

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

MANOEL ROSAS DOS REIS JUNIOR

**RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DESESPERANÇA E
ESTRESSE EM PACIENTES COM DOR MIOFASCIAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA
UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE,
NA ÁREA DE ODONTOLOGIA E SAÚDE COLETIVA.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE
À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO MANOEL
ROSAS DOS REIS JUNIOR,
ORIENTADO PELO PROF. DR.
ANTONIO CARLOS PEREIRA.

Assinatura do Orientador

PIRACICABA

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

R278r Reis Junior, Manoel Rosas dos, 1958-
 Relação entre ansiedade, desesperança e estresse em
 pacientes com dor miofascial / Manoel Rosas dos Reis Junior. --
 Piracicaba, SP : [s.n.], 2012.

 Orientador: Antonio Carlos Pereira.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
 Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

 1. Dor orofacial. 2.. Estresse fisiológico. 3. Estresse
 psicológico. I. Pereira, Antonio Carlos, 1967- II. Universidade
 Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
 III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Relationship between anxiety, hopelessness, and stress in patients with pain myofascial

Palavras-chave em Inglês:

Facial pain

Stress, physiological

Stress, psychological

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia

Banca examinadora:

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Eduardo Hebling

Marcelo Teixeira Luchesi

Data da defesa: 29-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



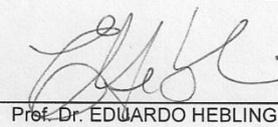
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 29 de Fevereiro de 2012, considerou o candidato MANOEL ROSAS DOS REIS JUNIOR aprovado.


Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA


Prof. Dr. MARCELO LUCCHESI TEIXEIRA


Prof. Dr. EDUARDO HEBLING

DEDICATÓRIA

À Deus;

**Ao meu Pai, amigo dedicado e Cirurgião
Dentista (in memorian);**

**À minha família, que sempre esteve
próxima.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientado Prof. Drº Antonio Carlos Pereira pelo incentivo, pela paciência e pela confiança em chegar ao final deste longo desafio. Vale lembrar que poucos se tornam imprescindíveis em nossas lutas e vitórias, característica daqueles que fazem da ciência sua própria filosofia de vida em prol da humanidade.

Ao Prof. Drº Antonio Sergio Guimarães que permitiu a construção deste trabalho durante os últimos dois anos e deu autonomia necessária para ampliar e aprofundar todas as faces desta pesquisa em DTM dentro da Clínica com os alunos do mestrado e da especialização da Faculdade São Leopoldo Mandic em Campinas.

Ao Prof. Drº Marcelo Luchesi Teixeira pela abertura da visão e da perspectiva da Clínica em DTM dentro de uma atuação multiprofissional do qual a Psicologia pode estar presente contribuindo com o controle e minimização do sofrimento destes pacientes.

A profª Drª Fernanda Lopes da Cunha sempre presente na construção científica deste projeto, desde os primórdios do rascunho até a finalização dos dados, disponibilizando seu precioso tempo para acompanhar e corrigir as rotas de cada fase do percurso, sem a qual não conseguiria chegar até o fim.

Queria agradecer a todos os amigos cirurgiões dentistas e funcionários da SLMandic, professores e colaboradores da FOP-Unicamp, que participaram desta longa jornada, por isso cabe aqui o silêncio dos nomes, pois o anonimato dos mesmos é mister para que nenhum deles seja por acaso esquecido em especial a Maria Elisa dos Santos.

Como não poderia deixar de ser, venho aqui agradecer a duas pessoas especialmente que muito colaboraram e muito tem colaborado nesta linha de pesquisa na clínica de DTM nos cursos de especialização e mestrado da São Leopoldo Mandic os Cirurgiões Dentistas Gilson Tadao Enoki Kihara e Yolanda Maria Almeida Camargo.

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a Conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo que descreve problemas da articulação temporomandibular e musculatura envolvidos na mastigação, podendo estar correlacionada com distúrbios psicológicos, fatores comportamentais e fatores psicossociais. O objetivo deste estudo foi avaliar as principais alterações emocionais e comportamentais observáveis nas perspectivas dos fatores psicológicos como a Ansiedade, a Desesperança e o Estresse psicológico e fisiológico, em pacientes com a disfunção temporomandibular com dor miofascial, através da observação, auto-relato de dor dos pacientes voluntários e instrumentos de medição, tais como o RDC Eixo I e II e os testes psicológicos validados (Escala de Back de Ansiedade/Desesperança, Inventário de Estresse de Lipp). A amostra de conveniência foi composta de 158 voluntários, recrutados sequencialmente, contudo somente 57 foram selecionados e deveriam apresentar disfunção temporomandibular com dor miofascial, após avaliação utilizando o RDC (Research Diagnostic Criteria). Além disso, os indivíduos responderam aos Inventários de Ansiedade, Desesperança e Estresse Psicológico e Fisiológico. Após a avaliação, observou-se: a) a longevidade da dor foi em média 8 anos e 2 meses; b) presença do bruxismo em 29,8% dos casos e o apertamento em 22,8%, enquanto os dois em conjunto em 52,6% dos casos; d) quanto ao fator Ansiedade, 22,8% apresentaram grau leve, 31,6% grau moderado e 21,1% grave, num total de 75,5%; e) a prevalência do estresse psicológico foi 17/49 e no fisiológico 32/49 em mulheres, enquanto nos homens foi de 2/8 para o estresse psicológico e 5/8 para o estresse fisiológico. A variável independente Alteração neuropsiquiátrica foi estatisticamente associada com Ansiedade e o Estresse Psicológico, sendo considerada como fator de proteção. Os instrumentos de medição para as variáveis dependentes ansiedade, desesperança e estresse apresentaram correlação positiva entre si. Concluiu-se que os fatores intervenientes estudados podem ser vistos como moderadores do processo de evolução do quadro da DTM, sugerindo-se que se amplie o espectro de importância e aplicação deste tipo de abordagem para o processo de trabalho do cirurgião dentista.

Palavras-chave: DTM, psicologia, desesperança, ansiedade e estresse.

ABSTRACT

Temporomandibular disorders (TMD) is the term that describes problems of the temporomandibular joint and muscles involved in chewing, which can be correlated with psychological disorders, behavioral and psychosocial factors. The objective of this study was to evaluate the main changes observed in emotional and behavioral perspectives of psychological factors like anxiety, hopelessness and the psychological and physiological stress in patients with temporomandibular disorder with myofascial pain, through observation, volunteer patients self-report of pain and measuring instruments, such as the RDC Axis I and II and validated psychological tests (Beck Anxiety Scale / Hopelessness, Lipp Stress Inventory). The convenience sample consisted of 158 volunteers, recruited sequentially, however only 57 presented temporomandibular disorder with myofascial pain after evaluation using the RDC (Research Diagnostic Criteria) and were recruited to this study. Moreover, individuals responded to Anxiety Inventory, Hopelessness and Psychological and Physiological Stress. After evaluation, it was observed: a) the longevity of the pain was on average 8 years and 2 months, b) presence of bruxism in 29.8% of cases and clenching in 22.8%, while the two together in 52.6% of cases; d) on the Anxiety factor, 22.8% had mild, 31.6% moderate and 21.1% severe, at a total of 75.5% and) the prevalence of psychological stress was 17/49 and physiological 32/49 in women as in men was 2/8 to psychological stress and 5/8 to physiological stress. The neuropsychiatric disturbance, an independent variable, was statistically associated to Psychological Stress and Anxiety, being considered as a protective factor. Measuring instruments for dependent variables as anxiety, hopelessness and stress were positively correlated with each other. The conclusion was that the intervening factors studied can be seen as moderators of the evolution process of TMD/ myofascial pain, suggesting that the importance of psychological approach application to the dentist routine.

Keywords: TMD, psychology, hopelessness, anxiety and stress.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular
BDI	Inventário Beck de Depressão (<i>Beck Depression Inventory</i>)
BHS	Inventário de desesperança (<i>Beck Hopelessness Scale</i>)
BAI	inventário de ansiedade (<i>Beck Anxiety Inventory</i>)
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID10	Código Internacional das Doenças (versão 10)
CPO	Centro de Pesquisas Odontológicas
CMI	<i>Craniomandibular index</i>
DDCR	Deslocamento de Disco com Redução
DDSR	Deslocamento de Disco Sem Redução
DTM	Disfunção Temporomandibular
GHQ	Questionário de Saúde Geral
HADS	Escala de ansiedade e Depressão Hospitalar
HR	Alto risco (<i>High Risk</i>)
LR	Baixo risco (<i>Low Risk</i>)
MFIQ	Questionário de Prejuízo da Função Mandibular
QVRS	Qualidade de Vida Relacionados à Saúde
RDC	Critérios de Diagnóstico de Pesquisa para DTM (<i>Research Diagnostic Criteria</i>)
SF-36	Questionário de Qualidade de Vida Breve (<i>Short Form-36</i>)
SLC-90R	Lista de Verificação de Sintomas Revisada - 90- Symptom (1977)
SSI	Índice de Intensidade de Sintomas

SUMÁRIO

<i>1 INTRODUÇÃO</i>	<i>1</i>
<i>2 REVISÃO DA LITERATURA</i>	<i>3</i>
<i>3 PROPOSIÇÃO</i>	<i>20</i>
<i>4 MATERIAL E MÉTODOS</i>	<i>21</i>
<i>5 RESULTADOS</i>	<i>27</i>
<i>6 DISCUSSÃO</i>	<i>39</i>
<i>7 CONCLUSÃO</i>	<i>43</i>
<i>REFERÊNCIAS</i>	<i>44</i>
<i>ANEXOS</i>	

1.0. INTRODUÇÃO

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo abrangente que descreve problemas da articulação e musculatura envolvidos na mastigação. É caracterizada por ruído na articulação temporomandibular, função irregular da abertura e fechamento da mandíbula e sintomatologia dolorosa (Carlsson *et al.*, 2006). Sua correlação com distúrbios psicológicos é objeto de investigação por vários autores, (Vasconcelos Filho *et al.*, (2007).

A Disfunção Temporomandibular (DTM) crônica é definida primariamente como disfunção persistente com dor relacionada, que dura no mínimo de três a seis meses e acaba por este e outros motivos se associando a vários fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais similares àqueles de outros diversos pacientes com dor crônica (Parker *et al.*, 1990).

Para avaliar a os quadros de DTM foi desenvolvido RDC (Research Diagnostic Criteria) traduzido como Critério de Diagnóstico na Pesquisa para distúrbios temporomandibulares. O RDC/TMD teve como objetivo estabelecer critérios confiáveis e válidos para poder diagnosticar e definir subtipos de DTM. Com ele ficou estabelecido um sistema de classificação para pesquisa baseado em um questionário com 31 questões e de um formulário para exame físico com 10 itens, além de especificações para realização do exame do paciente e critérios de diagnóstico para classificar cada caso de acordo com suas condições físicas (Eixo I) e psicológicas (Eixo II), Dworkin & LeReche (1992).

Segundo Kretly (2005) o crescente número de pacientes que apresentando distúrbios comportamentais, como depressão, ansiedade, e/ou sentimento de desesperança acaba por levantar a questão do impacto e da influência dos fatores psicossociais dentro dos consultórios odontológicos, seja na área pública ou privada. Levanta uma questão especialmente crítica de avaliação e detecção deste tipo de alterações dentro da DTM, e também na abordagem de pacientes com tais perfis, assim como a interrelação entre estes acometimentos e as alterações bucais observadas durante a prática clínica diária do cirurgião dentista.

Pesquisas foram realizadas na última década observando os efeitos positivos dos tratamentos psicológicos da depressão, ansiedade e estresse relacionados à redução dos sintomas e melhora do bem estar dos pacientes odontológicos acometidos pela DTM (Southwell *et al.*,1990; Lennon *et al.*,1990; Dahlstrom *et al.*, 1997; Manfredini, 2004; Ferrando *et al.*, 2004; Niemi *et al.*, 2006). Os chamados sintomas depressivos, cujos sinais são inicialmente evidenciados em sinais de desesperança, já foram observados nas mais diversas situações, como no pós-parto, pacientes com doenças, comorbidades, inclusive na própria DTM (Mohr & Goodwin, 1999; Sheard & McGuire, 1999).

Venâncio *et al.* (2007) estruturou uma longa lista de fatores e condições psicológicas as quais podem estar envolvidas com dores orofaciais, entre as quais aparecem as alterações do humor como depressão e ansiedade, cujas alterações são caracterizadas por uma excessiva diminuição da libido ou do prazer, com uma sensação profunda de vazio, inclusive com choro incontrolável, fadiga ou perda de energia. Quanto à ansiedade, a sua duração e frequência são excessivas quando comparadas ao contexto e circunstância dos fatos com os quais está envolvido. Como consequência final desse quadro observa-se grave comprometimento em todas as áreas da vida.

O estudo de Ng & Leung (2006) tem mostrado que a depressão, assim como o estresse, é uma categoria relacionada à piora das condições periodontais de pacientes, bem como ao aumento da incidência de hábitos parafuncionais (tabagismo, álcool e outros), assim como ao agravamento das condições de saúde bucal. Instrumentos de uso na clínica psicológica diária têm sido aplicados para o auxílio no diagnóstico de alterações comportamentais, auxiliando ao profissional da Odontologia no tratamento adequado destinado a estes pacientes.

Dentre os instrumentos de avaliação psicológica existentes, destacam-se: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Desesperança de Beck (BHS) descritos por Beck & Steer (1993). Para avaliar o estresse o “Questionário de estresse para adolescentes” (completo/adaptado também para adultos) foi proposto por Tricoli & Lipp (2006).

2.0. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A Disfunção temporomandibular e sua etiologia

Egermark et al. (2001) estudaram ao longo de 20 anos a evolução dos sintomas da DTM numa amostra epidemiológica de 402 indivíduos de 7, 11 e 15 anos de idade selecionados de forma aleatória. Este estudo objetivou analisar a correlação entre os principais sintomas da DTM e outras variáveis. Para isso foi aplicado um questionário, que incluía questões sobre a presença de evidências e sintomas no sistema mastigatório, cefaléias, sensação de estresse, sinais depressão, as parafunções orais, o tratamento para DTM no período e a necessidade de realizar tratamento para DTM. Este mesmo questionário foi reaplicado após 4 - 5, 10, e 20 anos depois com os mesmos voluntários. Após duas décadas, o grupo tinha entre 27 e 35 anos e cerca de 320 indivíduos (80%) responderam ao questionário sendo 167 mulheres e 153 homens. Verificou-se que a variação dos sintomas de DTM incluindo o estalido que foi: início (idade de 7 a 15 anos) = 19%, após 4 - 5 anos (idade de 12 a 20 anos) = 35%, após 10 anos (17 a 25 anos) = 49%, após 20 anos (27 a 35 anos) = 45%. Outro sintoma prevalente foi a dor de cabeça, mostrando correlação significativa com as variáveis psicológicas e associadas com a fadiga mandibular e dificuldade na abertura da boca. Dentro do esperado pelos autores ocorreu uma substancial flutuação no relato dos sintomas após longo período de 20 anos. Poucos casos progrediram para dor ou disfunção grave. As mulheres reportaram mais sintomas de DTM e cefaléia do que os homens. Este exemplo epidemiológico longitudinal monitorado por 20 anos, da criança até o adulto, apresentou grande flutuação nos sintomas de DTM.

Dentro deste novo paradigma que leva em consideração os fatores psicossociais a disfunção temporomandibular (DTM), observa-se um processo que abrange uma múltipla variedade de situações clínicas que envolvem toda a estrutura muscular do processo de mastigação, em um amplo conjunto articular da ATM (articulação temporomandibular) e respectivas estruturas associadas, frequentemente culminando com processo doloroso orofacial (Okeson, 1998).

A princípio os sinais e sintomas, podem surgir através da dor na mandíbula e na região da ATM, cefaléia tensional e/ou migrânea, ruídos ou estalidos na articulação, dificuldade funcional para abrir e fechar a boca, dificuldade para morder e cortar alimentos, podendo ocorrer enquanto a boca está em repouso. A DTM acaba por contribuir para o agravamento da dor de cabeça pré-existente, cujo desconforto e estresse podem causar tensão nos músculos da mastigação, e conseqüentemente podendo se estender ao longo dos músculos do pescoço e ombro (Pallas, 2004).

Vale ressaltar que embora a dor orofacial não seja considerada ameaçadora para a vida do paciente, ela pode ser extremamente angustiante e impeditiva de uma vida normal, já que compromete a manutenção saudável de sua rotina. Diversos são os fatores que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da DTM como, por exemplo, o bruxismo, lesões, estresse, ansiedade, artrite, procedimentos dentários prolongados e outros (Llewellyn & Warnakulasuriya, 2003).

A Disfunção Temporomandibular é um tipo de desordem que quase sempre apresenta manifestações dolorosas. Em termos epidemiológicos a disfunção temporomandibular e dor orofacial aparecem com alta prevalência na população, sendo que os sinais e sintomas estão presentes em até 86% da população ocidental. Porém pode ocorrer em qualquer idade, são mais comuns entre indivíduos na faixa etária de 13 a 35 anos e quatro vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens segundo Bovel *et al.* (2000). Desta forma surge de forma irreversível a perspectiva de um trabalho multidisciplinar, pois o contato com outros profissionais vem contribuindo para que a psicologia acesse outras áreas de atuação, como o espaço dentro das clínicas de dor na assistência ao paciente oncológico, neurológico, dentre outros.

Assim, o envolvimento do psicólogo no suporte e assistência aos pacientes de DTM tem garantido o mínimo necessário na compreensão das respectivas particularidades, possibilitando a atuação junto às necessidades do paciente com DTM e dor orofacial, além de colaborar com a Odontologia na busca da remissão dos sintomas fundamentados em causas psicossomáticas. O paciente com DTM e dor crônica precisa de ações de cuidado, pois está fragilizado, tanto nas condições físicas

como emocionais, o que permite um processo contínuo de educação clínica se possível a cada encontro da clínica odontológica feito pelo psicólogo no mesmo ambiente que o odontólogo para que conheça as condições favoráveis que lhe proporcionam a cura através do alívio da dor e das suas preocupações. É nesse momento que a Psicologia pode atuar como ponto de apoio e confiança, pois o cuidado pelo paciente auxilia no processo de cura, acelerando e tornando-o menos traumático (Bovel *et al.*, 2000). Para tanto, o conhecimento das características de uma população atendida em um serviço especializado de caráter multidisciplinar, se faz cada vez mais necessário.

2.2. Fatores psicológicos no Estresse dentro da DTM

A palavra estresse foi cunhada pelo pesquisado Hans Selye em 1936, quando publicou sua teoria, onde propôs que estresse o conceito como uma resposta não específica do organismo advinda do sistema nervoso autônomo frente a agentes ameaçadores de sua integridade ou sobrevivência. O conceito de estresse tem sido amplamente estudado e discutido no âmbito saúde/doença, sendo entendido como um mecanismo endógeno e natural de adaptação, frente a tudo aquilo que possa ser considerado uma ameaça ou alguma situação que possa gerar um processo da adaptação, mas não necessariamente a doença, pois é um mecanismo de proteção. As reações de estresse são em si são exatamente este esforço adaptativo em busca da retomada deste estado de homeostase. O organismo humano desenvolve uma resposta seja reativa ou impulsiva para enfrentar este agente estressor, porém quando obtém sucesso em controlar este evento o sistema neurofisiológico provocará a diminuição da ativação fisiológica, por outro lado quando frequente, ou intensa, ou duradouro poderá ocorrer o esgotamento dos recursos ativados por este mecanismo de sobrevivência. Neste caso o indivíduo pode sofrer com o surgimento de transtornos psicofisiológicos como por exemplo transtorno de ansiedade, depressão e outros. (Selye, 1946; 1956).

Selye, em 1956, publicou o primeiro livro *“Stress of Life”* que fala dos mecanismos bioquímicos do Estresse, mas só foi em 1959 definiu estresse como sendo o nível de desgaste total causado pela vida e seu cotidiano. Importante lembrar que a

teoria endocrinológica de Selye ficou sendo reconhecida como a “teoria do estresse biológico”, mas foi somente em 1975 que ele reconheceu a importância da avaliação psicológica no mecanismo de regulação orgânica, diante da diversidade e amplitude de fatores ao qual organismo está exposto no mundo contemporâneo (Selye, 1986).

O tipo de resposta individual frente ao estresse depende da magnitude e da frequência do evento estressor em conjunto com os fatores ambientais e genéticos que predispõem a vulnerabilidade de cada paciente com dor. Sabe-se que a capacidade e seu limite pessoal de interpretar, avaliar e elaborar formas e estratégias de enfrentamento também é geneticamente influenciado (Turati *et al.*, 2002).

Outros autores contemporâneos como Chrousos & Gold (1992) redefiniram estresse como o estado de desarmonia ou ameaça à homeostasia, promovendo a adaptação fisiológica e comportamental, podendo ser específica ou generalizada. Quando a ameaça à homeostasia excede o limiar, ocorre a síndrome não específica do estresse. Selye (1952) foi o primeiro a descrevê-lo em suas pesquisas acerca da “Síndrome da Adaptação Geral”, a qual caracterizou a resposta de estresse por reações fisiológicas do organismo, diante de demandas externas que prejudicam o seu estado de equilíbrio adaptativo e funcional (Barreto & Toledo, 1998). Entretanto, o prolongamento da exposição frente às situações de estresse podem repercutir num quadro sindrômico e patológico, originando assim distúrbios transitórios ou mesmo doenças graves. De acordo com essa nova hipótese, cada atividade estaria relacionada com um diferente estado normal, controlado pelo sistema nervoso central (SNC) e mantido por ações coordenadas de vários sistemas efetores. Foi este princípio que levou a origem do conceito inicial de alostasia de Sterling & Eyer, (1988), no qual a estabilidade do meio interno é alcançada através da mudança.

A regulação ao redor de um estado aparentemente alterado é a essência da alostasia (Goldstein, 2003). A alostasia depende da ativação de processos de adaptação por mediadores químicos como catecolaminas, esteróides da glândula supra-adrenal e citocinas. Quando ocorre superexposição a situações crônicas estressantes, as respostas fisiológicas são iniciadas, resultando em resposta alostática. Ao conjunto de alterações necessárias para manter a alostasia dá-se o nome de carga

alostática (McEwen, 1998). Se a resposta alostática é suficiente, ocorre adaptação e o organismo é protegido de danos. Porém, se a resposta alostática é prolongada, inadequada ou se o estressor aumenta ou se multiplica, ou ainda se há falha de adaptação, o resultado é a sobrecarga alostática, ou seja, má adaptação e danos a vários órgãos (McEwen & Stellar, 1993).

A partir das diferentes definições da palavra estresse, Lazarus (1993) descreve quatro pressupostos essenciais que devem ser observados: 1) um agente causal interno ou externo, que pode ser denominado de agente estressor; 2) uma avaliação que diferencia tipos de estresse de acordo com o possível agravo que pode provocar (dano, ameaça e desafio); 3) os processos de “coping” ou resiliência utilizados para lidar com os eventos estressores e 4) e finalmente um padrão complexo de efeitos na mente ou no corpo, sejam visíveis ou não, denominados reação ao estresse.

O Modelo Interativo do estresse aborda a troca e a interação entre o organismo e seu meio e define que *“enfrentamento refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo e controle de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos limites pessoais de cada indivíduo”*. Se por um lado o contexto da saúde/doença tem se tornado cada dia mais amplo e abrangente, trazendo fatores novos que precisam ser estudados para uma análise melhor do contexto vivenciado pelo sujeito, e com isso indicar a terapêutica mais adequada para cada caso, por outro os fatores de estresse precisam ser adequadamente compreendidos, uma vez que, independente do elemento desencadeador, influenciarão em elementos de ordem ocupacional, familiar, social, ambiental, dentre outros (Seidl *et al.*, 2001)

Uma significativa contribuição partiu de McEwen (1998) como resultado de uma ampla pesquisa dentro da área médica onde fez várias afirmativas interessantes e importantes para se refletir sobre a conceituação do estresse na relação saúde-doença e que se aplica também no processo da DTM. Para ele o conceito de Estresse muito contribui para a dinâmica psicológica da relação saúde/doença, e assim foi possível enxergar e observar as evidências clínicas resultantes de efeitos específicos de estresse mais precisamente nos sistema imunológico e cardiovascular. Segundo este autor, o

conceito de homeostase não conseguiu nos ajudar a entender o que ele chamava de "pedágio oculto" do estresse crônico sobre o corpo e poderíamos dizer, que não sabemos até onde isto vai dentro dos micros sistemas endógenos do organismo humano. Graças ao estresse não conseguimos manter a constância, e nossos sistemas fisiológicos acabam por oscilar para atender às demandas, criando um estado chamado pelo autor de "alostase". Neste conceito existe uma determinada carga "alostática" como custo da exposição crônica à flutuação deste desequilíbrio, como resposta neural, e/ou neuroendócrinas resultantes de reincidentes situações de estresse que se tornam crônicas ao longo do tempo tais como um desafio ambiental onde um indivíduo reage quase que instintivamente e de forma particularmente estressante (McEwen, 1993).

Esta nova formulação enfatiza as relações em cadeia e cascata começando desde os primórdios da vida, entre fatores ambientais e predisposição genética que levam a grandes e discrepantes diferenças individuais na suscetibilidade ao estresse e, em alguns casos, a relação saúde/doença, especialmente nas DTM. Desde então temos estudos empíricos com base nesta formulação, bem como novos *insights* sobre os mecanismos que envolvem mudanças específicas nos sistemas: neural, neuroendócrino e imunológico (Oliva *et al.*, 2009). As implicações destas mudanças na prática clínica exigem pesquisas adicionais, pois dependem de estudos clínicos multifatoriais longitudinais, que levarão algumas décadas para serem finalizados (Lazarus, 1993).

2.3. Fatores psicológicos no estresse pós trauma físico e ansiedade dentro da DTM

Kim *et al.*(2010) investigaram as características clínicas e psicológicas da DTM em pacientes com história de trauma. As características clínicas e psicológicas de 34 pacientes com DTM e história de trauma foram comparadas com os 340 pacientes com DTM sem nenhum relato de trauma. Foram utilizados o CMI (Craniomandibular index) para as características clínicas de pacientes com DTM e o SSI (Índice de gravidade dos sintomas) para avaliar a múltiplas dimensões da dor. Também foi utilizado para avaliação psicológica o "SCL-90-R" um *check-list* de sintomas com seis questões

(Symptom Checklist-90-review). Os resultados mostraram que os pacientes com distúrbios temporomandibulares e relato de trauma físico exibiram resultados na avaliação clínica (CMI), foram significativamente mais elevados, inclusive no índice de palpção, também apresentaram valores superiores na duração, na intensidade sensorial, intensidade afetiva, tolerabilidade, no escopo de sintoma, e no índice de gravidade total. Além disso, esses pacientes apresentaram valores mais elevados nas dimensões sintoma de somatização, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, e ideação paranóide. Quanto à dor de origem miofascial, com relato de trauma físico, com fatores psicossociais e disfunção temporomandibular estavam intimamente relacionados.

Os resultados de De Leeuw *et al.* (2005) e Bertoli *et al.* (2007) foram muito semelhantes aos de recentes estudos clínicos de Kim (2010). Estes estudos apresentaram valores mais elevados em quase todas as dimensões sintoma da SCL-90-R com semelhante constatação de que os índices globais que medem a aflição/ansiedade psicológica, ansiedade e intensidade dos sintomas, respectivamente, foram maiores em pacientes com DTM com relato de trauma. Observaram correlações positivas e muito significativas entre os diversos sintomas e o SSI (Índice de Intensidade de Sintomas). Assim tais fatores acima devem ser considerados na avaliação e gestão de pacientes com DTM e relato de trauma, sendo que aqueles pacientes com relato de trauma mais grave apresentaram maior disfunção psicológica em comparação com aqueles sem nenhum relato, principalmente em pacientes com dor de origem miofascial. Para tal os autores recomendam as abordagens multidisciplinares e abrangentes como obrigatórias para o sucesso à longo prazo em pacientes com DTM.

2.4. Fatores psicológicos na etiologia da DTM

Inicialmente durante a gestação do feto humano é comum observar o feto da 16ª semana com o dedo na boca (Willians, 2000). Pesquisas realizadas na área, segundo Wilhelm (1997), têm revelado a sofisticação complexidade do aparelho perceptivo e motor do feto, e a sua crescente estruturação através do seu aparelho

neurocerebral (Turati *et al.*,2002). O mito anterior do feto, que antes considerado um ser totalmente inacessível, passa agora à condição de um ser inteligente, sensível, e com sinais de imagem que mostram a memória mesmo antes de nascer, inclusive já percebendo a luz, o sentir, o tocar, o ouvir e até mesmo reagir a situações que lhe são desagradáveis. Assim entende-se que o feto passa agora à condição de um ser humano em formação que tem capacidades de memorizar estímulos, e que está exposto principalmente à forma como sua mãe vive a gravidez, o que poderá afetar o seu desenvolvimento físico-emocional. Tudo isso devido à sensibilidade a estímulos sensoriais que o feto possui (Wilheim, 1997). Neste contexto, percebe-se que não é apenas o trauma do nascimento que marca inconscientemente o indivíduo, mas sim a forma com que o feto percebe e assim vivencia suas próprias experiências pré-natais, formas estas que irão constituir suas vivências emocionais no decorrer da vida. Deste modo, Wilheim (1997) considera que todos os fatos que ocorrem no período pré-natal recebem registros mnemônicos.

Como mostra Newcombe (1999), nesta fase o embrião já se apresenta bem definido, com boca, olhos, mãos e pés. É neste momento que os órgãos sexuais e as células ósseas começam a se formar, e o embrião se transforma em feto. Por volta da 10ª e a 12ª semana o feto começa a se exercitar, seus movimentos são intensos e são vitais para um bom desenvolvimento dos ossos e de suas experiências sensoriais, principalmente aquelas essenciais para o desenvolvimento do cérebro. Ele rola de um lado para o outro, estende-se e flexiona-se, agita os braços, dá chutes e flexiona os pés, ou seja, o feto é um ser muito pequeno capaz de realizar vários movimentos intensos (Seidl, 2001).

Segundo Vasconcelos (2008), pesquisas mostram o aumento da sua deglutição quando a mãe ingere alimento doce e a sua redução com alimento salgado e apresenta expressões faciais de agrado e desagrado ao final de 14 semanas mesmo com cerca de nove centímetros e quarenta e três gramas, ele passa a fazer movimentos de respiração e a engolir o líquido amniótico.

Para Manfredini (2007) os fatores psicológicos desempenham um papel importante na etiopatogenia da disfunção temporomandibular (DTM), como

demonstrado por um aumento do estresse, ansiedade, depressão e somatização através da DTM.

Considerando a importância dos aspectos psicossociais na DTM, Wright *et al.* (2004) usaram de uma perspectiva biopsicossocial para caracterizar os pacientes da amostra que foram identificados como sendo de alto risco, ou de HR (*High Risk* – Alto risco), de progredir de aguda a dor crônica, e outro grupo classificado como LR (*Low Risk* - baixo risco). Os autores classificaram 74 indivíduos como estando em HR (alto risco) ou LR (baixo risco), de acordo com o algoritmo de previsão. Usaram uma variedade de medidas funcionais e biopsicossocial para avaliar assuntos. O grupo de HR tinha níveis significativamente mais elevados de relato da dor, com níveis significativamente mais elevados de depressão medidos pelo Inventário de Depressão de Beck-II. Estes pacientes tinham 11 vezes maior probabilidade de apresentar Transtornos Mentais, com o diagnóstico do Eixo I clínica, e três vezes mais chances de ter um transtorno de personalidade através do Eixo II. Análises de regressão identificaram que as variáveis diferenciadas observadas entre os pacientes com HR e LR apresentaram 77% de precisão. No geral, concluíram que os pacientes de HR (alto risco) tinham mais psicopatologia do que aqueles com LR (risco abaixo), usados formas de enfrentamento mais simples e tinham dor maior em seu relato. Com apenas seis fatores psicossociais, os autores conseguiram classificar corretamente 77% dos indivíduos como sendo no grupo HR (alto risco). Quanto às implicações Clínicas e pesquisas futuras, podem em conjunto com as conclusões anteriores, permitir aos autores determinar, com maior certeza, se os pacientes que estão mais ansiosos estão em maior risco de desenvolver dor crônica. E se assim for, isto irá fornecer uma evidência adicional da necessidade de detecção precoce de pacientes de risco para desenvolver dores crônicas e daí a necessidade de encaminhá-los para um cuidado coadjuvante psicoterapêutico, como intervenção seja cognitivo-comportamental, ou outro tipo de abordagem psicológica.

Vale ressaltar que para Ferreira *et al.* (2009) a idade dos indivíduos com DTM é mais frequente entre vinte e quarenta anos, em proporção mulher: homem de 3:1, chegando até 9:1. Essa proporção bastante expressiva sugere estar relacionada ao fato das mulheres procurarem mais ajuda quando comparadas aos homens, à presença de

receptores de estrógeno na ATM e por se demonstrarem mais susceptíveis ao estresse psicossomático e à influência ao potencial hormonal dos contraceptivos orais.

2.5. Avaliação psicológica

Nas últimas décadas, pesquisas foram realizadas observando os efeitos dos tratamentos psicológicos da depressão, ansiedade e estresse relacionados à redução dos sintomas e melhora do bem estar dos pacientes odontológicos acometidos pela DTM (Mohr & Goodwin, 1999; Sheard & McGuire, 1999).

O diagnóstico dos processos emocionais, paralelamente à avaliação médica, utiliza-se de instrumentos para correlação mais precisa dos sinais e sintomas de desesperança e valores mensuráveis representativos dessa doença. Um dos principais instrumentos validados e um dos mais utilizados para este fim, são o Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory - BDI), (Beck & Steer, 1993), e a Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS), (Yesavage *et al.*, 1983; Paiva *et al.*, 2005).

Através de uma série estudos ao longo de décadas de pesquisa e revisado constantemente em diversos continentes desde 1991, as quatro escalas de BECK foram construídas por Beck & Steer (1993) após muitas observações na clínica psicológica e psiquiátrica no “Center for Cognitive Therapy” da Universidade da Pensilvânia em Philadelphia, EUA. Além do Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Scale - BDS), os autores propuseram os seguintes outros instrumentos de investigação: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Desesperança de Beck (Beck Hopeless Scale – BHS) e a Escala de Ideação Suicida de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation – BSI). Estas escalas são indicadas inicialmente para sujeitos entre 17 e 80 anos de idade, embora hajam registros do uso deste em clínica em sujeitos acima ou abaixo desta faixa etária. Estes instrumentos têm sido ostensivamente usados em pesquisa com pacientes não psiquiátricos. O BHS tem utilização mais satisfatória durante a busca de evidências e sinais de psicopatologia quando se trata de sinais de ideação

suicida, pois segundo estes autores, a depressão sempre é uma possibilidade ao qual o BHS pode ser usado.

Ressalta-se que em pesquisas com amostras de pessoas consideradas dentro da normalidade não foi observado qualquer prevalência de um estado emocional voltado para o pessimismo, pois, pelo contrário, é mais do que evidente que, via de regra, dentro de um enfoque psicossocial a prevalência do fator da “desejabilidade social” está naturalmente voltada para o otimismo e não para o pessimismo (Ribas Jr *et al.*, 2004). A correlação entre o estado emocional e as condições de saúde-doença bucal tem sido estudada recentemente, sempre na busca de estabelecer a causa das várias doenças relacionadas ao sistema estomatognático dentre elas a DTM. Por exemplo, a associação de fatores psicológicos e a doença periodontal inflamatória, apresentou correlação positiva em diversos estudos (Green *et al.*, 1986; Marcenes & Sheihan, 1992; Freeman & Gross, 1993; Monteiro da Silva *et al.*, 1995; Genco *et al.*, 1999).

Em outros estudos de correlação com fatores bucais a condição socioeconômica e estado de depressão se confirmou como indicadores de risco para doença periodontal mais severa, seguido de outros fatores como gênero, tabagismo, diabetes mellitus, e estresse (Grossi & Zambon, 1994; Grossi *et al.*, 1995; Moss *et al.*, 1996; Genco *et al.*, 1999; Teng *et al.*, 2003).

Também só recentemente a associação de fatores psicossociais e aspectos comportamentais foram ligados às condições de dor crônica nas disfunções da articulação temporomandibular (DTM). Dessa forma, acaba por ultrapassar a barreira e o paradigma da boca e sua importância e vulnerabilidade estrutural antes restrita exclusivamente às condições físicas, e anatomo-funcionais (Ferreira *et al.*, 2009).

Atualmente existem muitos exemplos de intervenções cognitivo-comportamentais e/ou analíticas utilizadas de maneira efetiva na modificação da expressão de dor e DTM, sem contar com o advento da normatização da *Research Diagnostic Criteria (RDC)*, publicado por Dworkin & LeReche (1992), que apresenta um protocolo de análise diagnóstica do paciente acometido, pressupondo dois Eixos para tal análise: o **Eixo I** que atende ao diagnóstico mecânico funcional e o **Eixo II** que visa

avaliar a função psicossomática do quadro diagnóstico do paciente de DTM (Rudy *et al.*, 1995; Dworkin *et al.*, 2002; Reibmann *et al.*, 2008; Raul *et al.*, 2011).

Portanto, o diagnóstico feito de forma correta e completa inclusive com o referido Eixo II (Dworkin; LeResche, 1992), tornará mais um instrumento para o cirurgião dentista avaliar até que ponto as alterações emocionais e também comportamentais apresentadas pelo paciente com DTM são fatores intervenientes advindos do estresse, ansiedade, desesperança e depressão e sua influência no andamento do tratamento. Assim, tem-se aumentada a eficácia clínica no processo de diagnóstico como na condução adequada de cada caso com sua especificidade, para o sucesso real e integral do tratamento dentro do âmbito da DTM.

2.6 *Research Diagnostic Criteria (RDC) para DTM*

Manfredini *et al.* (2011) realizaram de forma sistemática uma revisão da literatura sobre a prevalência de diferentes critérios de diagnóstico de pesquisa para distúrbios temporomandibulares (RDC/TMD), focando na versão 1.0 do Research Diagnostic Criteria (RDC), do Eixo I, como ferramenta diagnóstica em pacientes com DTM. Para cada um dos grupos foram registrados os dados básicos epidemiológicos relevantes, mais as informações registradas em meta-análise para posterior interpretação e discussão, tais como o tamanho da amostra e as características demográficas (idade média, do sexo feminino comparado ao masculino), prevalência dos diagnósticos atribuídos, prevalência dos diagnósticos atribuído aos gêneros; prevalência de diferentes combinações de múltiplos diagnósticos, e prevalência de DTM (apenas para estudos de comunidade), visto que o grupo clínico era formado já por pacientes com DTM. Dos vinte e um trabalhos foram separados da seguinte forma para revisão (15 trabalhos para avaliar populações de pacientes com DTM e 6 trabalhos com amostras da comunidade a princípio sem DTM). Os estudos sobre pacientes com DTM foi responsável por um total de 3.463 indivíduos (idade média de 30,2 a 39,4 anos com sintomas de DTM, a relação mulher-homem foi de 3.3), com prevalências totais de 45,3% para o grupo I com diagnóstico de distúrbio muscular, 41,1% para grupo II com deslocamento de disco, e 30,1% para transtornos grupo III

conjunta. Estudos sobre a população em geral foram responsáveis por uma total de 2.491 indivíduos, com uma prevalência geral de 9,7% para o grupo I, 11,4% para o grupo II e 2,6% para o grupo III diagnósticos mistos. Através dos relatórios de conclusão foi visto a prevalência de muitas variáveis entre os estudos. Inclusive a dor miofascial com ou sem abertura de boca limitação foi o diagnóstico mais comum em populações de pacientes com DTM, e deslocamento de disco com redução foi a diagnóstico mais comum em amostras comunitárias. Os estudos sobre os pacientes avaliam diversas cultura e etnias das populações de italianos, israelenses, chineses, americanos, alemães, suecos e brasileiros, e os estudos sobre as populações em geral foram realizados com suecos, alemães, os finlandeses e americanos. Os 15 estudos representaram um total de pacientes com DTM foi em torno de 1.836 mulheres, 553 homens, 1.074 de gênero não-especificado.

A partir deste processo de compreensão da DTM ressalta-se a importância significativa das questões psicossociais, que foram mais recentemente contempladas e aceitas no desenvolvimento dos Critérios de diagnóstico para pesquisa das Disfunções Temporomandibulares (RDC / TMD). Dworkin & Leresche (1992) recomendaram que, além da diagnóstico físico (Eixo I), uma avaliação psicossocial de pacientes com DTM precisava ser codificado no Eixo II. Assim passou a envolver o impacto psicossocial da crônica dor, a intensidade característica, e a deficiência atribuída à dor em DTM.

Esta ênfase sobre a importância do perfil psicológico abre questões que se refletem nos resultados de vários estudos recentes sobre pacientes com DTM. Carlson *et al.* (1995) descreveram que os pacientes com sintomatologia dolorosa relataram também sintomas de depressão, ansiedade, fadiga, e disfunção do sono diferentemente dos pacientes sem sintomas de dor orofacial.

Em outro estudo, Korszun *et al.* (1996) examinaram a comorbidade de transtornos psicológicos como depressão e ansiedade com dor crônica facial e DTM, e encontrou que 28% dos pacientes com DTM preencheram os critérios para a diagnóstico de depressão.

O papel de interferências oclusais e fatores psicológicos na etiologia de desordens temporomandibulares (DTM) tem sido o foco de intensa investigação e

debate (McKinney, 1990). Outros estudos, como o realizado por Michelotti *et al.* (2005), sobre interferências artificiais em indivíduos sem história de DTM mostraram adaptação às interferências dentro de um prazo bastante curto.

Desta forma o papel principal dos fatores oclusais na etiologia da DTM tem sido questionados. Pacientes com DTM geralmente demonstram vulnerabilidade emocional, problemas psicossomáticos, e uma relação positiva entre distúrbios psicológicos e transtornos físicos (Alanen *et al.*, 2002).

Enquanto os fatores psicológicos parecem ser importantes no resultado do tratamento (Suvinen *et al.*, 1997) e na dor crônica do paciente com DTM, as evidências sobre os distúrbios psicossociais nestes pacientes, segundo Meldonesi (2000), pode estar equivocada. Alguns estudos indicam uma semelhança com pacientes com dor crônica, enquanto outros não oferecem nenhuma evidência de diferenças consistentes na DTM. Por outro lado pode-se afirmar que o Estresse, bem como a sua percepção, sua interpretação e a sua comunicação entre seus vários sintomas, tem recebido crescente atenção na literatura. Parece existir uma tendência dos pacientes com DTM a ampliar seu relato com outros tipos de sintomas. Assim, um processo de somatização e hipocondria têm sido sugeridos no estudo diagnóstico da DTM. Dificuldades em se habituar e com isso adaptar ao estresse e uma maior vigilância para a estimulação física estão associados a esta somatização, e, conseqüentemente, limiares mais baixos para dor, maior sensibilidade à dor experimental, e a convicção de doença também têm sido observados em pacientes com DTM. A somatização também prevê níveis mais elevados de dor em pacientes com DTM em tratamento. Algumas observações sugerem que muitos destes pacientes apresentam uma história de socialização difícil, problemas em lidar com o estresse, assim como distúrbio emocional, e certo negativismo, com sinais de depressão, desamparo, comportamento agressivo, e conflitos interpessoais (Meldolesi, 2000).

Além disso, o impacto de um histórico prévio de DTM e contatos com dentistas e médicos também precisam ser levados em conta. Em estudo onde dois grupos de indivíduos, um com e outro sem histórico de DTM, observou-se um aumento significativo de sintomas vistos como verdadeiros nos pacientes portadores de DTM.

Sugere-se que as interferências podem até servir como micro agentes estressores psicológicos e somáticos e como efeito gatilho que pode precipitar o estresse e as respostas somáticas, pois afetam a percepção dos sintomas. Desta forma desafiam o enfrentamento e adaptação do indivíduo frente aos agentes estressores causadores da dor e mais significativamente pela DTM (Cestari, K. & Camparis, C.M.2002)

O trabalho de Manfredini (2010) objetivou investigar a presença de sintomas de humor e pânico-agorafóbico em pacientes com DTM, dentro de uma abordagem da psicopatologia investigados por meio de um exame clínico padronizado para isso. Numa amostra de 131 indivíduos, com sinais e sintomas de DTM, foram utilizados dois instrumentos, um para avaliar humor (Moods-Sr) e outro para avaliar o pânico agorafóbico espectro (PAS-SR). Os resultados uma prevalência maior de ambos no elemento humor ($P < 0,001$) e de pânico com agorafobia ($P < 0,01$). Com relação ao humor, as diferenças maiores surgiram na avaliação de sintomas depressivos. Como para o espectro do pânico agora-fóbico, pacientes com dor miofascial diferiram dos outros grupos para a presença de sensibilidade ao estresse, pânico, ansiedade de separação, sintomas agorafóbicos e de hipocondria. Assim este pesquisador concluiu que pacientes com dor miofascial diferiram em relação a alguns sintomas psicopatológicos, enquanto os três últimos grupos apresentaram perfis muito semelhantes em relação à DTM, ou seja do sub-grupo com deslocamento de disco, do sub-grupo distúrbios da articulação e do terceiro sub-grupo sem DTM, mostrando o quanto é forte a correlação entre dor miofascial na DTM e os fatores psicológicos notadamente dentro de um quadro psicopatológico.

2.7. Considerações sobre a dor na DTM e fatores psicológicos

Para Sousa (2002) a dor é caracterizada como uma expressão pluridimensional e multidimensional também descrita pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. Pode-se considerar então a dor como um processo dinâmico que envolve aspectos

qualitativos, sensitivos e emocionais, sendo que as dores orofaciais enquadram-se entre aquelas originadas das desordens temporomandibulares (DTM), frequentemente ligadas a sintomatologia crônica. Tais condições se associam a vários aspectos fisiopatológicos, neurofuncionais, psicológicos, sociais e culturais.

O diagnóstico depende de um exame clínico minucioso, segundo Dworkin & Le Resche (1992), feito de forma criteriosa, com vistas a um diagnóstico precoce e identificação de fatores psicológicos do paciente com DTM crônica, os quais são contribuintes para o aparecimento ou perpetuação da desordem por meio do aumento da atividade muscular, presença de fatores cognitivos e comportamentais.

Os aspectos psicológicos mais frequentes nesses indivíduos são a depressão e a ansiedade, motivo pelo qual necessitam de intervenção multidisciplinar em razão da natureza físico-psicológica inerente, pois dessa consideração resulta que as condições psicológicas da pessoa naquele dado momento podem produzir uma percepção da dor alterada ou aumento da sua tolerância à estimulação dolorosa. Daí a necessidade de um suporte psicológico para gerar um processo de otimização que faça fluir o tratamento odontológico, o que é conseguido através de uma abordagem humanizada e acolhedora de toda a equipe para gerar a sinergia suficiente na dinâmica da cura do paciente (Cestari, K. & Camparis, 2002).

O Modelo biopsicossocial foi apresentado por Dworkin *et al.* (1993) e talvez seja a maneira mais correta para se entender o processo doloroso. Este modelo descreve que os impulsos gerados por estímulos nociceptivos chegam ao SNC, passam pela formação reticular e sobem até os centros mais elevados, ocorrendo interação entre eles. A interação desses centros resulta na experiência da dor somando-se à influência psicossocial da experiência individual. Esse modelo é especialmente importante quando se analisa um indivíduo com dor crônica, fato este muito comum na DTM. O interessante deste modelo é que a mente e corpo não podem ser interpretados de modo isolados quando se experimenta a nocicepção, ou seja, o paciente deve ser analisado do ponto de vista médico-físico, psicossocial, comportamental e funcional, dentro de uma abordagem sistêmica.

2.8. Psicodiagnóstico e sua instrumentação para DTM

Não obstante, sob a forte influência das tendências científicas que incentivavam o uso de critérios mais objetivos, os inventários e entrevistas estruturadas com cunho psicométrico refletem avanços no diagnóstico em psicologia. No campo da psiquiatria, e Odontologia, tal estratégia pareceu sobrepor-se à psicologia influenciando a busca de uma série de conjuntos estruturados de entrevista como critério externo para a sua validação de projetos de pesquisa com a preocupação em avaliar aspectos psicológicos (Goldstein & Hersen, 1990, *apud* Cunha, 2000).

Porém, no campo da Psicologia mesmo focando a questão odontológica da DTM, não se pode perder de vista o caráter nosológico da avaliação das emoções através das entrevistas realizadas. Já a psicometria manteve seu caráter de enquadramento psicológico, pois ocorre de forma direta ou indireta a questão diagnóstica, sempre relevante e ética para aquele paciente que busca sua cura, permanecendo mais complexa do que seria desejável o caráter subjetivo deste processo (Cunha, 2000).

Mesmo considerando a qualidade psicométrica da entrevista estruturada, “faltam-lhe elementos importantes de *rapport*, riqueza idiográfica e a flexibilidade que caracterizam interações menos estruturadas” (Groth-Marnat, 1999). Ressalta-se que “*rapport*” é definido como construção do vínculo profissional-paciente para a realização da entrevista no processo diagnóstico.

Assim se, por um lado, o transtorno misto de ansiedade e depressão foi proposto aparentemente para resolver um problema da comorbidade, tem que, por outro lado, carregar consigo o ônus dessa situação, em saber quais sintomas se superpõem e em que medida (Serralta & Freitas, 2002).

Em pesquisa, isto pode ser fascinante, mas, na avaliação do caso individual, pode resultar em dúvidas cruciais, se está em jogo o diagnóstico. Por outro lado, o psicólogo, muitas vezes, identifica sintomas sub-clínicos reconhecendo a necessidade de definir níveis de psicopatologia (Cunha 2000).

3. PROPOSIÇÃO

A proposta deste trabalho foi avaliar e mensurar a Ansiedade, Desesperança, Estresse psicológico e Estresse fisiológico através em pacientes com a disfunção temporomandibular com dor miofascial.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos Éticos

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic, mediante protocolo: 2011/0210. O estudo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde de 10 de Outubro 1996 e pelo Código de Ética Profissional Odontológico, segundo a resolução CFO179/93 (ANEXO 1).

4.2 Amostragem: estudo observacional transversal analítico.

De um total de 158 pacientes, recrutados sequencialmente no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, foram incluídos na amostra 57 pacientes com distúrbio da articulação têmporomandibular (DTM) e com dor miofascial. Somente após a anuência dos voluntários, a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os mesmos foram considerados participantes da pesquisa. Os voluntários da pesquisa foram recrutados das Clínicas de Dor Orofacial dos cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, em Campinas, SP, após a devida e criteriosa avaliação através da RDC/TMD “Research Diagnostic Criteria”, Dworkin & Leresche (1992) que está em anexo.

4.2.1 Critérios de Inclusão:

Foram incluídos os voluntários que aceitaram e assinaram o termo de consentimento; enquadraram-se no grupo de estudo: apresentavam DTM e dor orofacial; preencheram mais de 80% das questões; possuíam ficha clínica devidamente preenchida da RDC/DTM; todos os dados de identificação epidemiológicos legíveis.

Foram excluídos os voluntários que não possuíam dor miofascial, que não assinaram o termo de Consentimento; pacientes com diagnóstico de: artralgia sem sintomas musculares e/ou poliartrite; pacientes com emergências médicas e/ou odontológicas; desordens neurológicas (ex., neuralgia/nevralgia do nervo trigêmeo, etc.); sinais e sintomas claros de transtornos de personalidade de acordo com o CID10; não responderam pelo menos 80% das questões; não apresentaram relatos

consistentes auto-biográficos, durante a anamnese psicológica, inclusive nos relatos de dor e DTM.

4.3 Coleta de Dados:

Fase I :

Foi feita uma fase de calibração com as equipes de CD do curso de pós-graduação de DTM da SLM a fim de ajustar a interação e cooperação junto a pesquisa, sendo observada um valor de concordância intraexaminador satisfatório (Kappa >0,81)

Fase II :

Os pacientes com diagnóstico de DTM e dor orofacial foram submetidos à primeira sessão individual de atendimento odontológico usando RDC/TMD para avaliação clínica de seu diagnóstico, e dentro do possível neste mesmo dia correção ou controle dos fatores de oclusão, funcionais e/ou parafuncionais que contribuem para a DTM, particularmente, as interferências oclusais e instabilidade ortopédica. Os voluntários receberam atendimento nas Clínicas pelos alunos de Mestrado da instituição, responsáveis pela condução de cada caso, dentro dos protocolos devidamente indicados. Desta avaliação de caráter odontológico, foram colhidos os seguintes dados usando RDC/TMD e classificação da dor (leve, moderada ou severa) durante a palpação, ausência de dor, pressão positiva ou negativa.

Fase III :

Em seguida este paciente que já recebeu um diagnóstico prévio de DTM com dor miofascial foi acompanhado para uma outra sala clínica onde passou por um processo de acolhimento e humanização, depois confirmação de dados relatados pelo paciente e dados da ficha de avaliação da RDC feitos pelo Cirurgião Dentista.

Fase IV :

Entrevista inicial com o paciente voluntário, usando para isso o modelo de entrevista cognitiva de Ainsworth (1998) e Giovanni & Stein (2005). Este modelo foi estruturado em sete etapas: (1) estabelecimento de “rapport” (criação de vínculo e personalização da entrevista);(2) explicação dos objetivos da entrevista; (3) relato livre;(4) questionamento;(5) recuperação variada e extensiva dos dados;(6) síntese e (7) fechamento.

Fase V :

Em seguida o pesquisador, após esclarecer os objetivos da pesquisa, entregou primeiramente o termo de consentimento. Em seguida foi distribuída a cópia dos questionários para o voluntário, o qual preencheu sem a presença do mesmo, porém sob sua supervisão para eventuais dúvidas, devolvendo os formulários após o preenchimento.

Fase VI :

Após a devolução dos questionários e testes psicológicos, o psicólogo responsável realizou avaliação prévia dos resultados a fim de verificar se há necessidade de alguma intervenção de suporte psicológico a mais.

Fase VII :

Cada instrumento foi avaliado e seus dados computados e transferidos para planilha no Excel. Ressalta-se que estes instrumentos apresentam escores já definidos e devidamente validados para comparação entre as populações. As ferramentas foram aplicadas conjuntamente, na mesma sessão.

4.4 Instrumentos Utilizados:

Instrumento 1: BAI Inventário de Ansiedade de Beck (Beck, 1992)

A mensuração da ansiedade sempre foi reconhecida como uma das emoções humanas básicas de extrema importância, já que os chamados transtornos de ansiedade podem ser considerados uma das principais dificuldades humanas enfrentadas pelos humanos Raper & Barlow (1991).

O BAI foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1988, a partir de vários outros instrumentos de auto-relato usados para medir aspectos da ansiedade, dos quais foram selecionados os itens que passaram a compor o inventário. O BAI é uma escala de auto-relato que mede a intensidade de sintomas de ansiedade presentes e prevalentes.

Conforme Beck & Steer (1993), o BAI foi construído para medir sintomas de ansiedade, que são compartilhados de forma mínima com os da depressão. Este

instrumento criado inicialmente para o uso com pacientes psiquiátricos, mostrou-se adequado para a população em geral.

O inventário em si é constituído por 21 questões com afirmações descritivas dos sintomas de ansiedade, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo sempre numa escala de 4 pontos que refletem os níveis de gravidade crescente dos sintomas apresentados. Para isto foram cunhadas as expressões: – 1)absolutamente não, 2)levemente, não me incomodou muito, 3) moderadamente, foi muito desagradável, mas pude suportar. Pontos de corte usados para ansiedade BAI: mínimo de 0 a 7, leve 8 a 15, moderado 16 a 25, grave 26 a 63)

Os itens incluídos por Beck & Steer (1993) são os seguintes: 1)dormência ou formigamento, 2) sensação de calor, 3) tremores nas pernas, 4)incapaz de relaxar, 5)medo que aconteça o pior, 6) atordoado ou tonto, 7) palpitação ou aceleração do coração, 8) sem equilíbrio, 9)aterrorizado, 10)nervoso, 11) sensação de sufocação, 12) tremores nas mãos, 13) trêmulo, 14)medo de perder o controle, 15)dificuldade de respirar, 16)medo de morrer, 17)assustado, 18)indigestão ou desconforto no abdômen, 19) sensação de desmaio, 20) rosto afogueado, 21) suor, não devido ao calor.

Instrumento 2: BHS Escala de Desesperança de Beck (Beck, 1992)

Originalmente foi desenvolvido como uma medida de dimensão do pessimismo, ou seja, da extensão das atitudes negativas frente ao futuro. O constructo desesperança surgiu nos anos sessenta na literatura psicanalítica como um tema central da depressão (Glanz, Haas & Sweeney, 1995), que poderia estar relacionado a vulnerabilidade a diversos transtornos mentais (Steer, Iguchi & Platt, 1994). Ainda na mesma década, levantaram-se algumas hipóteses que colocavam a desesperança como elemento chave para a formulação teórica do comportamento suicida (Werlang,1997). A partir de então, a desesperança passou a ser considerada como o nexos causal entre depressão e suicídio (Minkoff Bergman, Beck & Beck, 1973), compondo a tríade teórica de Beck sobre depressão. Este modelo foi construído para operacionalizar o componente desesperança do modelo cognitivo de Beck sobre depressão Neimeyer & Feixas (1992).

Esta escala é dicotômica, tipo certo ou errado, composta por 20 itens sobre desesperança. 1)penso no futuro com esperança e entusiasmo; 2)seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim; 3)quando as coisas vão mal não ajude a saber que elas não podem continuar assim pra frente; 4)não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos; 5)tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer; 6)no futuro eu espero ter sucesso no que mais me interessa; 7)meu futuro me parece negro; 8)acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoas comum; 9)simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que eu consiga, no futuro; 10)minhas experiências passadas me preparam bem para o futuro; 11)tudo o que posso ver a minha frente e mais desprazer do que prazer; 12)não espero conseguir o que realmente quero; 13)quando penso futuro, espero ser mais feliz do que sou agora; 14)as coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero, 15)tenho uma grande fé no futuro; 16)nunca consigo o que quero, assim é tolice querer qualquer coisa; 17)é pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro; 18)o futuro me parece vago e incerto; 19)posso esperar mais tempos bons do que maus; 20)não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. Pontos de corte usados para avaliar a desesperança do BHS foram: mínimo 0 a 3, leve 4 a 8, moderado 9 a 13, grave 14 a 20.

A análise destes dados permite que seja possível avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto (Beck & Steer, 1993). A soma dos itens dará o escore total, sendo necessário considerar o funcionamento psicológico do paciente, intensidade da depressão e presença, ou não, de ideação suicida. Este instrumento é um indicador psicométrico de risco de suicídio, sendo útil nos pacientes com depressão ou histórico de tentativas de suicídio.

Instrumento 3- Escala de Estresse para Adolescentes/adaptado para Adultos (Tricoli & Lipp, 2005)

Este instrumento é composto por quarenta e quatro afirmativas, onde o voluntário determinará se apresenta os sintomas descritos e sua prevalência, assim

como os períodos em que estes sintomas ocorreram. Receberá um instrumento onde assinalará escores de 1 a 5 para sintomas (não sente, raramente sente, às vezes sente, quase sempre sente, sete sempre), e escores de 1 a 5 para os Períodos (não ocorreu, ocorreu nas últimas 24 horas, tem ocorrido na última semana, tem ocorrido no último mês, tem ocorrido nos últimos 6 meses) num total de 44 questões.

As afirmativas são subdivididas para a determinação do Sintoma Predominante (psicológico, cognitivo, fisiológico, interpessoal), e fase predominante (alerta, resistência, quase-exaustão, e exaustão). Os resultados obtidos, diferenciados para os gêneros masculino e feminino, determinaram o estresse pela comparação com o ponto de corte já validado (Tricoli & Lipp, 2005). Para a presente pesquisa foram considerados somente as dimensões do estresse psicológico e fisiológico, selecionando-se as questões referentes e devidos escores a partir da mensuração padronizada pelos autores. Os pontos de corte usados para avaliação de dois tipos de estresse avaliados foram: para o estresse fisiológico feminino, a seguinte classificação com ponto de corte: leve a partir de 2.34, moderado a partir de 2.89, grave a partir de 3.44; já para o estresse fisiológico masculino: leve a partir de 1.78, moderado a partir de 2.33, grave a partir de 2.88. Por outro lado para o estresse psicológico feminino foi considerado leve a partir de 2.40 a 2.95, moderado de 2.955 a 3,555 e grave a partir de 3.555. Já o estresse psicológico masculino considerado leve a partir de 2.28, e moderado a partir de 2.83 e grave a partir de 3.38.

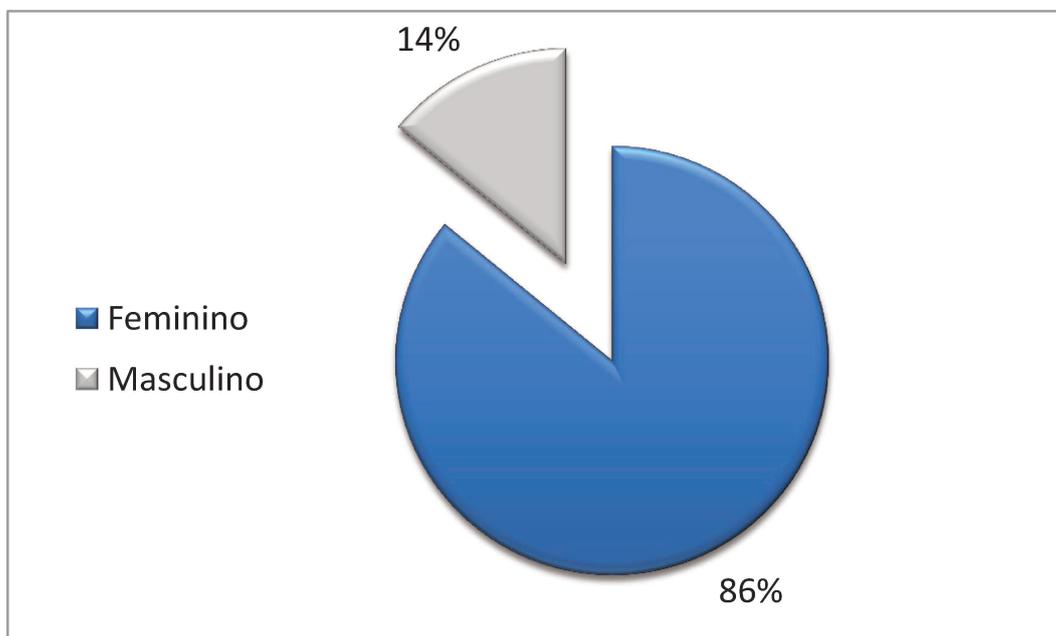
4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Após a tabulação das respostas, foram realizadas a análise estatística descritiva (média, desvio padrão, valores mínimo, máximo e mediana) e tabela de frequências das variáveis categóricas, foi realizada análise bivariada utilizando os valores do Qui-quadrado ou Fischer (frequência menor que 5) do intervalo de confiança, odds ratio, e p, para isso considerou-se um nível de significância de 0,5% ($p < 0,05$). A correlação de Spermán foi calculada entre os instrumentos dos instrumentos utilizados no estudo.

6.0 RESULTADOS

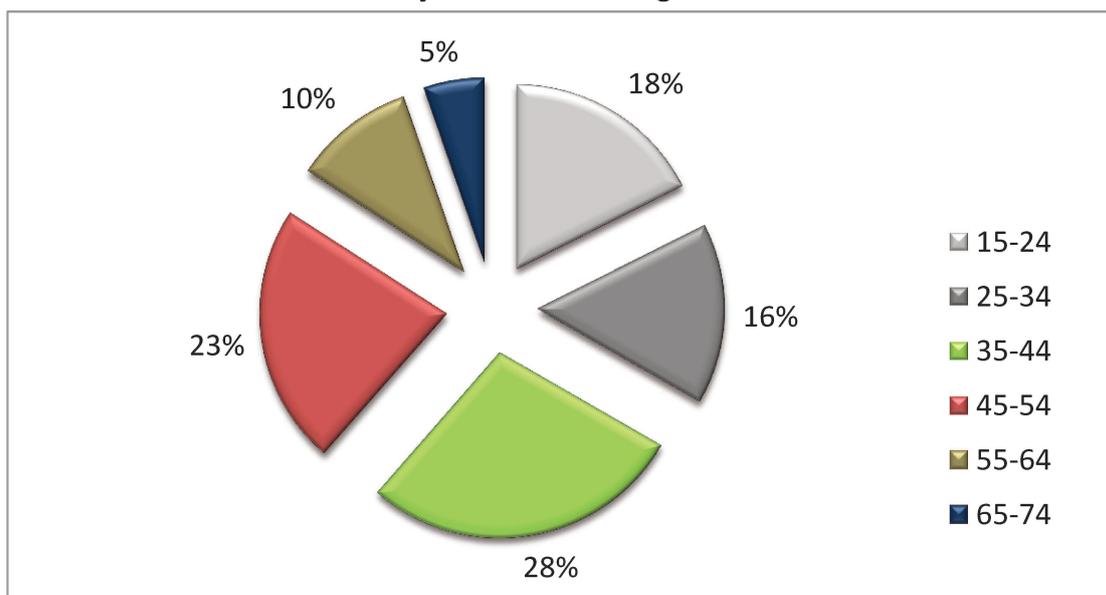
O gráfico 1 mostra a distribuição da amostra segundo o gênero, onde 86% eram do gênero feminino e 14% masculino, do total de 57 participantes da pesquisa.

Gráfico 1 – Distribuição da Amostra segundo o Gênero (n= 57)



O Gráfico 2 mostra a distribuição da amostra segundo a faixa etária, na qual 28% com idade entre 35 a 44 anos, em seguida com 23% com idade entre 44 a 54 anos, com 18% com idade entre 15 e 24 anos e 16% entre 25 a 34 anos.

Gráfico 2 – Distribuição da Amostra segundo a Faixa Etária.



Segundo a escolaridade dos pacientes, a maioria apresentou o ensino médio completo(42%), seguido do ensino fundamental completo (19%) (Tabela1).

Tabela 1 – Distribuição da Amostra segundo a Escolaridade dos pacientes

Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental Completo	11	19%
Ensino Fundamental Incompleto	8	14%
Ensino Médio Completo	24	42%
Ensino Médio Incompleto	4	7%
Superior Completo	5	9%
Superior Incompleto	4	7%
Pós Graduação	1	2%
Total	57	100%

Com relação ao tempo em que a dor miofascial começou a se apresentar, com a média de 98 meses (8 anos e 2 meses), com o mínimo de 3 meses e máximo de 32 anos e mediana de 4 anos (tabela2).

Tabela 2 – Média, Mediana, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo do Tempo de manifestação da dor miofascial (n= 57)

	Meses	Anos
Média	98	8 anos e 2 meses
Mediana	48	4 anos
Desvio Padrão	101	8 anos e 5 meses
Mínimo	3	3 meses
Máximo	384	32 anos

Diante do relato da presença de hábitos parafuncionais, o bruxismo esteve presente em 29,8% dos casos e o apertamento em 22,8%, enquanto os dois hábitos em conjunto estiveram presentes em 10,5% dos casos num total de 63,1% .

Tabela 3 - Hábitos parafuncionais relatados pelos pacientes

Hábitos Parafuncionais	n	%
Apertamento	13	22,8
Bruxismo	17	29,8
Apertamento e Bruxismo	6	10,5
Apertamento e Onicofagia	2	3,5
Onicofagia	2	3,5
Mascar goma	1	1,8
Abrir e Fechar a boca constantemente	1	1,8
Sem hábitos	15	26,3
Total	57	100%

Com relação ao relato, sobre a presença de qualquer acometimento neuropsiquiátrico, 81% disseram não apresentar qualquer acometimento, enquanto os 19% restantes relataram alguma alteração neuropsiquiátrica (Tabela 4). Dentre os relatos apresentados estão a depressão, ansiedade, epilepsia e nevralgia.

Tabela 4 – Relato de alterações neuropsiquiátricas pelos pacientes avaliados

Alteração Neuropsiquiátrica	n	%
Ausente	46	81
Presente	11	19
Total	57	100

Analisando os dados individualmente, foi possível classificar em presença e ausência do estresse psicológico e fisiológico, como demonstra a Tabela 5.

Tabela 5 – Interpretação dos resultados de Estresse empregado em pacientes com Dor

Estresse Psicológico	N
Presença	19
Ausência	38
Total	57
Estresse Fisiológico	n
Presença	37
Ausência	20
Total	57

A avaliação da Ansiedade através da escala de Beck (Beck Anxiety Index: BAI) dos pacientes com dor miofascial demonstrou que 22,8% dos pacientes apresentaram grau leve de ansiedade, enquanto 21,1% da amostra foi classificada como grave (Tabela 6).

Tabela 6 – Resultados apresentados do BAI para a amostra avaliada

BAI (ansiedade)		n	%
Mínimo	0—7	14	24,6
Leve	8—15	13	22,8
Moderado	16—25	18	31,6
Grave	26—63	12	21,1
Total		57	100,0

Avaliando-se o grau de desesperança da amostra, apenas 1,8% foi classificado como grave. O maior percentual se concentra nos níveis mínimo e leve (56,1% e 33,3% respectivamente), numa somatória de 89,4% (Tabela 7).

Tabela 7 – Resultados apresentados do BHS para a amostra avaliada

BHS(desesperança)		N	%
Mínimo	0—3	32	56,1
Leve	4—8	19	33,3
Moderado	9--13	5	8,8
Grave	14--20	1	1,8
Total		57	100,0

Avaliando o estresse psicológico de acordo com o gênero, os resultados mostram que 34,7% das mulheres apresentaram estresse, e apenas 25% dos homens apresentaram a mesma classificação (Tabela 8).

Tabela 8 – Ausência e Presença de Estresse Psicológico de acordo com o Gênero

Estresse Psicológico	Homens	Mulheres
Presença	2 (25%)	17 (34,7%)
Ausência	6 (75%)	32 (65,3%)
TOTAL	8	49

Avaliando o estresse fisiológico de acordo com o gênero, os resultados mostram que 65,3% das mulheres apresentaram alterações fisiológicas, enquanto 62,5% para os homens (Tabela 9).

Tabela 9 – Ausência e Presença de Estresse Fisiológico de acordo com o Gênero

Estresse Fisiológico	homens	mulheres
Presença	5 (62,5%)	32 (65,3%)
Ausência	3 (37,5)	17 (34,7)
TOTAL	8	49

Considerando o tempo de início da dor miofascial e o gênero, 40,8% das mulheres apresentam a sintomatologia de 0 a 3 anos, enquanto 36,7% apresentam tais sintomas há mais de 6 anos, já para os homens 62,5% apresentam dor de 0 a 3 anos e (Tabela 10).

Tabela 10 – Tempo de manifestação da Dor Orofacial em função do Gênero

Tempo de Dor - Gênero	Feminino	Masculino
De 0 a 3 anos	20 (40,8%)	5 (62,5%)
De 4 a 6 anos	11 (22,9%)	0 (0,0%)
Acima de 6 anos	18 (36,7%)	3 (37,5%)
Total	49	8

Ao relacionar o relato de hábitos parafuncionais e a presença de estresse psicológico, observou-se que 35,1% dos pacientes com hábitos parafuncionais também apresentaram índices compatíveis com estresse psicológico (Tabela 11).

Tabela 11 – Hábitos Parafuncionais em função da presença de estresse psicológico.

ESTRESSE PSICOLÓGICO			
Hábitos Parafuncionais	Ausência	Presença	TOTAL
Apertamento	9	4	13
Bruxismo	12	5	17
Apertamento e Bruxismo	4	3	7
Apertamento e Onicofagia	0	2	2
Onicofagia	2	0	2
Mascar goma	1	0	1
Abrir e Fechar a boca constantemente	0	1	1
Sem hábitos	9	5	14
	37	20	57
Total	(64,9%)	(35,1%)	(100,0%)

Com relação ao estresse fisiológico, 64,9% apresentaram hábitos parafuncionais, sendo que destes, 19,29% com prevalência de bruxismo (Tabela 12).

Tabela 12 – Hábitos Parafuncionais em função da ausência e presença de estresse fisiológico.

ESTRESSE FISIOLÓGICO			
Hábitos Parafuncionais	Ausência	Presença	TOTAL
Apertamento	4	9	13
Bruxismo	6	11	17
Apertamento e Bruxismo	1	6	7
Apertamento e Onicofagia	0	2	2
Onicofagia	1	1	2
Mascar goma	1	0	1
Abrir e Fechar a boca constantemente	0	1	1
Sem hábitos	7	7	14
	20	37	57
Total	(35,1%)	(64,9%)	(100,0%)

Avaliando-se a intensidade da Ansiedade e a presença de hábitos parafuncionais, 17,5% dos pacientes com grau máximo de ansiedade (grave) apresentavam hábitos parafuncionais. O bruxismo foi mais frequente em pacientes com grau mínimo de ansiedade em 14,3% destes (Tabela 13).

Tabela 13 – Hábitos Parafuncionais em função do Índice de Ansiedade.

(ANSIEDADE)	BAI				
	Hábitos Parafuncionais	Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Apertamento	2	7	3	1	13
Bruxismo	8	5	2	2	17
Apertamento e Bruxismo	2	1	1	3	7
Apertamento e Onicofagia	0	0	0	2	2
Onicofagia	1	0	1	0	2
Mascar goma	1	0	0	0	1
Abrir e Fechar a boca constantemente	0	0	1	0	1
Sem hábitos	4	4	4	2	14
Total	18 (31,6%)	17 (29,8%)	12 (21%)	10 (17,5%)	57 (100,0%)

Considerando a desesperança, analisada pelo BHS, 3,5% dos pacientes com hábitos parafuncionais apresentaram índices considerados graves. A maioria dos pacientes com hábitos parafuncionais foi classificado com BHS mínimo, sendo que 17,54 % destes apresentaram bruxismo (Tabela 14).

Tabela 14 – Hábitos Parafuncionais em função do Índice de Desesperança.

(DESESPERANÇA)	BHS				
	Hábitos Parafuncionais	Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Apertamento	9	2	2	0	13
Bruxismo	10	4	3	0	17
Apertamento e Bruxismo	4	2	0	1	7
Apertamento e Onicofagia	2	0	0	0	2
Onicofagia	2	0	0	0	2
Mascar goma	1	0	0	0	1
Abrir e Fechar a boca constantemente	0	1	0	0	1
Sem hábitos	8	5	0	1	14
Total	36 (63,1%)	14 (24,6%)	5 (8,8%)	2 (3,5%)	57 (100,0%)

O estresse psicológico esteve presente em 35,1%, sendo que, a metade destes pacientes apresentaram dor miofascial no período de 0 a 3 anos (Tabela 15).

Tabela 15 – Tempo de início dos sintomas de dor em função do estresse Psicológico.

Estresse Psicológico			
Tempo	Ausente	Presente	TOTAL
0 a 3 anos	15	10	25
4 a 6 anos	7	4	11
acima de 6 anos	15	6	21
	37	20	57
TOTAL	(64,9%)	(35,1%)	(100,0%)

Dos pacientes avaliados, a maioria apresentou sintomas característicos do estresse fisiológico, sendo que 37,8% (n=14) destes apresentam estes sintomas há mais de 6 anos e 28,07% de 0 a 3 anos (n=16) (Tabela 16).

Tabela 16 – Tempo de início dos sintomas de dor em função do estresse Fisiológico

Estresse Fisiológico			
Tempo (meses)	Ausente	Presente	TOTAL
0 a 3 anos	9	16(28,07%)	25
4 a 6 anos	4	7	11
acima de 6 anos	7	14	21
	20	37	57
TOTAL	(35,1%)	(64,9%)	(100,0%)

Ao observarmos o grau de ansiedade e o tempo de manifestação da dor, 36,8% apresentam sintomas há mais de 6 anos, e destes, 1/3 apresentam ansiedade moderada (Tabela 17).

Tabela 17 – Tempo de início dos sintomas de dor em função da Ansiedade (BAI)

(ANSIEDADE)	BAI				TOTAL
	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
0 a 3 anos	9	8	5	3	25
4 a 6 anos	3	6	0	2	11
acima de 6 anos	5	4	7	5	21
	17	18	12	10	57
TOTAL	(29,8%)	(31,6%)	(21%)	(17,5%)	100,0%

O índice de desesperança é mínimo na maioria dos pacientes (63,1%), sendo que 38,8% destes apresentam sintomatologia há mais de 6 anos (Tabela 18).

Tabela 18 – Tempo de início dos sintomas de dor em função da Desesperança (BHS)

(DESESPERANÇA)	BHS				TOTAL
	Tempo (meses)	Mínimo	Leve	Moderado	
0-3 anos	15	7	2	1	25
4 a 6 anos	7	3	1	0	11
acima de 6 anos	14	4	2	1	21
	36	14	5	2	57
TOTAL	(63,1%)	(24,6%)	(8,7%)	(3,5%)	(100,0%)

Na tabela 19, verifica-se a associação entre as variáveis sociais, clínicas e psicológicas em relação a severidade da desesperança medida pelo BHS. Não houve associação significativa entre as variáveis independentes e o desfecho.

Tabela 19 – associação entre a Escala de desesperança de Beck (BHS) em função das variáveis independentes.

(DESESPERANÇA)	GRAU	BHS	OR	IC	p
Variável Independente	mínimo/leve n (%)	moderado/severo n (%)			
Gênero					
Masculino	7(87,5)	1(12,5)	1,02	0,1065-9,8382	0,5751
Feminino	43(87,75)	6(12,24)	Ref		
Escolaridade					
Até Ensino Médio	16(80)	4(20)	2,83	0,5660-14,1831	0,3774
Acima do Ensino Médio	34(91,89)	3(8,10)	ref		
Tempo de Dor					
< 5 anos	22(88)	3(12)	0,95	0,1932-4,7172	0,7267
≥ 5 anos	28(87,5)	4(12,5)	ref		
Hábitos parafuncionais					
Sim	37(86,04)	6(13,95)	2,10	0,2314-19,2043	0,8371
Não	13(92,85)	1(7,14%)	ref		
Alteração					
Neuropsiquiátrica	40(88,88)	5(11,11%)	0,62	0,1054-3,7071	0,9792
Sim	10(83,33)	2(16,66)	ref		
Não					

OR= odds ratio ; IC=intervalo de confiança; nível de referência da variável é moderado/ severo

A tabela 20 mostrou uma associação significativa ($p=0,00383$) entre o grau de ansiedade e alteração neuropsiquiátrica, ou seja os indivíduos com alteração neuropsiquiátrica tiveram 6,25 mais chances de apresentar grau moderado/severo de ansiedade do que aqueles sem alteração.

Tabela 20 – Associação entre o inventário de ansiedade de Beck (BAI) em função das variáveis independentes.

(ANSIEDADE)	Grau	BAI			
Variável Independente	mínimo/leve n (%)	moderado/severo n (%)	OR	IC	p
Gênero					
Masculino	4 (50)	4 (50)	1,13	0,230-5,609	0,8035
Feminino	23 (54)	27 (46)	ref		
Escolaridade					
Até Ensino Médio	8 (40)	12 (60)	1,76	0,585-5,321	0,4621
Acima do Ensino Médio	20 (51,3)	17 (45,9)	ref		
Tempo de Dor					
< 5 anos	17 (68)	8 (32)	0,60	0,203-1,804	0,5286
≥ 5 anos	18 (56,3)	14 (43,8)			
Hábitos parafuncionais					
Sim	27 (62,8)	16 (37,2)	0,79	0,231-2,692	0,9514
Não	8 (57,1)	6 (42,9)	Ref		
Alteração Neuropsiquiátrica					
Sim	2 (16,7)	10 (83,3)	6,25	1,226-31,838	0,0038
Não	25 (55,6)	20 (44,4)	Ref		

Na tabela 21 não houve a associação entre as variáveis independentes e o estresse fisiológico.

Tabela 21 – Associação entre estresse fisiológico em função das variáveis independentes

Variável Independente	Estresse fisiológico		OR	IC	p
	sem/leve	moderado/severo			
	n (%)	n (%)			
Gênero					
Masculino	28 (57,1)	21 (42,9)	0,75	0,1679-3,3511	0,9946
Feminino	4 (50)	4 (50)	ref		
Escolaridade					
Até Ensino Médio	14 (70)	6 (30)	0,40	0,1281-1,2866	0,2038
Acima do Ensino Médio	18 (48,6)	19 (51,3)	Ref		
Tempo de Dor					
< 5 anos	13 (52)	12 (48)	1,34	0,4697-3,8752	0,7735
≥ 5 anos	19 (59,4)	13 (40,6)	ref		
Hábitos parafuncionais					
Sim	23 (53,5)	20 (46,5)	1,56	0,4499-5,4452	0,6913
Não	9 (64,3)	5 (35,7)	ref		
Alteração Neuropsiquiátrica					
Sim	27 (60)	18 (40)	0,47	0,1306-1,7357	0,4180
Não	5 (41,7)	7 (58,3)	ref		

Observou-se na tabela 22 uma associação significativa ($p=0,0003$) entre alteração neuropsiquiátrica e estresse psicológico, assim portadores deste tipo de alteração tiveram menos chance de apresentar estresse psicológico do que aqueles sem alteração.

Tabela 22- associação entre estresse psicológico em função das avariáveis independentes

Variável Independente	Estresse psicológico		OR	IC	p
	sem/leve n (%)	moderado/severo n (%)			
Gênero					
Masculino	6 (75)	2 (25)	0,57	0,1046-3,1502	0,8062
Feminino	31 (63,3)	18 (36,7)	ref		
Escolaridade					
Até Ensino Médio	13 (65)	7 (35)	0,99	0,3179-3,1087	0,7790
Acima do Ensino Médio	24 (64,9)	13 (35,1)	ref		
Tempo de Dor					
< 5 anos	15 (60)	10 (40)	1,46	0,4907-4,3842	0,6838
≥ 5 anos	22 (68,8)	10 (31,3)	ref		
Hábitos parafuncionais					
Sim	28 (65,1)	15 (34,9)	0,96	0,2734-3,4007	0,7904
Não	9 (64,3)	5 (35,7)	ref		
Alteração Neuropsiquiátrica					
Sim	33 (89,2)	4 (10,8)	0,08	0,0205-0,3180	0,0003
Não	8 (40)	12 (60)	ref		

De acordo com a tabela 23, pode-se afirmar que há correlação positiva fraca significativa entre as variáveis BHS e BAI, Estresse fisiológico e Estresse Psicológico, sendo que a única associação sem significância foi a verificada entre BHS e estresse fisiológico.

Tabela 23 – Correlação entre desesperança(BHS), ansiedade(BAI), estresse fisiológico e estresse psicológico

Variáveis	Correlação de Spearmann	p
BHS e BAI	0,3647	0,0053
BHS e Estresse Fisiológico	0,2082	0,1201
BHS e Estresse Psicológico	0,2807	0,0344
BAI e Estresse Fisiológico	0,3342	0,0110
BAI e Estresse Psicológico	0,4724	0,0002
Estresse Fisiológico e Estresse Psicológico	0,5752	<0,0001

6. DISCUSSÃO

Embora não se tenha evidências seguras de que fatores psicológicos e psicossociais são de relevância significativa na relação causal da compreensão da DTM, tal qual como em outros transtornos de dor crônica, o presente trabalho objetivou estudar tal relação (Greene *et al.*, 1982;. Friction, 1985;. Grzesiak, 1991; McCreary *et al.*, 1991;. Gamsa, 1994 a, b; Greene, 1995; Suvinen & Reade, 1995; Okeson, 1997; Leresche, 1997; McNeill, 1997; Dworkin & Suvinen, 1998; Garafalo *et al.*, 1998;. Rollman & Gillespie, 2000; Sipilä *et al.*, 2001; Jones *et al.*, 2003).

Os dados coletados no presente trabalho mostraram correlação significativa da presença da ansiedade e da desesperança em pacientes com dor miofascial. Para Ferreira *et al.* (2009) a idade dos indivíduos com DTM é mais frequente entre vinte e quarenta anos. O presente trabalho confirma tal ocorrência, onde a proporção da amostra foi de 6 mulheres selecionadas para um homem. Todavia é importante citar que esta amostra é de conveniência e recrutada sequencialmente, deste modo o número de mulheres pode ter sido maior pelo local do tratamento (centro de estudos), onde naturalmente um número maior de mulheres o procura. Contudo, importante ressaltar que para controlar este viés, o oferecimento do tratamento foi realizado nos finais de semana, propiciando condições para ambos os grupos. Observou-se também que 34,7% das mulheres com DTM e dor apresentavam estresse psicológico, comparado a 25% dos homens. Diversos estudos epidemiológicos recentes também comprovaram esta tendência (Carlsson, 2006; Oliveira *et al.*, 2006).

O presente trabalho utilizou o recurso da testagem utilizando instrumentos validados (escala BAI e BHS, estresse), de uso corrente na Psicologia, sendo que 37,8% dos voluntários apresentaram para o estresse fisiológico e com sintomas de dor há mais de 6 anos. Apesar da ausência de estudos longitudinais relacionando fatores psicológicos e ocorrência de DTM, a etiologia destas disfunções esbarra nos fatores psicológicos (Beutler, 1986; Brown, 1990; Dworkin, 1994a; Macfarlane *et al.*, 2002d;. McBeth *et al.*, 2002). Assim, parece coerente afirmar que, embora tenhamos

consciência da importância do estudo dos fatores intervenientes e, se possível, de forma longitudinal, ainda com limitações para se realizar avaliações que possam utilizar adequadamente essas informações para uma melhor abordagem do paciente. Isso possivelmente persistirá até que se tenham recursos tecnológicos suficientes de mensuração e precisão correlacionando fatores psicológicos às DTMs.

O longo histórico de dor relatado traz uma série de consequências para o paciente com DTM, visto que a dor o torna incapacitado para que mantenha uma série de atividades laborais livres seja no âmbito individual ou coletivo. Embora não tenha sido estatisticamente relacionado com as variáveis dependentes, o tempo de dor (acima de 60 meses) apresentou um valor de OR de 0,52, indicativo de tendência deste fator ser protetor em relação à ansiedade. À medida que a dor persiste ao longo do tempo também persiste o fator de resiliência para manter o organismo dentro dos padrões homeostáticos, ou seja, garantindo o mínimo de equilíbrio frente ao enfrentamento da dor. Desta forma, os dados mostram a tendência de longo histórico de dor miofascial em se tornar fator de proteção da DTM, à medida que estes indivíduos buscam mecanismos de manutenção da qualidade de vida (Korff *et al.*, 1992).

No entanto, as influências psicológicas são de vital importância na avaliação e gestão da efetividade do tratamento individual e subjetiva da experiência da dor associada com DTM (Gale e Funch, 1984; McCreary *et al.*, 1992;. Turk *et al.*, 1993;. Suvinen & Reade, 1995; Friction & Olsen, 1996; Krogstad *et al.*, 1996;. Suvinen *et al.*, 1997a;. Dworkin & Suvinen, 1998; Jensen *et al.*, 2001;. Dworkin *et al.*, 2002a). Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como uma sensação desagradável em nível sensorial e emocional associada a um dano real e/ou potencial (Merskey, 1986), o que significa dizer que o aspecto psicológico sempre vai ser importante na avaliação no processo da dor em DTM, não somente devido ao espaço aberto pelo chamado Eixo II (espaço para avaliação dos fatores psicossociais), mas pela necessidade de se aprofundar na investigação destes fatores psicológicos como intervenientes no processo da DTM antes e durante a dor.

Respeitando as novas tendências de gerar mudanças no paradigma de apenas priorizar a ficha de critérios do Eixo I e gerar maior integração com o Eixo II, Anderson *et al.* (2011) comentaram sobre a importância de uma revisão mais criteriosa em busca de uma nova concepção do *Research Diagnostic Criteria* para Desordens Temporomandibulares (RDC/TMD). Estes autores discutiram a necessidade de mudanças na nomenclatura na tentativa de proporcionar maior consistência aos achados na comparação com outros sistemas de diagnóstico. Além da expansão no Eixo I em especial é preciso expandir através da inclusão de condições diferenciadas da DTM e seus distúrbios, e assim torná-lo mais abrangente e clinicamente mais útil. Uma grande parte das recomendações atuais está voltada para o Eixo II, e focadas também nas condições de dor crônica que precisam incluir mais instrumentos padronizados que garantam a expansão dos domínios avaliados. Além disso, explorar métodos para uma melhor e maior integração do Eixo I e II em múltiplos ambientes clínicos.

Outro resultado apresentado no presente trabalho demonstra a relação entre ansiedade e dor miofascial, corroborando com os achados de Southwell *et al.*,1990; Lennon *et al.*,1990; Dahlstrom *et al.*, 1997; Manfredini, 2004; Ferrando *et al.*, 2004; Niemi *et al.*, 2006, e levantando a necessidade de se focar com maior atenção na avaliação dos fatores psicológicos dos pacientes com dor miofascial.

O principal sintoma indicador da DTM e claramente associado com a ansiedade, o bruxismo é considerado uma atividade parafuncional comum que inclui o ranger e o apertamento dos dentes diurnos ou noturnos. O bruxismo foi também no presente estudo o sintoma mais prevalente. A dor representa um importante problema clínico, social e econômico e exige uma exploração multidisciplinar, abordando aspectos psicossociais, comportamentais e biomédicos. Para a melhoria do diagnóstico e tratamento destas condições de dor e limitação de atividade muscular, é importante caracterizar seus padrões de referência e sua prevalência. Um diagnóstico precoce pode evitar um colapso maior de todo o sistema estomatognático. Diante disso, é válido estudar a prevalência de hábitos parafuncionais, DTM e a provável associação destas com os fatores psicológicos em adultos jovens, na tentativa de estabelecer políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Cantagallo & Brandini (2010) mostraram que a presença de bruxismo e apertamento em pacientes apresentando

estresse fisiológico chegou a 35,1%, enquanto os mesmos hábitos com a presença da ansiedade chegou a 68,3% dos pacientes, sendo que pacientes que apresentavam grau relativo de desesperança, 36,9% apresentaram os dois hábitos.

A variável independente Alteração Neuropsiquiátrica foi estatisticamente associada com os fatores Ansiedade e Estresse psicológico, corroborando com estudos de Seraidarian (2002), podendo ser esta associação interpretada como um fator de proteção. Tal fato parece ser importante no contexto clínico do tratamento de pacientes com dor miofascial, pois não considerar a força destas alterações neuropsiquiátricas que podem comprometer o sucesso do tratamento da DTM pelo cirurgião dentista, reforçando a importância do tratamento multiprofissional.

7.0. CONCLUSÕES

Concluiu-se que os fatores intervenientes estudados podem ser vistos como moderadores do processo de evolução do quadro da DTM, sugerindo-se que se amplie o espectro de importância e aplicação deste tipo de abordagem para o processo de trabalho do cirurgião dentista. O que vai ao encontro de um conceito de saúde integral.

REFERÊNCIAS

Alanen P. Occlusion and temporomandibular disorders (TMD): still unsolved question? J Dent Res 2002;81:518-9.

Anderson GC, Gonzalez YM, Ohrbach R, Truelove EL, Sommers E, Look JO, *et al.* Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Future Directions. J Orofac Pain. 2010 ;24(1):79-88 .

Bertoli E, Leeuw R, Schmidt JE, Okeson JP, Carlson CR. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. J Orofac Pain. 2007;21(2):107-19.

Bovel SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005; 13(5): 107-119.

Bracher ESB, Pietrobon R, Eluf-Neto J . Cross-cultural adaptation and validation of a Brazilian Portuguese version of the chronic pain grade. Quality of Life Research 2010; 19: 847-852.

Camparis CM, Cardoso Jr C. A Psicologia da Dor: Aspectos de interesse do cirurgião dentista. Disponível em www.odontologia.com.br. 2002

Carlson WM. Sensitivity of patients with painful temporomandibular disorders to experimentally evoked pain. Pain 2000; 63(3), 341-351.

Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães AS. Tratamento das disfunções temporomandibulares na clínica odontológica. São Paulo: Ed. Quintessence; 2006.

Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. J Orofac Pain 1999; 13:232-7.

*De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada na norma do Internacional Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviaturas dos periódicos em conformidade com o Medline.

Cestari K, Camparis CM. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. JBA, 2002; 2(5): 54-60.

Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2003; 11(2): 215-219.

Chrousos GP, Gold PW. The Concept of Stress and Stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. JAMA 1992; 267 (9): 1244-52.

Cunha JA. Psicodiagnóstico – Fundamentos 1 Estratégias de avaliação: perspectivas em psicologia clínica. SP. Editora Artmed; 2000. v.19.

Dahlstrom L, Widmark G, Carlsson SG. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. Eur J Oral Sci 1997;105:377–83.

De Leeuw R, Bertoli E, Schmidt JE, Carlson CR. Prevalence of traumatic stressors in patients with temporomandibular disorders. J Oral Maxillofac. 2005a; Surg.63: 42–50.

De Leeuw R, Bertoli E, Schimidt JE, Carlson CR Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in orofacial pain patients. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2005b; 99: 558–568.

Derogatis L. The SCL-90-R .Manual. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research Unit. Johns Hopkins University School of Medicine; 1977.

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J.Craniomand.Disord.1992. 6:327-330.

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J.Craniomandib.Disord 1992; 6:301–55.

Dworkin SF, Suvinen TI. Orofacial pain/temporomandibular disorders. Review of the scientific literature on biobehavioural aspects of temporomandibular disorders. Behavioral, cognitive and emotional factors related to etiology, assessment, diagnosis

and management. In: Proceedings of the World Workshop on Oral Medicine III, Chicago: IL (invited paper); August 2–5, 1998.

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

Dworking SF, Massoth DL. New understanding of behavioral and psychosocial aspects of chronic orofacial pain. *Dentistry today* 1993; 38: 40-5.

Egermark I, Carlsson GE, Magnusson T. A 20-year longitudinal study of subjective symptoms of temporomandibular disorders from childhood to adulthood. *Acta Odontol Scand.* 2001;59(1):40-8.

Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT, Ferraz Júnior AML, Ferreira LA. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares. revisão de literatura. *RFO, set/dez.* 2009; 14(3): 262-267.

Ferrero J, Barreto MP, Toledo M. Estrés y salud. Em P.M. Martín, J.G. Martínez & M.T. Aliaga (Orgs.), *Intervención en psicología y salud.* Valencia: Promolibro; 1998 (pp.9-58)

Franks BD. What is stress? *Quest*, 1994; 46(1): 1-7.

Fricton JR. Behavioral and psychosocial factors in chronic craniofacial pain. *AnaesthProg* 1985;32:7–12.

Gale EN, Funch DP. Factors associated with successful outcome from behavioral therapy for chronic temporomandibular (TMJ) pain. *JPsychosom Res* 1984;28:441–8.

Gamsa A. The role of psychologic factors in chronic pain. I. A halfcentury of study. *Pain* 1994a;57:5–15.

Gamsa A. The role of psychologic factors in chronic pain. II. A critical appraisal. *Pain* 1994b;57:17–29

Genco RJ, Ho AW, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Relationship of estresse, diestresse and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *J. Periodontol* 1999;70:711–23.

- Goldstein DS. Catecholamines and stress. *Endocr. Reg.* 2003, 37:69-80.
- Greene CS, Olson RE, Laskin DM. Psychological factors in the etiology, progression, and treatment of MPD syndrome. *JADA* 1982;105:443–8.
- Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford R *et al.*. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol* 1995; 66:23–9.
- Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunfort RG, Machtei EE *et al.* Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol* 1994; 65:260–7.
- Groth-Marnat G. Current status and future directions of psychological assessment: Introduction. *Journal of Clinical Psychology* 1999, 55: 781–785.
- Grzesiak RC. Psychologic considerations in t mporomandibular dysfunction: a biopsychosocial view of symptom formation. *DentClin North Am* 1991;35:209–26.
- Jones DA, Rollman GB, White KP, Hill ML, Brooke RI. The relationship between cognitive appraisal, affect, and catastrophizing in patients with chronic pain. *J Pain* 2003;4:267–77
- Kim H II, Lee JY, Kim YK, Kho HS. Clinical and psychological characteristics of TMD patients with trauma history. *Oral Diseases* 2010, 16: 188–192.
- Korszun A, Hinderstein B, Wong M, Peterson LJ. Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 1996; 82(5):496-500.
- Krogstad BS, Jokstad A, Dahl BL, Vassend O. Relationships between risk factors and treatment outcome in a group of patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1996;10:48–53.
- Llewellyn CD, Warnakulasuriya S. The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life. *Eur J Oral Sci* 2003; 111: 297–304.

Manfredini D, Bandettini di Poggio A, Cantini E, Dell'Osso L, Bosco M. Humor e ansiedade desordem temporomandibular e psicopatologia: uma abordagem espectro. J Oral Rehabil. 2004 Oct;31(10):933-40.

Manfredini D, Cantini E, Romagnoli M, Bosco M. Prevalence of bruxism in patients with different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) diagnoses. Cranio 2003;21:279–85.

Manfredini D, Marini M, Pavan C, Pavan L, Guarda-Nardini L. Psychosocial profiles of painful TMD patients. J Oral Rehabil. 2009;36:193-8.

McCreary CP, Clark GT, Oakley ME, Flack V. Predicting response to treatment for temporomandibular disorders. J Craniomand Dis Facial Oral Pain 1992;6:161–9.

McEwen BS, Stellar E. Stress and the Individual: Mechanisms Leading to Disease. Arch Intern Med. 1993;153(18):2093-2101.

McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. N. Engl. J. Med 1998, 33: 171-179.

McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. J Prosthet Dent 1997;77:510–22.

Meldolesi GN, Picardi A, Accivile E, Toraldo di Francia R, Biondi M. Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. Psychother Psychosom 2000; 69:322-8.

Melzack R,Coderre TJ, Katz J and Vaccarino AL. Central Neuroplasticity and Pathological Pain. Annals of the New York Academy of Sciences, 2001. 933: 157–174.

Michelotti A, Farella M, Gallo LM, Veltri A, Pallas S, Martina R. Effect of occlusal interference on habitual activity of human masseter. J Dent Res 2005;84:644.

Moss ME, Beck JD, Kaplan BH, Offenbacher S, Weintraub JA, Koch GG *et al.*. Exploratory case control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. J. Periodontol 1996; 67:1060–9.

Ng, Leung. A community study on the relationship between stress, coping, affective dispositions and periodontal attachment loss. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 252–6.

Okeson JP. Current diagnostic classification scheme and assessment of patients with temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:61–4.

Okeson JP. *Dor orofacial, guia de avaliação diagnóstico e tratamento* São Paulo: Quintessence; 1998.

Okeson JP. *Orofacial Pain, guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Carol Stream, Illinois: Quintessence Publishing; 1996.

Oliva AD, Dias GP, Reis RAM. Plasticidade sináptica: natureza e cultura moldando o Self. *Psicologia e Reflexão Crítica*. 2009; 22(1): 128.

Paradela E M P, Lourenço R A, Veras R P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(6):918-923.

Pallas S. *Mioartropatias do sistema mastigatório e dores orofaciais*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. 183-6.

Parker MW. A dynamic model of etiology in temporomandibular disorders. *JADA* 1990;120:283–90.

Pergher GK, Stein LM. Entrevista cognitiva e terapia cognitivo comportamental: do âmbito forense a clinica. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 2005; 1(2): 11-19.

Reibmann DR, John MT, Wassell RW, Hinz A. Psychosocial profiles of diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 237–244.

Ribas Jr RC, Seidl de Moura ML, Hutz CS. Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. *Aval. psicol.* [periódico na Internet]. 2004 Nov. 3(2): 83-92.

Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain* 2000;4:71–81.

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

Seidl de Moura ML, & Ribas AF. Evidências sobre características de bebês recém-nascidos: Um convite a reflexões teóricas. In: M.L. Seidl de Moura (Ed.), *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo; 2004.pp. 21-60.

Seidl de Moura ML. Dentro e fora da caixa preta: A mente sob um olhar evolucionista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2005: 21 (2), 141-147

Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC Análise Fatorial de uma medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia:Teoria e Pesquisa* 2001: 17(3): 225-234.

Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Books Inc.; 1956. 324.

Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 1936, 138(1): 32.

Selye H. History and Present Status of the Stress Concept. In: Goldberger L, Breznitz S. *Handbook of Stress -Theoretical and Clinical Aspects*.New York:Free Press; 1986.p.7-20

Selye H. The general adaptive syndrome and disease of adaptation. *J. Clin. Endocrinol.* 1946: 6: 117-230.

Selye H. *The story of the adaptation syndrome*. Montreal: Acta, Inc. Med. Pub., 1952.

Serralta FB, Freitas PRR. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. *JBA* 2002, 2(5): 20-25.

Sipila K, Veijola J, Jokelainen J, Jarvelin MR, Oikarinen KS, Raustia AM, *et al.* Association of symptoms of TMD and orofacial pain with alexithymia: an epidemiological study of Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Cranio* 2001;19:246–51.

Slater A, Von der Schulenburg C, Brown E, Badenoch M, Butterworth G, Parsons S, *et al.* Newborn infants prefer attractive faces. *Infant Behavior and Development* 1998; 21: 345-354.

Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev.Latino-americana.Enfermagem* 2002; 10(3):446-7.

Sterling P, Eyer J. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fischer J, Reason J. (Eds.) *Handbook of life stress, cognition and health*. New York: John Wiley & Sons Inc.;1988.p. 629-649.

Suvinen TI, Reade PC, Sunden B, Gerschman JA, Koukounas E. Temporomandibular disorders: Part II. A comparison of psychologic profiles in Australian and Finnish patients. *J Orofacial Pain* 1997; 11:14757.

Teng HC, Lee CH, Hung HC, Tsai CC, Chang YY, Yang YH *et al.*. Lifestyle and psychosocial factors associated with chronic periodontitis in Taiwanese adults. *J. Periodontol* 2003; 74:1169–75.

Tjakkes GHE, Reinders JJ, Tenvergert EM, Stegenga B. TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8(46): 1-8.

Tuija I. Suvinen, Karl R. Hanes, Jack A. Gerschman, Peter C. Reade. Psychophysical Subtypes of Temporomandibular Disorders. *J. Orofacial Pain* 1997. 11:200-205.

Turk DC, Rudy TE, Zaki HS. Multiaxial assessment and classification of temporomandibular disorder pain patients. In: Friction JR, Dubner R, editors. *Orofacial pain and temporomandibular disorders*. New York: Raven Press Ltda; 1995.p. 145–63.

Vasconcelos Filho JO, Menezes AV, Freitas DQ, Manzi FR, Bóscolo FN, Almeida SM. Condylar and Disk Position and Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders in Stress-Free Subjects. *JADA*, 2007 138(9): 1251-1255.

Venâncio R, D'Ávila S, Camparis C. Aspectos psicológicos envolvidos nas dores orofaciais. *Rev ABO Nac.* 2007;15(3):185-8.

ANEXO 1- APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA



São Leopoldo Mandic
Faculdade de Odontologia
Centro de Pesquisas Odontológicas
Certificado de Cumprimento de Princípios Éticos

C E R T I F I C O que, após analisar o projeto de pesquisa

Título "Avaliação da relação entre Ansiedade-Estresse-Desesperança e Dor em pacientes com disfunção Têmporomandibular"

Pesquisador principal: Manoel Rosas dos Reis Jr

Orientador: Antonio Carlos Pereira

Data Avaliação: 8/8/2011 **Nº Protocolo:** 2011/0210

o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia e Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic considerou que o projeto está de acordo com as diretrizes para a proteção do sujeito de pesquisa, estabelecidas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Campinas, SP, Brazil, terça-feira, 6 de dezembro de 2011

CERTIFICATION OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES

I hereby, certify that upon analysis of the Research Project,

Title: " Evaluation of Anxiety-Stress-Holpelessness and Pain relationship in temporomandibular disfunction patients"

Main Researcher(Author): Manoel Rosas dos Reis Jr

Advisor: Antonio Carlos Pereira

the Committee of Ethics for Research of São Leopoldo Mandic School of Dentistry and Research Center, has considered the mentioned project to be in accordance to the guidelines of protection to the subject of the research, established by the Regulation number 196/96, from the National Health Council of the Brazilian Health Ministry.

Prof. Dr. Rui Barbosa de Brito Júnior
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

093538

ANEXO II BHS- BECK HOPELESS SCALE



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na última semana, incluindo hoje, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.

1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. C E
2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. C E
3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. C E
4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. C E
5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. C E
6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. C E
7. Meu futuro me parece negro. C E
8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. C E
9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. C E
10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. C E
11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. C E
12. Não espero conseguir o que realmente quero. C E
13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. C E
14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. C E
15. Tenho uma grande fé no futuro. C E
16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. C E
17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. C E
18. O futuro me parece vago e incerto. C E
19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. C E
20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. C E

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO 3 - BAI – (BECK ANXIETY INVENTORY)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

Traduzido e adaptado por permissão: © The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO 5 – QUESTIONARIO EIXO II – RDC/TMD

Figura 1 - Versão em português do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II* (Dworkin; LeResche, 1992).

Nome do Investigador		Prontuário do Paciente		Data: ____/____/____ dia mês ano	
Nome do Paciente:					
Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (DTM): Eixo II Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD): Axis II					
Por favor, leia cada pergunta e marque com um X somente a resposta que achar mais correta.					
1. O que você acha da sua saúde em geral?		<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima		1 2 3 4 5	
2. Você diria que a saúde da sua boca é:		<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima		1 2 3 4 5	
3. Você já sentiu dor na face em locais como: a mandíbula (queixo), nos lados da cabeça, na frente do ouvido, ou no ouvido nas últimas quatro semanas?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		0 1	
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 14.a → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta					
4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez? → Se começou há um ano ou mais, responda a pergunta 4.a → Se começou há menos de um ano, responda a pergunta 4.b					
4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez? _____ anos		→ Passe para pergunta 5			
4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez? _____ meses					
5. A dor na face ocorre?		<input type="checkbox"/> O tempo todo <input type="checkbox"/> Aparece e desaparece <input type="checkbox"/> Ocorreu somente uma vez		1 2 3	
6. Você já procurou algum profissional de saúde para tratar a sua dor na face?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sim, há mais de seis meses		1 2 3	
7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para a sua dor na face agora, neste exato momento, que nota você daria, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é a "pior dor possível"?				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota para ela, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é a "pior dor possível"?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma dor" e 10 é a "pior dor possível"?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Aproximadamente quantos dias nos últimos 6 meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face? _____ dias	
11. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é "nenhuma interferência" e 10 é "incapaz de realizar qualquer atividade"?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Nos últimos 6 meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos), onde 0 é "nenhuma mudança" e 10 é "mudança extrema"?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14.a. Alguma vez a sua mandíbula (queixo) já ficou travada de uma forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca? → Se você NUNCA teve travamento da mandíbula, passe para a pergunta 15.a → Se você JÁ TEVE travamento da mandíbula passe para a próxima pergunta	0 1
<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/>	
14.b. Este travamento da mandíbula (queixo) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?	0 1
<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/>	
15.a. Você ouviu estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?	0 1
<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/>	
15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve o barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?	0 1
<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/>	
15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os dentes quando está dormindo?	0 1
<input type="button" value="Não"/> <input type="button" value="Sim"/>	

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.e. Você sente a sua mandíbula (queixo) "cansada" ou dolorida quando acorda pela manhã?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
15.g. Você sente desconfortável ou diferente a forma como os seus dentes se encostam?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.b. Você sabe se seus avós, pais ou irmãos já tiveram artrite reumatóide, lúpus ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do corpo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha, sem ser a articulação (junta) perto do ouvido? → Se você NÃO teve dor ou inchaço, passe para a pergunta 17.a → Se você JÁ TEVE dor ou inchaço, passe para a próxima pergunta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos doze meses?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)? → Se a sua resposta foi NÃO , passe para a pergunta 18 → Se a sua resposta foi SIM , passe para a próxima pergunta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
17.b. A sua dor na face já existia antes da pancada ou trauma ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
18. Durante os últimos 6 meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaqueca?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo) impedem, limitam ou prejudicam?					
a. Mastigar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
b. Beber (tomar líquidos)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
d. Comer alimentos duros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
e. Comer alimentos moles	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
f. Sorrir ou gargalhar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
g. Atividade sexual	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
h. Limpar os dentes ou a face	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
i. Bocejar (abrir a boca quando está com sono)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
j. Engolir	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
k. Conversar	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	0 1		
20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:					
	Nem Um Pouco (0)	Um Pouco (1)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Extremamente (4)
a. Por sentir dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Por ter fraqueza ou tontura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Por sentir "aperto no peito" ou no coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Por ter falta de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Por chorar facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Por culpar-se pelas coisas que acontecem ao seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> Porto Riquenho	1
	<input type="checkbox"/> Cubano	2
	<input type="checkbox"/> Mexicano	3
26. Qual a sua origem ou dos seus familiares?	<input type="checkbox"/> Mexicano Americano	4
	<input type="checkbox"/> Chicano	5
	<input type="checkbox"/> Outro Latino Americano	6
	<input type="checkbox"/> Outro Espanhol	7
	<input type="checkbox"/> Nenhuma acima	8
→ Se a sua resposta foi Nenhuma acima , passe para as outras alternativas sobre a sua origem ou dos seus familiares:		
	<input type="checkbox"/> Índio	9
	<input type="checkbox"/> Português	10
	<input type="checkbox"/> Francês	11
	<input type="checkbox"/> Holandês	12
	<input type="checkbox"/> Espanhol	13
	<input type="checkbox"/> Africano	14
	<input type="checkbox"/> Italiano	15
	<input type="checkbox"/> Japonês	16
	<input type="checkbox"/> Alemão	17
	<input type="checkbox"/> Árabe	18
	<input type="checkbox"/> Outro favor especificar: _____	19
	<input type="checkbox"/> Não sabe	20
27. Até que ano da escola você frequentou?		
→ Marque com um X apenas uma resposta:		
Nunca frequentei a escola	<input type="checkbox"/> 00	
Ensino básico (primário)	<input type="checkbox"/> 1ª série <input type="checkbox"/> 2ª série <input type="checkbox"/> 3ª série <input type="checkbox"/> 4ª série	
Ensino fundamental (ginásio)	<input type="checkbox"/> 5ª série <input type="checkbox"/> 6ª série <input type="checkbox"/> 7ª série <input type="checkbox"/> 8ª série	
Ensino médio (científico)	<input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano	
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	<input type="checkbox"/> 1º ano <input type="checkbox"/> 2º ano <input type="checkbox"/> 3º ano <input type="checkbox"/> 4º ano <input type="checkbox"/> 5º ano <input type="checkbox"/> 6º ano	
28.a. Durante as duas últimas semanas, você trabalhou em emprego ou negócio, pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?	<input type="button" value="Sim"/> <input type="button" value="Não"/>	1 2
→ Se a sua resposta foi SIM , passe para a pergunta 29		
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a próxima pergunta		
28.b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?	<input type="button" value="Sim"/> <input type="button" value="Não"/>	1 2
→ Se a sua resposta foi SIM , passe para a pergunta 29		
→ Se a sua resposta foi NÃO , passe para a próxima pergunta		
28.c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as duas últimas semanas?	<input type="checkbox"/> Sim, procurando emprego <input type="checkbox"/> Sim, afastado temporariamente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho <input type="checkbox"/> Não	1 2 3 4
29. Qual o seu estado civil?	<input type="checkbox"/> Casado(a)- esposo(a) morando na mesma casa <input type="checkbox"/> Casado(a)- esposo(a) não morando na mesma casa <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Nunca Casei – Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Morando junto	1 2 3 4 5 6 7
30. Quanto a sua família ganhou por mês nos últimos 12 meses?	Coloque o valor: R\$ _____	
Favor NÃO preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional		
___ 0 – 1 salário mínimo		
___ 1 – 2 salários mínimos		
___ 2 – 5 salários mínimos		
___ 5 – 10 salários mínimos		
___ mais de 10 salários mínimos		
31. Qual o seu C.E.P.?	_____	
Muito Obrigado. Agora veja se você deixou de responder alguma questão		