenças cognitivas, emocionais, comportamentais e ambientais contidas em cada ser humano.

Um fator a ser discutido é o fato das condições emocionais comportarem-se com fatores etiológicos ou resultantes das DTMs. Muito embora a teoria psicológica determine que tais condições sejam aceitas como fatores etiológicos das DTMs, ainda não existem parâmetros objetivos para se estabelecer quantas destas condições atuaram especificamente no caso; e ainda, em que momento o paciente passa a manifestar a sintomatologia relacionada à experiência adquirida em decorrência do sofrimento gerado pelas DTMs (FIGUEIRA, 2001; GAMSA, 1990; MELZACK, 1986; VILAROSA, 1985). Tal fato parece-nos deixar clara, a necessidade da realização de mais estudos, com ênfase nos processos psicossomáticos e mecanismos específicos que levam a ocorrência dos sintomas.

Uma vez que os componentes psicológicos estão envolvidos não apenas nas DTMs, mas em todos os processos que envolvem as experiências de dor, acreditamos na necessidade da formação holística do cirurgião dentista, preparando-o para receber e entender o paciente não apenas no que diz respeito ao conhecimento de mecanismos técnicos necessários para a solução do problema; mas também, considerar uma abordagem biopsicossocial, compreendendo suas condições individuais físicas, emocionais e ambientais; assim como, sua expectativa frente ao tratamento proposto.

7 – CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos neste trabalho, foi concluído que:

- 1) Houve uma associação estatisticamente significativa entre distúrbios psicossomáticos e DTM para o sexo feminino, sendo este o fator psicológico mais atuante nas DTMs neste grupo estudado.

- 2) Houve uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis psicológicas estresse psíquico, desejo de morte, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, saúde geral e DTM para o sexo masculino, sendo essa combinação de variáveis o fator psicológico mais atuante nas DTMs neste grupo estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) AGERBERG, G.; INKAPOO, I. Craniomandibular disorders in urban Swedish population. *J. craniomandibular dis. Fac. Oral pain*, v.04, n.03, p.154-64, summer, 1990.
- 2) ALENCAR JR., F.G.P. Fatores psicológicos nas disfunções craniomandibulares: estudo da relação entre graus de disfunção e escala de ansiedade traço-estudo. Bauru, 1997. 179p. Tese (Doutorado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo.
- 3) ASH, M.M. Current concepts in etiology, diagnosis and treatment of TMJ and muscle dysfunction. *J. Oral Rehabil.*, Oxford, v.13, n.2 p.1-20. mar., 1986.
- 4) AUERBACH, S.M.; LASKIN, D.M.; FRANSTSVE, L.M.E. Depression, pain, exposure to stressfull life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorders patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* v.59, n.06, p.628-33, jun., 2001.
- 5) BELL, W.E. Clinical diagnosis of pain-dysfunction syndrome. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.79, n.3, p.154-60, July, 1969.
- 6) BERTOFT, G. Screening of medical and dental history of patients with chronic orofacial pain and discomfort using a questionnaire *Swed Dent J*, v.: 20, p.95-106, 1996.
- 7) BONACCI, C. E. Et al Temporomandibular/facial pain: an epidemiological report. *N. Y.St. Dent. J.*, v. 8, p.30-3, May, 1992.
- 8) CICCONE, D.S., GRZESIAK, R.C. cognitive dimentions of chronic pain. *Soc. Sci Med.*, v.19, p.1339-45, 1984.

- 9) COLEMAN, J.C.(1973). A psicologia do anormal e a vida contemporânea *Apud*: GOLDBERG, D.P. *Questionário de Saúde Geral de Goldberg*: Manual técnico QSG: adaptação brasileira/ David P. Goldberg:/ tradução Luiz Pasquali, Valdiney V. Gouveia, Wagner Bandeira Andriola. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- 10) COLE, E.N. Psychological characteristics of long-term female temporomandibular joint pain patients. *J. Dent. Res.*, Chicago, v.57, n.3, p.481-3, mar., 1978.
- 11) CONTI, P.C.R. Avaliação da prevalência da etiologia das disfunções craniomandibulares em estudantes universitários e pré-universitários da cidade de Bauru-SP. Bauru, 1993. 149p. Tese (Doutorado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.
- 12) CONTI, P.C.R. et al Disfunção craniomandibular (DCM) – Parte II – Aspectos psicológicos e hiperatividade muscular. *Rev. ABO Nac.*, v.04, p.103-106, 1996.
- 13) CONTI, P.C.R. et al. Disfunção craniomandibular (DCM). Parte I – Prevalência e necessidade de tratamento. *Ver. Assoc. Bras. De Odontol.* , v.2, n.6, p.414-18, dez., 1995.
- 14) COSTEN, J. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the TMJ. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, v. 43, p.11, 1934.
- 15) DeBOEVER, J.A Functional disturbances of the temporomandibular joint. In:_____ ZARB, G.A; CARLSSON, G.E. *Temporomandibular Function and Dysfunction*. Copenhagen: Munksgaard, 1979; p.193-210.
- 16) DE BONT, L.G.; BOERING, G.; LIEM, R.S.; EULDERINK, F.; WESTESSON, P.L. Osteoarthritis and internal derangement of the temporomandibular joint: a light microscopy study. *J. Oral Maxillofac. Surg.* Dallas, v.44, n.2, p.634-43, apr., 1986.

- 17) DIAS DA SILVA, M.A. *Quem ama não adoce*: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. 16 ed. São Paulo: Best Seller, 1998. 376p. Apud FIGUEIRA, C.M.M. *Avaliação da relação entre disfunções temporomandibulares e prevalência de depressão psicológica*. Araraquara, 2001. 131p. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) - Faculdade de Odontologia, Campus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".
- 18) DIMITROULIS, G.; DOLWICK, M.F.; GREMILLION, H.A. Temporomandibular disorders. 1. Clinical evaluation *Austr. Dent. J.*, Sidney, v.40, n.5, p.301-5, nov., 1995.
- 19) DWORKIN, S.F. et al Epidemiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders: clinical signs in case and controls. *J. Amer. dent. Assoc.*,v.120, n.3, p.273-81, mar., 1990.
- 20) EKKEKUND, S.I., HUSBY, G.; MELLGREN, S.I. Quality of life in rheumatoid arthritis – a case control study in patients living in northern norway. *Clin Exp Rheumatol.*, v.13, n.4, p.471-5, jul./aug., 1995.
- 21) FEYER, A.M.; HERBISON, P.; WILLIAMSON, A.M., SILVA, I.; MANDRYK, J. HENDRIE, L.; HELY, M.C.G. The role of physical and psychological factors in occupational low back pain: a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, v.57, n.2, p.116-20, feb., 2000.
- 22) FONSECA, D.M. Disfunção Craniomandibular – Diagnóstico pela anamnese. Bauru, 1992. 116p. Tese (Mestrado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.
- 23) FUHRMANN, M. et al. Age and sex differences in psychosocial factors in temporomandibular disorders patients. *J. Dent. Res.*, v.68, 1998. Special issue/Abstract n. 1081/.

- 24) GALE, E.N.; DIXON, D.C. A simplified psychologic questionnaire as a treatment planning aid for patients with temporomandibular joint disorders *J Prosth Dent*, v.61, n.2, p.235-38, fev.,1989.
- 25) GAMSA, A: Is emotional disturbance a precipitation or consequence of chronic pain? *Pain*, v.42, p. 183-95, 1990.
- 26) GLASS, E.G.; GLAROS, A.G.; McGlynn, D.F. Myofascial pain dysfunction: Treatment used by ADA members. *J. Craniom. Pract.* , v.11, n.1, p.25-29, jan., 1993.
- 27) GOLDBERG, D.P. *Questionário de Saúde Geral de Goldberg: Manual técnico QSG: adaptação brasileira/ david P. Goldberg:/ tradução Luiz Pasquali, Valdiney v. Gouveia, Wagner Bandeira Andriola. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.*
- 28) GOLDBERG, D.P.; RICKELS,K.; DOWNING, R.; HESBACHER, P. A comparison of two psychiatric Screening tests *Brit. J. Psychiat.* v.129, p.61-7, 1976.
- 29) GRAHAM , D.T et al Experimental production of predicted physiological differences by suggestion of attitude. *Apud: RUGH, J.D.; SOLBERG, W.K.* Psychological implication in temporomandibular pain and dysfunction. In:_____ ZARB, G.A; CARLSSON, G.E. *Temporomandibular joint-function and dysfunction.* St Louis: Mosby, 1979., Cap. 09, p.239-68.
- 30) HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II – Index for anamnetic and clinical dysfunction and occlusal state. *Sven. Tandlak. Tidskr.*, Oslo, v.67, n.2, p.101-21, 1974.
- 31) HARKINS, S.J., MARTENEY, J.L. Extensive trauma: A significant precipitating factor in temporomandibular dysfunction. *J. Prosthet. Dent.*, Saint Louis, v.4, n.2, p.271-2, fev., 1985.

- 32) JASPERS, J.P.C., HEUVEL, F.; STEGENGA, B.; DEBONT, L.G.M. Strategies for coping with pain and psychological distress associated with temporomandibular-joint osteoarthritis and internal derangement *Clinical Journal of Pain*, v.9, n.2, p.94-103, jun., 1993.
- 33) KINNEY, R.K.; GATCHEL, R.J.; ELLIS, E.; HOLT, C. Major psychological disorders in chronic TMD patients: implications for successful management. *J. Amer. Dent. Assoc.*, v.123, p.49-54, out., 1992.
- 34) KORSZUN, A.; PAPADOPOULOS, E; DEMITRAQUE, M; EMGLEBERG, C.; CROFFORD, L; MICH, A.A. The relationship between temporomandibular disorders and stress – associated syndromes. *Oral surg. Oral méd. Oral pathaol. Oral radiol. Endo*, v.86, n.4, p. 416 – 20, 1998.
- 35) LIST, T.; WAHLUND, K.; LARSSON, B. Psychosocial functioning and dental factors in adolescents with temporomandibular disorders: a case-control study. *J. Orofac. Pain*, v.15, n.03, p.218-27, 2001.
- 36) MARBACH, J.J. The temporomandibular pain dysfunction syndrome personality: fact or fiction? *J. Oral. Rehabil.*, New york, v.19, n.3, p.545-60, apr. 1992.
- 37) McNEILL, C.; DANZIG, W. M.; FARRAR, W. B.; GELB, H.; LERMAN. M.D.; MOFFETT, B. C.; PERTER, R.; SOLBERG, W. K.; WEINBERG, L. A. Craniomandibular (TMJ) disorders – The state of the art. *J Prosthet Dent*, v. 44, n. 4, p. 434-437, October, 1980.
- 38) McNEILL, C.; MOHL, N.D.; RUGH, J.D.; TANAKA, T.T. Temporomandibular disorders: diagnosis, management, education, and research. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.120, n.2, p.253-63, mar., 1990.

- 39) McNEILL, C. management of temporomandibular disorders: Concepts and controversies. *J. Prosthet. Dent.*, Saint Luis, v.77, n.5, p.510-22, may, 1997.
- 40) MELDOLESI, G.N.; PICARDI, A.; ACCIVILE, E.; Di FRANCIA, R.T., BIONDI, M. Personality and psychopatology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome – A controlled investigation *Psychoterar and Psychosom.* v. 69, n.6, p.322-328, nov.-dec., 2000.
- 41) MELZACK, R. *Neurophysiological foundations of pain*. In Sternbach, R.A., ed. *The Psychology of pain*. 2end ed. New York: Raven Press, 1986: 1-25 apud ZARB, G.A.; CARLSSON, G. E.; SESSLE, B.J.; MOHL, N.D. In: *Disfunção da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação*, cap. 07, p. 171-187. São Paulo. Editora Santos, 2000.
- 42) MEZZOMO, E.; FRASCA, L.C.F. *Dor na ATM – o que fazer?* In: TODESCAN, F. F.; BOTTINO, M. A. *Atualização na Clínica Odontológica. A prática da clínica geral*. São Paulo: Artes Médicas, 1996. capítulo 14, p. 357 – 384.
- 43) MICHELOTTI, A.; MARTINA,R.; RUSSO,M.; ROMEO,R. Personality characteristics of temporomandibular disorder patients using MMPI *Cranio*, v.16, n.2, p.119-25, apr., 1998.
- 44) MILAN, S.B. et al Sexual dimorphism in the distribution of strogen receptors in the temporomandibular joint complex of the baboon. *Oral Surg.*, v.61, n.4, p.307-14, Apr., 1986. Apud FONSECA, D.M. *Disfunção Craniomandibular – Diagnóstico pela Anamnese*. Bauru, 1992. 116p. Tese (Mestrado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo.
- 45) MISHRA, K.D.; GATCHEL, R.J.; GARDEA, M.A. The relative efficacy oh three cognitive-behavioral treatment approaches to temporomandibular disorders. *J. Behav. Med.*, v.23, n.03, p.293-309, jun., 2000.

- 46) MOHL, N.D.; OHRBACH, R. The dilemma of scientific knowledge versus clinical management of temporomandibular disorders. *J. Prosthet. Dent.* Saint Louis, v.67, n.5, p.113-20, oct., 1992.
- 47) MOLIN, C. From bite to mind: TMD – a personal and literature review. *Int. J. Prosthodont.*, v.12, n.03, p.279-88, may-jun., 1999.
- 48) MONGINI, F. An index system to quantify etiopathogenetic factors in oral dysfunction. *J. Craniomand. Pract.*, v.4, n.2, p.179-89, may, 1986.
- 49) MONGINI, F. Anatomic and clinical evaluation of the relationship between the temporomandibular joint and occlusion. *J. Prosthet. Dent.*, Saint Louis, v.38, n.4, p.539-551, sep., 1977.
- 50) MONGINI, F. Fatores etiológicos. In:_____ *ATM e músculos craniocervicais.* Fisiopatologia e tratamento. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1988, cap.2, p.8-9.
- 51) OAKLEY, O. Dentists ability to detect psychological problems in patients with temporomandibular disorders and chronic pain. *J. Amer. Dent. Assoc.*, v.118, p.222-270, june, 1989.
- 52) OKESON, J. P. *Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares.* 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, p.321-343, 1992.
- 53) OKESON, J. P. *Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares.* 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, p.117-20, 1992.
- 54) OKESON, J. P.; KEMPER, J.T.; MOODY, P.M. A study of the use of occlusion splints in the treatment of acute and chronic patients with craniomandibular disorders. *J Prosthet Dent*, Kentucky, v. 48, n. 6, p. 708-712, Dec. 1982.

- 55) OKESON, J.P. Classificação das dores bucofaciais em categorias. In: _____ *Dores bucofaciais de Bell*. 5. ed. São Paulo: Quintessence, 1998, p.123-33.
- 56) OKESON, J.P. Diagnóstico das desordens temporomandibulares. In: _____. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4 ed. São Paulo: Artesã Médicas, 2000. p. 241-72.
- 57) OKESON, J.P. Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: _____. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessence, 1998, p.113-84.
- 58) OKINO, M.C.N.H.; GALLO, M.A.; FINKELSTEIN, L.; CURY, F.N.; JACOB, L.S. Psicologia e Odontologia – atendimento a pacientes portadores de disfunção da articulação temporomandibular (ATM). *Ver. Inst. Ciênc. Saúde*, v.6, n.2, p.27-9, jan./jun., 1990.
- 59) ORBACH, R.; STOHLER, C. Current diagnostic systems *J. Craniomandb. Disord. Facial Oral Pain*, Oslo, v.6, n.2, p.307-317, mar.1992.
- 60) PASQUALI, L., NOGUEIRA, A.M.P.; MARTINS, A.E.O.; MARTINS, F.M. de M.C. Atitude frente ao doente mental. *Ver. De Pisol.*, n.5, p.37-67, 1987 *Apud*: GOLDBERG, D.P. *Questionário de Saúde Geral de Goldberg*: manual técnico QSG: adaptação brasileira/ David P. Goldberg:/ tradução Luiz Pasquali, Valdiney v. Gouveia, Wagner Bandeira Andriola. – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- 61) RAMFJORD, S. P.; ASH, M. A. *Introdução à oclusão funcional*. São Paulo: Panamed, 1987. Capítulo 11, p. 213-240.
- 62) REICH, J.; ROSENBLATT, R.M., TUPIN, J. DSM-III: a new nomenclature of classifying patients with cronic pain. *Pain*. V.16, n,4, p.01-6, oct., 1983.

- 63) ROCABADO, S. Fuermas de Tratamiento. In:_____ *Cabeza y Cuello, Tratamiento Articular*. Buenos aires: Intermédica, 1ª edição, 1979, p.114-132 *Apud* SILVA, W.A.B. Etiologia e prevalência dos sinais e sintomas associados às alterações funcionais do sistema estomatognático. Piracicaba, 2000. 192p. Tese (Livre Docência na área de Prótese Fixa do departamento de Prótese e Periodontia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade de Campinas.
- 64) ROTHWELL, P.S. Personality and response to treatment of the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. *Oral Surg.*, v.36, n.3, p.331-35, Sep., 1973.
- 65) RUDY, T.E; TURK,D.C; KUBINSKI, J.A; ZAAK, H.S; Differential treatment responses of TMD patient as a function of psychological characteristics *Pain*, v.61, p.103 – 12, 1995.
- 66) RUGH, J.D.: SOLBERG, W.K. Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. In:_____ ZARB, G.A.; CARLSSON, G.E. *Temporomandibular joint, function and dysfunction*. St Louis: Mosby, 1979, Cap. 09, p.239-268.
- 67) RUGH, J.D; WOODS, B.J; DAHLSTROM, L; Temporomandibular disorders: assessment of psychological factors *Adv. Dent res*. Vol.7, n.2 p.127 – 36, aug., 1993.
- 68) SALONEN, L.; HELLDEN, L.; CARLSSON, G.E. Prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system. An epidemiological study in adult Swedish population. *J. Craniomand. Disord. Facial Oral Pain.*, Oslo, v.4, n.2, p.241-50, mar., 1990.
- 69) SCHIFFMAN EL; FRICTON JR; HALEY DP; SHAPIRO BL. The prevalence of treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. *J. Am. Dent. Assoc*, 1990; 120: 295-303.

- 70) SCHWARTZ, L.L. Pain associated with temporomandibular joint *J. Am. Dent Assoc.*, v.51, p.393-7, 1995 .
- 71) SEGER, L. e cols. *Psicologia e Odontologia – Uma abordagem integradora*. 3ª ed., Caps. 09 e 12, 1998.
- 72) SCHWARTZ, S.M., GRAMLING, S.E. Cognitive factors associated facial pain. *J. Craniomandibular Pract.*, v.15, p. 261-6, 1997.
- 73) SILVA, W.A.B. Etiologia e prevalência dos sinais e sintomas associados às alterações funcionais do sistema estomatognático. Piracicaba, 2000. 192p. Tese (Livre Docência na área de Prótese Fixa do departamento de Prótese e Periodontia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade de Campinas.
- 74) SILVA, F.A. O sistema estomatognático In: _____ *Pontes Parciais Fixas e O Sistema Estomatognático* . São Paulo: Livraria Editora Santos, 1993, Cap. XVI, p.177-8.
- 75) SILVA, F.A. & SILVA, W.A.B. Reposicionamento mandibular. Contribuição técnica através de férulas oclusais duplas com puas. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.44, n.5, p.283-86, 1990.
- 76) SOLBERG, W.K.; WOO, M.,W.; HOUSTON, J.B. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J. Amer. Dent. Ass.*, v.98, n.1, p.25-34, jan., 1979.
- 77) SOLBERG, W.K. Background e problemas clínicos. In: _____ *Disfunções e desordens temporomandibulares*. São Paulo, Livraria Editora Santos, 1ª edição, 1989, cap.1, p.08-13.
- 78) SPECULAND, B.; GOSS, A N. Psychological factors in temporomandibular joint dysfunction pain. *Int. Jo. Oral Surg.*, v.014, n.02, p.131-137, 1985.

- 79) SPRUIT, R.J.; WAKEBE, K.B. Psychological-factors related to the prevalence of temporomandibular-joint sounds. *J. Oral Rehabil.*, v.22, n.11, p.803-808, nov., 1995.
- 80) SUVINEN, T.I. et al. Temporomandibular disorders part II. A comparison of psychologic profiles in Australian and finnish patients. *J. Orofac. Pain*, v. 11, n.2, p.147-57, 1997.
- 81) TARNOPOLSKY, A; HAND, D.J.; McLEAN, E.K.; ROBERTS,H.; WIGGINS, R.D. Validity and uses of a Screening Questionnaire (GHQ) in the community. *Brit. J. Psychiat.* v. 134, p. 508-15, 1979.
- 82) VILLAROSA G.A.; MOSS, R.A. Oral Behavioral paterns as factors contributing to the development of head and facial pain. *J. Prosthet Dent.*, 1985; 54: 427-30.
- 83) WEINBERG, L. A. Role of condylar position in TMJ dysfunction-pain syndrome. *J. Prosthet, Dent.*, Saint Louis, v.41, n.6, p.636-43, nov., 1979.
- 84) WEXLER, G.B.; STEED, P.A. Psychological factors and temporomandibular outcomes. *Cranio* v.16, n.02, p.72-77, apr., 1998.
- 85) YRIGHT, E.F; SCHIFFMAM, E.L; Treatment alternatives for patience with masticatory myofascial pain *J. Amer. Dent. Assoc.* vol.126, July, 1995.
- 86) ZARB, G.A.; CARLSSON, G. E.; SESSLE, B.J.; MOHL, N.D. In: Disfunção da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação, cap. 07, p. 171-187. São Paulo. Editora Santos, 2000.

3 - Quanto as ATMs:

- Quando mastiga ou movimenta a mandíbula, percebe algum tipo de ruído nos ouvidos ?

() Não. () Estalidos. () Creptação. () Sensação de papel amassado.

- Quando boceja ou mastiga intensamente, sente a mandíbula “travar”?

() Não. () Constantemente. () Esporadicamente.

Cansaço: _____.

Dor: _____.

- Sente dificuldades em abrir ou fechar a boca:

() Constantemente. () Esporadicamente.

- Quando movimenta a mandíbula percebe que ela se desloca ?

() Não.

() Sim.: () Constantemente. () Esporadicamente.

() À direita. () À esquerda. () À frente. () À trás.

- Sente sensação de surdez ou ouvido “tapado” ?

() Não.

() Sim.: () Constantemente. () Esporadicamente.

() No ouvido direito. () No ouvido esquerdo.

- Percebe “apito” ou “zumbido” nos ouvidos ?

() Não.

() Sim.: () Constantemente. () Esporadicamente.

- Sente dores nas ATMs. quando mastiga ?

() Não.

() Sim: () Direita. () Esquerda. () Bilateral.

- Aspecto radiográfico das ATMs.:

Antes do tratamento:



DIREITA FECHADA



DIREITA REPOUSO



DIREITA ABERTA



ESQUERDA FECHADA



ESQUERDA REPOUSO



ESQUERDA ABERTA

() Inconclusivo.

Após o tratamento:



DIREITA FECHADA



DIREITA REPOUSO



DIREITA ABERTA



ESQUERDA FECHADA



ESQUERDA REPOUSO



ESQUERDA ABERTA

-Radiografia Panorâmica (comentários):

4 - Quanto a musculatura:

- Ao acordar sente sensação de rosto pesado ou cansaço facial ?

() Não.

() Sim. () Lado esquerdo. () Lado direito.

Especificar a(s) região(s): _____.

- Ao mastigar, sente sensação de cansaço ou dor na face ?

() Não.

() Sim. () Lado esquerdo. () Lado direito.

Cansaço (especificar as regiões): _____.

Dor (especificar as regiões): _____.

- Sente dor na região temporal ?

() Não.

() Sim. () região anterior. () região média. () região posterior.

() fraca. () moderada. () forte. () "trigger"

() lado direito. () lado esquerdo. () espontânea. () quando mastiga.

() esporádica. () constante.

- Sente dor na região masseterina ?

() Não.

() Sim. () próximo ao ouvido. () ramo da mandíbula. () ângulo da mandíbula.

() fraca. () moderada. () forte. () "trigger".

() lado direito. () lado esquerdo. () espontânea. () quando mastiga.

() esporádica. () constante.

- Sente dores na região frontal ?

() Não.

() Sim. () próximo as órbitas. () na testa. () no ápice da cabeça.

() fraca. () moderada. () forte. () "trigger".

() lado direito. () lado esquerdo. () espontânea. () quando mastiga.

() esporádica. () constante.

- Sente dores na nuca e/ou pescoço ?

() Não.

() Sim. () tipo torcicolo. () na base da cabeça. () na base do pescoço.

() fraca. () moderada. () forte. () "trigger".

() espontânea. () ao acordar. () esporádica. () constante.

- Sente dores nas costas ?

() Não.

() Sim. () região cervical. () região torácica. () região lombar.

() fraca. () moderada. () forte. () "trigger".

() espontânea. () quando está sentado. () esporádica. () constante.

- Sente sensibilidade dolorosa nos seios, ao toque ?

() Não. () Sim.

O início da sensibilidade coincide com os outros sintomas ? () Sim. () Não.

Consultou um ginecologista ? () Sim. () Não.

Comentários: _____

5 - Em relação as conexões anatômicas:

- Sente anuviamento visual ?

() Não.

() Sim. () esporadicamente. () constantemente.

() quando tem dores. () espontaneamente.

() consultou oftalmologista. () olho esquerdo. () olho direito.

Comentários: _____

- Sente sensação de surdez ?

() Não.

() Sim. () quando a mandíbula trava. () espontaneamente.

() esporadicamente. () constantemente.

() consultou otorrinolaringologista.

Comentários: _____

- Sente sensação de vertigem ?

() Não.

() Sim. () quando tem dores. () esporadicamente.

() constantemente. () espontaneamente.

() consultou otorrinolaringologista.

Comentários: _____

- Sente sensação de coceira ou corrimento nos ouvidos ?

() Não.

() Sim. () direito. () esquerdo.

() constantemente () esporadicamente.

() consultou otorrinolaringologista.

Comentários: _____

6 - Pesquisar clinicamente:

- Assimetria facial: () Sim. () Não.

() Hipertrofia muscular.

Correlação dos Distúrbios Psiquiátricos Menores e as Desordens Temporomandibulares

Região: _____.

- Uso de aparelhos ortodônticos: () Sim. () Não. () fixo. () móvel.

Quanto tempo: _____.

Extraíu algum dente para colocação do aparelho ortodontico ? () Sim. () Não.

Qual (is) : _____.

Há quanto tempo: _____.

- Dimensão Vertical de Oclusão: () Alta. () Baixa. () Normal.

- Desvio de linha média: () Sim. () Não.

() à direita. () à esquerda. () em abertura. () em fechamento.

Causa (s) aparente (s): _____.

- Limitação de abertura de boca: () Sim. () Não.

Abertura: _____ mm.

- Ausência de espaço de Christensen: () Sim. () Não.

() Oclusão molar em protrusiva.

() Oclusão molar em trabalho.

() Oclusão molar em balanço.

() Mordida aberta anterior.

() Mordida cruzada anterior.

() Mordida cruzada posterior.

() Oclusão molar e posterior em protrusiva.

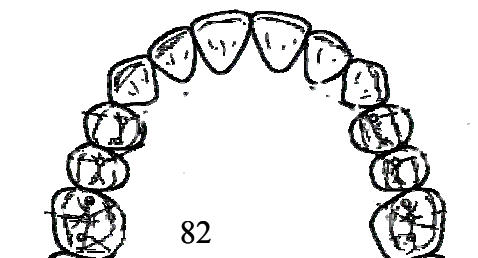
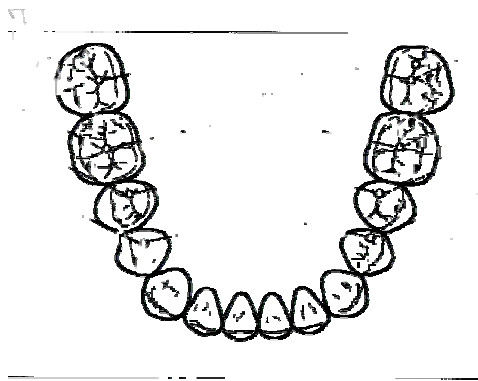
() Oclusão molar e posterior em trabalho.

() Oclusão molar e posterior em balanço.

- Guia em incisivo ().

- Guia em canino ().

- Ausência de dentes (Assinalar a ausência ou a perda precoce em caso de dentição mista ou decídua):



- Presença de salto condilar:

() Sim. () Não.

() Lado direito. () Lado esquerdo. () Abertura. () Fechamento.

- Tipo de Oclusão:

() Classe I. () Classe II. () Classe III.

() Chave de Oclusão Molar. () Chave de Oclusão Molar Alterada.

() Traspasse Vertical Profundo () Traspasse horizontal Acentuado.

7 - Teste de Resistência:

() Positivo. () Negativo.

- Reproduziu a sintomatologia relatada ?

() Parcialmente () Totalmente.

Comentários: _____.

8 - Teste de Carga:

- Mordida Unilateral:

Reação Sintomatológica:

() Não. () Lado direito. () Lado Esquerdo.

- Mordida Bilateral:

Reação Sintomatológica:

() Não. () Lado direito. () Lado Esquerdo.

9 - Exame Físico:

- Músculo Temporal (Sensibilidade Dolorosa): () Sim. () Não.

Temporal Anterior: () Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

Temporal Médio: () Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

Temporal Posterior: () Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

Tendão do m. Temporal (Retromolar): () Positivo. () Negativo

Tendão do m. Temporal (Apófise Coronóide): () Positivo. () Negativo.

- Músculo Masséter (Sensibilidade Dolorosa): () Sim. () Não.

Masséter Superficial: () Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

Masséter Profundo: () Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

- Músculo Esternocleidomastoídeo (Sensibilidade Dolorosa): () Sim. () Não.

() Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

- Músculo Trapézio Cervical (Sensibilidade Dolorosa): () Sim. () Não.

() Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

- Músculo Platisma (Sensibilidade Dolorosa): () Sim. () Não.

() Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

- Músculos Digástrico, Genihioídeo, Milihoídeo (Sensibilidade Dolorosa):

() Sim. () Não.

() Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

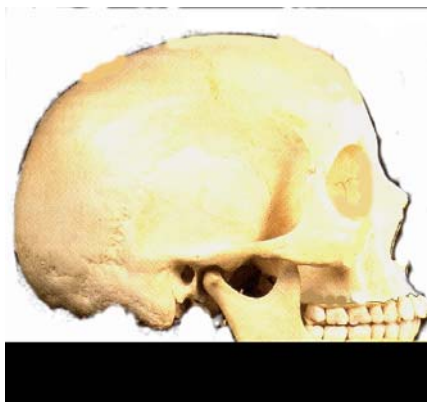
- Músculo Pterigóideo Medial (Sensibilidade Dolorosa): () Sim. () Não.

() Ângulo de mandíbula. () Região Mediana.

() Fraca. () Moderada. () Forte. () “Trigger Zone”.

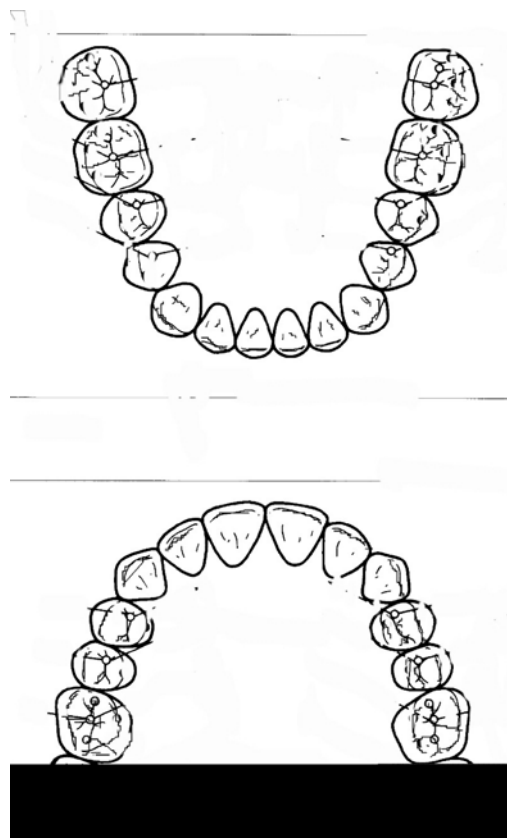
- Assinalar em vermelho as regiões com manifestação dolorosa voluntária e, em azul as detectadas através do exame físico:

Comentários:



10 - Mapeamento Oclusal:

- Assinalar em vermelho os contatos cêntricos, em azul os de excursões protrusivas, em verde os obtidos em excursões latero-protrusivas:



11 - Antecedentes de ordem médica:

- Neurológicos: _____.
- Cardiovasculares: _____.
- Musculares: _____.
- Alérgicos: _____.
- Hormonais: _____.
- Reumáticos: _____.
- Traumáticos: _____.
- Digestivos: _____.
- Sangüíneos: _____.

* EXAMINADOR : _____ . CRO: _____ .

ANEXO II:

PARECER FINAL DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO III:**Caracterização social da amostra, dados originais obtidos através do Questionário de Saúde Geral.****SEM DTM-ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	MASCULINO		FEMININO	
	No	%	No	%
Solteiro	21	47,72	19	33,92
Casado/Amasiado	22	50	29	51,78
Separado/Divorciado	1	2,27	5	8,92
Viúvo	0		3	5,35
TOTAL	44		56	

COM DTM-ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	MASCULINO		FEMININO	
	No	%	No	%
Solteiro	9	32,14	22	30,55
Casado/Amasiado	16	57,14	38	52,77
Separado/Divorciado	0		5	6,94
Viúvo	3	10,71	7	9,72
TOTAL	28		72	

Subdivisão por escolaridade e sexo (n° e %) – SEM DTM

ESCOLARIDADE	MASCULINO		FEMININO	
	N°	%	No	%
I Grau Incompleto	3	6,81	12	21,42
I Grau Completo	6	13,63	13	23,21
II Grau incompleto	18	40,90	6	10,71
II Grau Completo	6	13,63	16	28,57
Superior Incompleto	2	4,54	4	7,14
Superior Completo	9	20,45	5	8,92
TOTAL	44		56	

Subdivisão por escolaridade e sexo (n° e %) – COM DTM

ESCOLARIDADE	MASCULINO		FEMININO	
	No	%	N°	%
I Grau Incompleto	4	14,28	18	25
I Grau Completo	9	32,14	12	16,66
II Grau incompleto	9	32,14	13	18,05
II Grau Completo	6	21,42	19	26,02
Superior Incompleto	0		4	5,55
Superior Completo	0		6	8,32
TOTAL	28		72	

ANEXO IV:**Resultados originais do questionário anamnésico:****Quadro III – Sintomas relatados para pacientes sem DTM**

	Nº	%
Ruído	23	23
Travamento	3	3
Dificuldade em Abrir e Fechar a Boca	3	3
Deslocamento	10	10
Sensação de Surdez	14	14
Zumbido	12	12
Dor ao Mastigar	11	11
Total	100	

Quadro IV – Sintomas relatados para pacientes com DTM

	Número	%
Ruído	69	69
Travamento	39	39
Dificuldade em Abrir e Fechar a Boca	35	35
Deslocamento	42	42
Sensação de Surdez	60	60
Zumbido	55	55
Dor ao Mastigar	60	60
Total	100	

Quadro V – Sintomas musculares para pacientes sem DTM

	Número	%
Cansaço ao acordar	11	11
Cansaço ou dor ao Mastigar	4	4
Dor Temporal	7	7
Dor Masseter	4	4
Dor Frontal	7	7
Dor Nuca e Pescoço	20	20
Dor nas Costas	30	30
Total	100	

Quadro VI – Sintomas musculares para pacientes com DTM

	Número	%
Cansaço ao acordar	62	62
Cansaço ou dor ao Mastigar	60	60
Dor Temporal	68	68
Dor Masseter	46	46
Dor Frontal	53	53
Dor Nuca e Pescoço	73	73
Dor nas Costas	66	66
Total	100	

Quadro VII – Relatos Inespecíficos para pacientes sem DTM

	Número	%
Anuviamento Visual	12	12
Vertigem	15	15
Sensação de Surdez	5	5
Coceira ou Corrimento nos Ouvidos	11	11
Total	100	100

Quadro VIII – Relatos Inespecíficos para pacientes com DTM

	Número	%
Anuviamento Visual	53	53
Vertigem	28	28
Sensação de Surdez	42	42
Coceira ou Corrimento nos Ouvidos	19	19
Total	100	100