

UNIVERSIDADE POTIGUAR - UnP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

CARINA CASTRO TOSCANO DE CARVALHO

**"ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DISTÚRBIOS
PSIQUIÁTRICOS MENORES E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR SEVERA"**

Natal / RN

2008

CARINA CASTRO TOSCANO DE CARVALHO

**“ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE DISTÚRBIOS
PSIQUIÁTRICOS MENORES E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR SEVERA”**



Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação do
curso de Odontologia da
Universidade Potiguar, como requisito
parcial para obtenção do título de
Mestre em Odontologia, com área de
Concentração em Clínica
Odontológica.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Samira Albuquerque de Sousa

Natal / RN

2008

@ 2008 Universidade Potiguar – UnP

Universidade Potiguar – UnP
Av. Senador Salgado Filho, nº 1610,
Lagoa Nova, Natal/RN - 59056-000
Telefone: (84) 3215-1200
www.unp.br

Chanceler

Prof. Paulo Vasconcelos de Paula

Reitor

Prof. Manoel Pereira dos Santos

Vice-reitor e Pró-Reitor Administrativo

Prof. Eduardo Benevides de Oliveira

Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação

Prof^a Lecy de Maria Araújo Gadelha Fernandes

Pró-Reitoria de Extensão e Ação Comunitária

Prof^a Jurema Márcia Dantas da Silva

[Carvalho, Carina Castro Toscano de.](#)

Análise comparativa entre distúrbios psiquiátricos menores e disfunção temporomandibular severa / Carina Castro Toscano de Carvalho. – Natal, 2008.

Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Potiguar. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.

1. Dores Orofaciais – Dissertação. 2. Fatores Psicológicos menores – Dissertação. I. Título.

CÓPIA DA ATA DE SESSÃO DE DEFESA

Dedicatória

Dedico este trabalho:

*Ao inigualável Mestre **Jesus Cristo**, que durante sua crucificação experimentou a dor na sua mais terrível expressão e, assim, libertou os homens de todos os pecados mostrando o caminho da Vida Eterna.*

*Aos meus pais, **Sérgio e Elba**, pelo amor incondicional, exemplos de vida, ensinaram-me a viver e lutar pelos meus ideais, com fé em **DEUS**, determinação e honestidade.*

*À minha irmã, **Renata**, por ter partilhado sua vida afetiva e profissional comigo, incentivando-me a seguir o fascinante caminho da Odontologia.*

*À minha irmã **Tarcila**, pela alegria com que sempre realizou mimos afetivos depositando fortunas de carinho em minha vida.*

*Aos meus sobrinhos **Serginho e Rodriguinho** pela magia de seus sorrisos que sua simples presença me contagia.*

*Ao meu amado **Kíldery**, que embarcou comigo nesse sonho tomando-o pra si, incentivando-me e acreditando na minha capacidade de realizá-lo.*

Agradecimentos Especiais

À **DEUS**, pela minha vida, meus dons e por ter me acompanhado e carregado no colo nos momentos mais difíceis.

À **Universidade Potiguar e Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, pela oportunidade de realizar este trabalho e minha formação como mestra e pesquisadora.

À Profª Drª **Samira Albuquerque de Sousa**, não somente pela orientação deste trabalho, mas por seu companheirismo, confiança e paciência que sempre tem me dispensado.

Ao Prof. Dr. **João Carlos Alchieri**, que ante suas inúmeras ocupações sempre se mostrou solícito oferecendo grande contribuição à pesquisa.

À amiga **Judite**, simplesmente pela sua amizade afetiva e sincera, na partilha de todos os momentos.

Às amigas **Josélia, Líbia e Cristina**, que me acolheram no aconchego de seus lares, tornando minha vida estudantil familiar.

Agradecimentos

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

Ao Prof. **Uoston Holder da Silva**, por ter visto em mim uma potencial docente, incentivando a busca pelo objetivo.

Aos meus primos **Renato, Rogéria e Laura**, pela receptividade como conterrâneos e afeto como família.

Ao meu cunhado **Rodrigo**, pelo irmão que tem sido durante essa jornada.

Aos colegas: **Crisêuda, Letícia, Lúcio, Anajara, Melissa, Rogério, Larissa, Fadul, Tarcísio, Joedy, Glória, Olímpia, Alana, Catarina, Macel, Eduardo, Leonardo e Steyner** pela troca de amizade e experiências durante o curso.

À querida **Vanísia**, secretária da pós-graduação de odontologia da UnP, por seu carinho e tranquilidade em executar cada solicitação.

Ao Prof. Dr. **Gustavo Augusto Seabra Barbosa** pelo apoio e colaboração na realização deste trabalho.

Aos **pacientes** que participaram desta pesquisa, cuja participação tornou possível a realização deste sonho.

Aos professores Dr. **Flávio Seabra** e Dr. **Alexandre Dias** pelas importantes considerações em prol da melhoria desse trabalho durante o momento da qualificação.

“A competência, por sua vez, é associada a três habilidades: estudo, treino e continuidade.”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

A necessidade de correlacionar fatores psicológicos menores em pacientes portadores de DTM (Disfunção temporomandibular) foi realizada como meio de direcionar um diagnóstico fidedigno para um prognóstico seguro durante a realização do tratamento de pacientes portadores dessa disfunção. O objetivo deste estudo foi verificar a correlação entre distúrbios psiquiátricos menores e disfunção temporomandibular severa em pacientes que procuraram voluntariamente o Programa de atendimento a pacientes com Disfunção do Aparelho Estomatognático do curso de Odontologia da UFRN e clínicas de odontologia da Universidade Potiguar/UnP. Foram selecionados 137 pacientes de ambos os sexos, sendo 57 diagnosticados com DTM Severa e 80 sem DTM (grupo controle). Os pacientes foram submetidos ao questionário anamnésico (índice de Fonseca) com o intuito de quantificar o grau de DTM. Após a aplicação do questionário anamnésico, os pacientes responderam ao Questionário de Saúde Geral (QSG), o qual avalia fatores como estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbio do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral. Os resultados foram submetidos a testes estatísticos (teste t-Student não pareado) para observar se há correlação entre os fatores analisados, a análise demonstrou diferenças significantes entre os fatores psicossomáticos, distúrbios do sono, estresse, desconfiança no desempenho e saúde geral em pacientes portadores de DTM ($p=0,001$). Conclui-se que a relação entre DTM Severa e as variáveis psicológicas (estresse psíquico, desejo de morte, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, saúde geral) é de fato estreita e estatisticamente significativa. Devendo o cirurgião-dentista fazer uma análise específica e individualizada em cada caso.

Palavras-chave: Desordens Temporomandibulares – Distúrbios Psiquiátricos

Menores.

ABSTRACT

The need to correlate minor psychological factors in patients with temporomandibular disorder was performed as a means to target a reliable diagnosis for a prognosis insurance during the treatment of patients with the condition mentioned. The purpose of this study was to assess the correlation between minor psychiatric disorders and severe temporomandibular dysfunction in patients who voluntarily sought the assistance program for patients with dysfunction of the apparatus Stomatognathic the course of Dentistry of UFRN and clinical dentistry at the University of Potiguar / UnP. We selected 137 patients of both sexes, of which 57 diagnosed with Severe temporomandibular dysfunction and 80 without temporomandibular dysfunction (control group). The patients underwent anamnestic questionnaire (index of Fonseca) in order to quantify the degree of temporomandibular dysfunction. After the implementation of anamnestic questionnaire, the patients responded to the General Health Questionnaire, which assesses factors such as psychological stress, desire to death, mistrust in their own performance, sleep disorder, psychosomatic disorders and general health. The results were subjected to statistical tests to observe the existence or not of correlation among the factors, the analysis showed a significant association ($p = 0.001$) among the factors psychosomatic, sleep disorders, stress, distrust in the performance and general health in patients patients with temporomandibular dysfunction. It follows that the relationship between temporomandibular dysfunction Severe and the psychological variables (psychological stress, desire to death, sleep disorders, psychosomatic disorders, general health) is in fact close and significant. As the dentist to make an individualized and specific analysis in each case.

Key Words: Temporomandibular Disorders – Minor Psychiatric Disturbances.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. REVISÃO DA LITERATURA	6
3. PROPOSIÇÃO	23
4. METODOLOGIA	24
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	35
7. CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	53

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é um conjunto de componentes craniofaciais relacionados entre si, tanto anatômica como funcionalmente, o qual envolve a participação de várias estruturas – articulações temporomandibulares (ATMs), músculos, ligamentos, ossos, dentes, periodonto, glândulas, nervos e vasos, que permitem o equilíbrio quando apresentam integridade anatômica e funcional (CARREIRO e FELÍCIO, 2001; CUNHA *et al.*, 2003; AMANTÉIA, *et al.*, 2004).

As funções do sistema estomatognático são controladas pelo sistema nervoso, como as funções adaptativas e as clássicas. Consideramos funções adaptativas: o beijo, o sorriso, a mordida, o choro, o bocejo, a expressão facial, entre outras. As funções clássicas são: a postura mandibular, a mastigação, a sucção, a fonoarticulação, a deglutição e a respiração (DOUGLAS, 1998; CUNHA *et al.*, 2003; BIANCHINI, 2004). Com exceção da respiração, as demais funções são exclusivas do sistema estomatognático (DOUGLAS, 1994).

Alguns tipos de estímulos originados no sistema nervoso central parecem provocar várias reações orgânicas, entre elas o aumento das excitações motoras neuromusculares, o qual associado a outros fatores poderia resultar em comportamentos parafuncionais (MACIEL, 1998).

A ocorrência de condições desfavoráveis que afetam as ATMs costuma ser freqüente, pois essa articulação precisa acomodar adaptações oclusais, musculares e cervicais. Se a tolerância estrutural da ATM e da musculatura for menor que a necessidade de compensações funcionais pode ser desencadeados alguns distúrbios acompanhados de sintomatologia dolorosa, interferindo na situação muscular e articular (BIANCHINI, 2004).

A Disfunção da temporomandibular (DTM) é o funcionamento anormal da articulação temporomandibular, ligamentos, músculos da mastigação, ossos maxila e mandíbula, dentes e estruturas de suporte dentário. Quando existe a disfunção, o

paciente apresenta sintomas, como dor de cabeça, dor de ouvido e/ou zumbidos, dor ou cansaço dos músculos da mastigação, ruídos articulares e dificuldade para abrir a boca (CONTI *et al.* 1995; GONÇALVES; PEREIRA & PRADO, 2003).

A disfunção da ATM pode está relacionada a hábitos comuns, como o apertamento dentário e o bruxismo, morder objetos estranhos, roer unhas, mastigar chicletes, postura da cabeça, o de prender o telefone com o queixo ou ainda apresentar fatores relacionados com o estresse, depressão e ansiedade ou eventos traumáticos (CONTI *et al.*, 1995; PAIVA *et al.*, 1993).

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

Os resultados de algumas pesquisas sobre componentes emocionais nas DTMs demonstraram níveis elevados de ansiedade e depressão nesses pacientes; o que pareceu sugerir que testes psicológicos poderiam dividir esses pacientes em subgrupos para serem identificados de acordo com fatores comportamentais (SUVINEN, 1997).

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

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

Para compreender a dor humana é preciso, além de identificar a natureza física do agente agressor, discriminar os fatores psicológicos situacionais que podem alterar a sua percepção, o que é um evento individual e pessoal. Existem síndromes e doenças de origem psíquicas associadas, muitas vezes, à desordem temporomandibular (DTM), (MONTEIRO & ROCHA, 2003).

A dor acompanha a vida do ser humano como um dos grandes desafios da ciência em decorrência de suas múltiplas implicações. O interesse em desenvolver uma pesquisa sobre dor orofacial, a qual envolvesse saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida, surgiu devido à importância do assunto nessa área. Sabe-se que as pessoas, durante sua experiência de dor, têm seu comportamento alterado em virtude de ações desencadeadas pelo estímulo doloroso. As atividades rotineiras e cotidianas das pessoas podem sofrer alterações, tendo suas atenções desviadas no intuito de aliviar seu desconforto. A dor influencia, de uma forma ou de outra, em todos os segmentos da vida das pessoas. Influencia na vida profissional, promovendo o aumento do número de faltas ao trabalho em decorrência da procura por assistência. A experiência de dor influencia nos estudos, aumentando a frequência de faltas na escola ou desviando a atenção dos estudantes, dificultando a concentração e o aprendizado. A dor pode também influenciar nas atividades sociais, deixando as pessoas acamadas e afastadas dos parentes e amigos (NARDI, 2005).

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

A fim de favorecer a construção dos conceitos envolvidos no tema em estudo e facilitar a compreensão de tais conceitos este capítulo foi subdividido em tópicos, discorridos a seguir.

2.1 - Histórico da DTM

COSTEN (1934) foi o primeiro autor a fornecer bases anatômicas para o estabelecimento desta patologia. Desenvolveu a teoria do deslocamento mecânico, que determinava que sinais e sintomas como perda de audição, sensação de vertigem e dores nas articulações, poderiam ser causados provavelmente pelo deslocamento pósterio-superior do côndilo durante o fechamento excessivo da mandíbula, na ausência de dentes posteriores.

Em 1955, Schwartz, estudando a suposta síndrome da articulação temporomandibular (ATM), afirmou que os pacientes com problemas caracterizados por dor e limitação do movimento mandibular, eram devido ao espasmo dos músculos mastigatórios. O autor adotou o termo “Síndrome de dor e disfunção da ATM” para esta condição.

Com a continuação dos estudos Schwartz (1959) enfatizou a influência da oclusão dentária para o reconhecimento de que os distúrbios funcionais na musculatura mastigatória originam-se de alterações oclusais, podendo ser o fator primário na etiologia da disfunção da ATM.

Laskin (1969) sugeriu o termo “síndrome dor-disfunção miofascial”, atribuindo a tensão emocional como fator principal da disfunção, é iniciada mais por estresse emocional do que fatores mecânicos. O espasmo pode ser iniciado por três modos: distensão muscular excessiva, contratura muscular excessiva ou fadiga muscular. De acordo com a teoria psicofisiológica, os hábitos orais crônicos, como apertar e ranger os dentes podem ser iniciados por fatores oclusais, porém acredita-se que a principal causa seja um mecanismo involuntário de alívio de tensão.

Segundo Wenberg (1973), os fatores etiológicos da disfunção da ATM devem ser agrupados em sistêmicos e disfuncionais. Divide os fatores disfuncionais em três subgrupos: síndrome do estresse, oclusão e trauma. Chama a atenção para o que denomina a etiologia circular da síndrome de dor e disfunção da ATM. Explica o mecanismo de sustentação como sendo: a fadiga muscular crônica, o apertamento dentário crônico, hábitos de dormir e fatores sexuais.

A “teoria da etiologia multifatorial”, reconhecida por estudiosos como Krough-Poulsen (1979), afirma que fatores oclusais, associados às respostas nos músculos e articulações temporomandibulares e as condições gerais e emocionais do paciente, podem deflagrar o quadro (PAIVA et al, 1993).

Solberg (1989) conceitua “desordens craniomandibulares” e comenta que as mesmas se constituem em desconforto ou disfunções musculoesqueléticas no sistema mastigatório, agravadas pela mastigação ou outro uso da mandíbula, mas independentes de moléstia local, envolvendo os dentes e a boca. A característica das desordens craniomandibulares é a dor provocada pela função. Para o autor a dor e a disfunção caminham juntas.

Paiva *et al.* (1993) caracterizam a “síndrome dor-disfunção estomatognática” como um conjunto de sinais e sintomas que podem se manifestar nos músculos da mastigação propriamente ditos, nas articulações temporomandibulares ou em outras estruturas do sistema estomatognático, como resultado de alterações no mecanismo neuromuscular que rege tanto os movimentos mandibulares como as demais funções do sistema. É de etiologia multifatorial e requer tratamento interdisciplinar.

Para McNEILL (1990), controvérsias existem por causa do limitado conhecimento relativo à etiologia e história natural ou o curso da desordem temporomandibular. Alguns fatores etiológicos contribuintes são apenas fatores de risco, outros são causais na natureza, e outros resultam, ou são puramente coincidentes para o problema. Esses fatores são classificados como predisponentes, iniciadores (precipitantes), e perpetuadores dando ênfase no papel da progressão da desordem temporomandibular. Fatores predisponentes incluem condições

estruturais, metabólicas, e/ou psicológicas que adversamente afetam o sistema mastigatório suficientemente para aumentar o risco de desenvolver uma desordem temporomandibular. Fatores iniciadores direcionam para o avanço de sintomas que são primariamente relatados por trauma ou carregamentos adversos repetitivos do sistema mastigatório. Fatores perpetuadores tais como: a parafunção, fatores hormonais, ou fatores psicossociais, podem ser associados com alguns fatores predisponentes ou iniciadores e podem sustentar a desordem do paciente, complicando o seu procedimento. Afirmou que, historicamente, o tratamento para este tipo de patologia tem sido fundamentado em sistemas e opiniões particulares, de acordo com a teoria etiológica mais aceita pelo profissional. A premissa mais comum advinha de que, uma saúde ótima era dependente de critérios morfológicos muito específicos e precisos. Uma anormalidade ou uma variação do relacionamento interoclusal, ou das estruturas intra-articulares era aceita como o único fator a predispor as estruturas do sistema mastigatório, à disfunção e à doença. Entretanto, idéias preconcebidas baseadas unicamente em aspectos morfológicos, sem considerar os funcionais, não possuem qualquer relacionamento com a saúde do sistema mastigatório. Como resultado destes sistemas morfológicos, o sucesso do tratamento destas alterações, no passado, estava sempre comprometido por uma abordagem terapêutica puramente mecânica, sem considerar os aspectos multidisciplinares. Em função das alterações funcionais do sistema estomatognático ser numerosas e multifatoriais do ponto de vista etiológico, sua terapêutica requer uma associação de modelos odontológicos com modelos médicos. Em função de muito pouco ser conhecido sobre o curso natural desta patologia; ou seja, quais sinais e sintomas podem progredir para condições mais agravantes e, em função de todas as abordagens terapêuticas serem direcionadas para um ponto em comum, a cura; devemos sempre ser cuidadosos no sentido de evitar formas terapêuticas agressivas e não reversíveis.

De BONT et al. (1991), estudaram os aspectos epidemiológicos e a progressão natural das alterações funcionais do sistema estomatognático de origem articular. Afirmaram que o termo “desordens temporomandibulares”, é uma denominação coletiva que engloba tanto desordens de origem muscular, oclusal e articular; assim, o estudo dos aspectos epidemiológicos deste tipo de patologia pode causar confusões, uma vez que, se constituem não apenas em uma simples doença,

mas em várias e diferentes doenças com sinais e sintomas similares como, dor, ruídos articulares e restrição de movimentos da mandíbula.

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

Em 1992, OHRBACH & STOHLER, sugeriram que os fatores etiológicos relacionados às DTMs, fossem classificados em fatores de predisposição, de início e de perpetuação. Afirmou que os fatores predisponentes geralmente são subdivididos em sistêmicos, psicológicos (personalidade e comportamento) e estruturais (discrepâncias oclusais, tratamento dentário inadequado ou lassidão articular); os de iniciação, traumas, estruturas articulares sobrecarregadas e hábitos parafuncionais. Os fatores de perpetuação incluem as tensões mecânicas e musculares e os problemas metabólicos, mas principalmente as dificuldades comportamentais, sociais e emocionais. Atentou para o fato de que, um dos erros mais freqüentemente cometidos pelos cirurgiões dentistas, é o de confinar um destes fatores a apenas uma das três categorias.

RUGH et al. (1993), avaliando os fatores psicológicos associados às desordens temporomandibulares afirmou que, a ansiedade, o estresse, a depressão, hábitos orais auto-destrutivos e dor crônica são sinais observados com freqüência. O

crescimento emergente no campo da medicina psicossomática tem evidenciado a necessidade de aprimorarmos nossos conhecimentos dentro desta área e, embora vários métodos sofisticados tenham sido descritos para comprovar o envolvimento do fator psicológico nas disfunções temporomandibulares, uma metodologia direcionada ao diagnóstico clínico ainda não foi desenvolvida. Os autores concluíram que a utilização de métodos clínicos para a avaliação de pacientes portadores de DTM pode contribuir para o esclarecimento da mesma.

Segundo DeBOEVER & CARLSSON (2000), os conceitos de alterações funcionais do sistema estomatognático, baseados em um único fator, por exemplo prematuridades na oclusão ou ausência de uma oclusão molar como na teoria do deslocamento mecânico, perderam sua credibilidade clínica e científica. Ficou cada vez mais claro que a etiologia é multifatorial e que nenhuma destas teorias poderia explicar os mecanismos etiológicos dos pacientes com disfunção temporomandibular. Logo foi geralmente aceito como modelo simplificado, que três grupos principais de fatores etiológicos estavam envolvidos: fatores anatômicos, incluindo a oclusão e a articulação propriamente dita, fatores neuromusculares e fatores psicogênicos. Se dois ou todos os três destes grupos de fatores estivessem presentes, o risco de desenvolver a dor e a disfunção aumentava.

Segundo Munhoz et al.(2005), a definição teórica de DTM varia de autor para autor segundo a amplitude na qual este se apóia para avaliá-la, para estabelecer sua etiologia, a abrangência de suas manifestações clínicas e correspondente terapêutica.

2.2 - Etiologia

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

- I. Desordens temporomandibulares de origem orgânica:
 - a) distúrbios articulares (desarranjo do disco, deslocamento condilar, condições inflamatórias, artrites, anquilose, fraturas, neoplasias, desenvolvimento anormal);
 - b) distúrbios não articulares (condições neuromusculares, condições da oclusão dental, distúrbios envolvendo sintomas secundários);
- II. Desordens temporomandibulares de origem não orgânica (funcional):
 - a) Síndrome da dor-disfunção miofascial;
 - b) dores fantasmas;
 - c) sensação de oclusão positiva;
 - d) conversão histérica;
- III. Desordens temporomandibulares de origem não orgânica combinadas com mudanças do tecido orgânico secundário:
 - a) articular;

Rugh (1984), afirma que os fatores emocionais podem aumentar ou diminuir os impulsos nervosos a partir de nociceptores periféricos e, assim, modificar a percepção do paciente à dor.

Para SOLBERG (1989), a compreensão deste tipo de patologia não se constitui na aplicação de determinados achados epidemiológicos. Ambos os fatores, centrais e periféricos, parecem ser importantes, juntamente com os fatores morfofuncionais (oclusão, bruxismo) e psicológicos (ansiedade, tensão) envolvidos como causas multifatoriais.

Em 1993, Paiva et al. afirmaram existir duas correntes dividem os estudiosos quanto à etiologia das DTMs, uma que acreditam na Teoria dento-muscular (alterações oclusais), e a segunda, preconizada por Laskin é a Teoria psico-fisiológica. Há o consenso de que é de etiologia multifatorial e requer tratamento interdisciplinar.

Koids *et al.*, (1993) relataram que a tensão emocional poderia aumentar a dor, precipitando a atividade do sistema psicológico, que também é ativado por excitação nociva. Ansiedade, depressão, fúria e outras emoções provocam atividade visceral, e de esqueleto, e a interação entre esses sistemas biológicos é ilustrado bem pelo

ciclo de dor-ansiedade-tensão, que foi proposto, freqüentemente, responder por algumas formas de dor aguda e crônica, observado em desordens que envolvem o sistema musculoesquelético (MONTEIRO & ROCHA, 2003).

CONTI (1996) propôs que algumas condições psicológicas tais como ansiedade, depressão, e algumas características de personalidade podem predispor e perpetuar uma desordem temporomandibular (DTM).

Segundo Paiva *et al.* (1993), os fatores etiológicos das DTMs são múltiplos, incluindo fatores genéticos, fisiológicos, traumáticos, patológicos, ambientais, mentais e comportamentais.

Para Korzum *et al.* (1998) a DTM é parte de um espectro de síndrome do estresse-associado, caracterizado pela freqüência de queixas somáticas e psicológicas incluindo fadiga, distúrbios do sono, ansiedade e depressão.

Após realizar alguns estudos Carlson *et al.* (1998) concluíram que os pacientes com dor na musculatura mastigatória mostram maior nível de sintomas de depressão e ansiedade que o grupo assintomático.

Os estudos mais recentes de natureza interdisciplinar indicam que o estresse excessivo associado às respostas fisiológicas orgânicas pode alterar a defesa do hospedeiro, com um possível mecanismo de quebra da homeostasia, podendo causar, então, a supressão do sistema imune e, conseqüentemente, a instalação da doença. O estresse desencadeia uma série de reações sobre nossas glândulas de secreção interna, que, por sua vez, inundam nosso organismo com quantidades exageradas dos hormônios que fabricam, os quais “modulam” o sistema imune (BIANCHINI, 2000).

Enquanto o estresse psicológico pode se manifestar em qualquer parte do corpo, as estruturas relacionadas ao Sistema Estomatognático parecem particularmente predispostas a esta tensão. A razão pela qual a boca é selecionada para este hábito é mais bem compreendida quando se volta às atividades da infância. É pela boca que recebemos alimentos e exploramos o ambiente. Ela está

intimamente ligada as emoções como satisfação, frustração, ansiedade e raiva. Estas associações são significativas desde o nascimento e parecem durar a vida toda, é por esta razão que os indivíduos adultos voltam para a cavidade oral durante períodos de estresse, fumando, comendo, mascando e rangendo os dentes (OLIVEIRA, 2002).

O conceito de estresse é algo bastante complexo, a princípio é preciso diferenciar o que é agente estressor e o que é estresse. Segundo Barra (2002), o agente estressor consiste no agente estimulante ou a situação que está desencadeando a excitação do organismo, e o estresse é o processo psicofisiológico em que o agente estressor se encontra. Assim o estresse é um processo no qual o indivíduo está inserido e a partir da avaliação que ele fizer do agente estressor poderá disparar uma resposta multidimensional (emocional, comportamental e fisiológica), podendo reagir de maneira que ocorra uma adaptação.

O estresse é uma experiência que todo indivíduo passa, sendo suas reações naturais para a própria vida, na busca de um equilíbrio, mas quando a experiência de estresse fica comprometida, é gerado um prejuízo ao funcionamento do organismo, diminuindo significativamente a sua resposta à doença (BARRA, 2002).

Num quadro de DTM o estresse pode ser fator de origem ou se apresentar como algo decorrente da sintomatologia. Como origem, o estresse pode ser consequência de um momento difícil, conflito, angústia, expectativa que o indivíduo possa estar vivendo. Sendo decorrente, o estresse não esteve presente no início a desordem, e o fator físico, ou seja, a condição oclusal teve mais destaque: portanto, o indivíduo tem que adaptar sua vida acometido de um quadro de dor, os sinais e sintomas da DTM tornam-se agentes estressores gerando um processo de estresse, deixando-lhe vulnerável do ponto de vista físico e funcional (BARRA, 2002).

Fatores psicológicos como o estresse tem papel importante nas desordens temporomandibulares (MONTEIRO; ROCHA, 2003). O estresse leva a contração muscular (voluntária ou involuntária) com apertamento dental. Os danos causados levam a um ciclo vicioso de dor/estresse/dor. A dor produz mudança de

comportamento psicológico no paciente que passa a desenvolver com mais facilidade problemas como irritação e depressão (GONÇALVES; PEREIRA e PRADO, 2003).

Existe uma relação complexa entre dor e depressão que vem recebendo considerável atenção: de um lado, afirma-se que a depressão é a principal psicopatologia, sendo que a dor representa um sintoma somático da depressão; por outro lado, tem-se também postulado que os sintomas da depressão desenvolvem-se como consequência do sofrimento físico (MONTEIRO & ROCHA, 2003).

A dor é uma experiência complexa e multifatorial que não inclui somente dimensões sensoriais, mas também fatores afetivos e cognitivos. Para compreender a dor humana é preciso que, além de identificar a natureza física do agente causador, sejam discriminados os fatores psicológicos situacionais que alteram sua percepção, o que é um evento individual (MONTEIRO & ROCHA, 2003).

Bisotto-Gonzalez (2005) afirma que achados etiológicos como hábitos parafuncionais, mostram ser o fator causal mais comum nas DTMs e que podem contribuir para desarranjos da ATM. Diferentemente de má-oclusão, alterações posturais, alterações emocionais, traumas, doenças sistêmicas e desordens do crescimento que vão agir exacerbando os sintomas.

2.3 - Diagnóstico em DTM

HELKIMO (1974) avaliou três índices utilizados pela comunidade científica para estudar a ocorrência de sinais e sintomas das alterações funcionais do sistema estomatognático. Índice de disfunção clínica para avaliação do estado funcional do sistema mastigatório, baseado em cinco grupos de sintomas: amplitude de movimento da mandíbula prejudicada, função da articulação temporomandibular prejudicada, dor no movimento da mandíbula, dor na articulação temporomandibular, dor nos músculos mastigatórios. Índice anamnésico de disfunção, baseado em

dados da entrevista com a pessoa investigada. Índice para o estado oclusal, baseado na avaliação da oclusão em quatro aspectos: número de dentes, número de dentes ocluindo, interferências na oclusão e na articulação. Como resultado observou que, no índice de disfunção clínica, 70% das pessoas examinadas não apresentaram prejuízo da mobilidade mandibular, em 3% a mobilidade foi marcadamente prejudicada; a articulação temporomandibular estava livre de sintomas em 40% dos pacientes examinados, a sensibilidade durante a palpação muscular foi encontrada em 45% dos casos; enquanto que, dores no movimento mandibular foi reportada por 30% das pessoas examinadas. No índice anamnésico de disfunção, 43% reportaram ser livres de sintomatologia, 31% disseram ter sintomas suaves de disfunção e 26% tiveram sintomas severos de disfunção. No índice para o estado oclusal, 14% dos pacientes não apresentaram desordens; enquanto que 86% deles, apresentaram desordens severas, incluindo a ausência de dentes e interferências na articulação dos dentes.

Fonseca, et al. (1994), utilizaram uma amostra de 100 pacientes com queixas compatíveis com diagnóstico de disfunção temporomandibular, aos quais se aplicou um índice anamnético simplificado (10 questões), e o índice clínico de Helkimo. Através de análise estatística observou-se a correlação entre os dados obtidos dos dois índices e seu grau de confiabilidade. Concluíram que a correlação entre a anamnese e o exame clínico para diagnóstico da DTM permite que a suspeita e a triagem dos pacientes seja feita apenas pela anamnese, onde o grau de confiabilidade dos valores propostos para ambos os exames foi da ordem de 95%.

Para avaliar os movimentos mandibulares, Garcia (1997) examinou 200 estudantes universitários. Inicialmente classificou quanto ao grau de disfunção com o questionário anamnético validado por Fonseca *et al.* (1994) e através de exame físico aferiu o grau de abertura bucal e movimentos excêntricos. Dos pesquisados 102 indivíduos apresentaram DTM Leve, 17 com DTM Moderada e 3 com DTM severa. Verificou que nos 10% da amostra que apresentavam disfunção a dor de cabeça foi a queixa principal, enquanto que a limitação dos movimento mandibulares foi raramente observada.

Com o objetivo de avaliar a concordância entre o relato do paciente e o exame físico das articulações temporomandibulares através de estetoscópio, em relação à presença ou ausência de sons articulares, Compagoni *et al.* (2001) realizaram um estudo avaliando 400 indivíduos. Observaram 72% de concordância entre os achados subjetivos e objetivos do exame. Concluíram que os dois métodos são válidos podendo ser praticados em associação, principalmente quando a resposta do paciente for positiva.

De acordo com Saueressig *et al.* (2003) a ausência de mútua proteção em uma oclusão dentária pode exigir um esforço exagerado da musculatura da mastigação, provocando pontos de gatilho da dor. Nesse contexto relatam que ao avaliar os músculos do sistema estomatológico, veremos a íntima relação destes com o da região cévico-dorsal, os quais atuam sobre a coluna vertebral. A falta de equilíbrio isométrico desses músculos pode trazer a sensação de dor local ou à distância nos casos em que há pinçamento de algum ramo nervoso de outras regiões.

Silveira (2007), visando verificar a prevalência de pacientes portadores de DTM em um serviço de otorrinolaringologia, avaliou 221 pacientes do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Passo Fundo. Foi utilizado um questionário anamnésico que visa à detecção de DTM, tendo o modelo e sua interpretação, validados por Fonseca *et al.* (1994). Considerando somente os sintomas otorrinolaringológicos dos pacientes portadores de DTM, tem-se otalgia presente em 75% dos pacientes; 48 pacientes (21.72%) considerados como necessitando de tratamento para DTM (índice de DTM moderada e severa), apenas 15 indivíduos do total (7.24%) estavam totalmente livres de sintomas de DTM. Quanto aos demais, apresentaram: dor de cabeça (33,5%), dor no pescoço e ombro (28,5%), dor na região do ouvido (29%) e ruídos articulares (25%).

2.4 - Qualidade de vida e DTM

Para verificar o impacto da dor na vida de indivíduos portadores de disfunção da articulação temporomandibular Oliveira *et al.* (2003) realizaram um estudo com pacientes portadores de DTM submetendo-os a uma versão brasileira do Questionário McGill de Dor (Br-MPQ), que inclui questões específicas sobre a qualidade de vida, como: 1) prejuízo social; 2) atividades da vida diária; 3) percepção do outro; 4) tolerância à dor; 5) sensação de estar doente; 6) sensação de utilidade; 7) satisfação com a vida. Os resultados mostraram que a dor da DTM prejudicou as atividades do trabalho (59,09%), da escola (59,09%), o sono (68,18%) e o apetite/alimentação (63,64%). Os autores concluíram que a dor da DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente.

Martins *et al.* (2007), objetivando verificar a associação da classe econômica e do estresse com a ocorrência de disfunção temporomandibular (DTM), realizaram um estudo com 354 indivíduos de ambos os sexos, pertencentes a diferentes classes econômicas da zona urbana de São Paulo. Para isso, utilizaram o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para a estratificação econômica da população e o Questionário de Fonseca para verificar o grau de DTM, e a Escala de Reajustamento Social (SRRS) para verificar o grau de estresse. Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio do Teste Qui-Quadrado, com nível de significância de 5%. Os chefes das famílias foram assim distribuídos: 4 famílias pertencentes à "Classe A2", 14 à "Classe B1", 25 à "Classe B2", 112 à "Classe C", 174 à "Classe D" e 25 à "Classe E". Após a análise estatística não foi observada associação significativa entre classe econômica e disfunção temporomandibular (DTM); entretanto, a mesma ocorreu entre estresse e DTM ($p < 0,01$). A classe econômica não influencia na ocorrência de DTM, mas existe associação direta entre estresse e disfunção temporomandibular.

2.5 - Questionários Psicológicos e DTM

RUGH *et al.* (1993), avaliando os fatores psicológicos associados às desordens temporomandibulares afirmaram que, a ansiedade, o estresse, a depressão, hábitos orais autodestrutivos e dor crônica são sinais observados com

freqüência. O crescimento emergente no campo da medicina psicossomática tem evidenciado a necessidade de aprimorarmos nossos conhecimentos dentro desta área e, embora vários métodos sofisticados tenham sido descritos para comprovar o envolvimento do fator psicológico nas disfunções temporomandibulares, uma metodologia direcionada ao diagnóstico clínico ainda não foi desenvolvida. Os autores concluíram que a utilização de métodos clínicos para a avaliação de pacientes portadores de DTM pode contribuir para o esclarecimento da mesma.

De acordo com Kleinmand e Cohen (1997), compilando dados da Organização Mundial da Saúde, tem se registrado, nos últimos anos, um aumento substancial de pessoas que se queixam de sintomas que poderiam ser caracterizados como típicos de doenças mentais, entre os quais a ansiedade e a depressão. Não obstante, advertem estes mesmos autores, tais sintomas são muitas vezes confundidos com problemas orgânicos, sendo tratados erroneamente.

Apesar do valor prático de classificações, a sintomatologia é identificada a partir de observações do comportamento do paciente e de queixas levadas ao consultório. De modo geral, estas são pouco precisas e difusas, reunindo e misturando tanto fatores físicos como psíquicos da saúde. Percebe-se, portanto, a necessidade de contar com medidas objetivas para avaliar com exclusividade a saúde mental das pessoas, principalmente entre aquelas da população geral (GOUVEIA *et al*, 2003).

Os estudos em epidemiologia psiquiátrica vêm sendo, em sua maioria, realizados nos países ocidentais e os resultados indicam que 90% da morbidade psiquiátrica encontrada refere-se a distúrbios não-psicóticos (GOLDBERG & HUXLEY, 1992). Porém, devido às várias questões conceituais e metodológicas imbricadas no diagnóstico dos distúrbios não-psicóticos, especialmente as que se referem à distinção entre depressão e ansiedade, alguns estudos têm utilizado categorias diagnósticas mais amplas, designando-as por morbidade psiquiátrica menor, transtornos mentais comuns e problemas psiquiátricos menores (CERCHIARI *et al*, 2005).

Castro *et al.* (2008), objetivando comparar aspectos psicológicos de dor orofacial entre neuralgia trigeminal (NT) e disfunção temporomandibular (DTM), avaliaram 30 pacientes (15 com NT, 15 com DTM) utilizando entrevista semi-dirigida e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Como resultado encontrou: Pacientes com NT sabiam melhor sobre seu diagnóstico ($p < 0,001$). A maioria destes considerou sua doença grave (87%), em oposição às pacientes com DTM ($p = 0,004$); ambos tiveram um alto nível de limitações durante atividades diárias, e o tratamento seguido da religiosidade foram considerados os aspectos mais positivos para superação da dor ($p < 0,04$). Não houve diferença estatística entre os grupos quanto a HAD ($p = 0,20$), sendo a média dos índices foi 10,9 para ansiedade (moderada) e 11,67 para depressão (leve). Concluíram que tanto pacientes com NT como pacientes com DTM apresentaram níveis semelhantes de ansiedade e depressão.

Para realizar avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares, Selaimen *et al.* (2007) obteve uma amostra de 43 mulheres divididas em três grupos. O Grupo I formado por pacientes com DTM que apresentaram melhora com o tratamento ($n = 18$; 41,9%). O Grupo II formado por pacientes com DTM que não melhoraram após o tratamento ($n = 15$; 34,9%). Grupo III ($n = 10$; 23,2%), formado por pacientes sem queixas relacionadas à dor e DTM, considerado grupo controle. Observando os resultados dos testes neuropsicológicos (CVLT CR, CVLT CL, CCC AL e CCC CR) aplicados na amostra deste trabalho, não se verificaram diferenças significativas entre os escores encontrados. Observa-se, entretanto, a existência de uma correlação direta entre os testes neuropsicológicos (correlação de Spearman), acarretando uma similaridade entre os resultados dos diferentes grupos. Houve diferenças estatísticas nos escores do teste de depressão entre o grupo DTM não-respondente ao tratamento e os outros grupos (DTM respondente ao tratamento e grupo controle). Concluem, de acordo com os resultados observados, que a DTM é uma doença multifatorial e que as desordens psicossociais desempenham um papel fundamental no surgimento e perpetuação dos sintomas.

2.6 - Questionário de Saúde Geral

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

TARNOPOLSKY (1979), realizou um estudo para verificar a validade do teste psicométrico QSG em uma determinada comunidade. Verificou que o QSG apresentava uma alta especificidade e sensibilidade, apresentando uma baixa proporção de falsos negativos.

Segundo Banks et al. (1980), os estudos desde a proposição do QSG têm mostrado sua validade como um questionário auto-administrável para identificar desordens psiquiátricas menores. O desenvolvimento original da medida por Goldberg, em 1972 (Banks et al, 1980) resultou em uma versão de 60 itens (QSG-60) e depois, com a extração dos melhores 30, 20 e 12 destes itens, viabilizou versões mais reduzidas (QSG-30, QSG-20 e QSG-12, respectivamente). Cada um dos itens mostrava uma diferença em endossos de pelo menos 40%, entre a proporção de normal e severo, definida por índices clínicos. Os itens consistem em uma pergunta que investiga se o participante experimentou recentemente um sintoma particular ou indício de comportamento taxado em uma escala de quatro pontos. Os estudos mostraram que a escala plena exibiu alta consistência interna e boa confiabilidade de reteste num período de 6 meses. Todas as versões da escala também apresentaram altas correlações umas com as outras. O original e estudos empíricos subseqüentes (resumido em Goldberg, 1976) oferecem evidências da validade do QSG, como mostrado por suas associações lineares com avaliações clínicas independentes, e sua sensibilidade e especificidade, discriminando entre casos patológicos e o normal (BORGES,2002).

As formas com mais itens se mostram consistentes para mensurar tanto um fator geral de saúde mental quanto os fatores componentes, que, na forma adaptada no Brasil (QSG-60) por Pasquali, Gouveia, Andriola e Ramos (1996) são: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança do próprio desempenho, distúrbio do sono, distúrbio psicossomático e suporte organizacional.

O Questionário de Saúde Geral (QSG) é um instrumento de rastreamento, auto-aplicável, simples, confiável, destinado a identificar distúrbios menores em saúde mental (depressão, ansiedade, disfunção social e sintomas somáticos), o qual avalia se um determinado sentimento percebido pelo sujeito no presente é diferente de seu sentimento usual. Focaliza a habilidade do sujeito de identificar as funções normais e o surgimento de qualquer distúrbio. É ideal para ser usado na comunidade e em ambientes não psiquiátricos. É constituído por cinco fatores: (1) tensão ou estresse psíquico; (2) desejo de morte; (3) falta de confiança na capacidade de desempenho/auto-eficácia; (4) distúrbios do sono; (5) distúrbios psicossomáticos e o fator geral que verifica a severidade da ausência de saúde mental. Os itens consistem de questões que procuram saber se a pessoa experimentou recentemente um determinado sintoma ou comportamento numa escala de 4 pontos, variando de 1 (não absolutamente) a 4 (muito mais do que de costume) sendo que, uma parte dos itens expressa os sintomas diretamente e outra parte expressa o comportamento normal (CERCHIARI et al, 2005).

A escala de Saúde Geral de Goldberg (QSG), originalmente elaborada por Goldberg (1972) e validada para o Brasil por Pasquali et al. (1996) visa a avaliar a saúde mental das pessoas, por meio de itens que indicam a presença ou ausência de sintomas ou distúrbios clínicos não-psicóticos ou transtornos mentais comuns. O QSG permite identificar pessoas com perfil sintomático, casos limítrofes e pessoas sem perfil sintomático. Pessoas que apresentam perfil sintomático no GSG possuem índices desviantes de saúde mental e estado de disfunção que dificulta um funcionamento adequado. Esse estado incapacita as pessoas a terem vidas pessoal e social satisfatórias (BANDEIRA et al, 2007)

Proposição

3. PROPOSIÇÃO

Avaliar se existe associação entre distúrbios psiquiátricos menores e disfunção temporomandibular severa através de análise comparativa entre os grupos caso e controle.

Metodologia

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

O delineamento do presente trabalho é estudo observacional do tipo caso-controle.

4.2 Localização do estudo

Este estudo foi desenvolvido no Departamento de Odontologia da Universidade Potiguar (UnP) e no PROADE (Programa de Atendimento a pacientes com Disfunção do Aparelho Estomatognático) da área de oclusão, do departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, durante o período de março a novembro de 2008.

4.3 Seleção da amostra e critérios de inclusão

Para este estudo foram avaliados 137 pacientes de ambos os sexos, com faixa etária entre 18 e 70 anos, que procuraram voluntariamente os departamentos de Odontologia da Universidade Potiguar e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte para tratamento odontológico.

Para definir os grupos a serem estudados, foram selecionados por conveniência 57 indivíduos portadores de sinais e sintomas de desordem temporomandibular severa e 80 indivíduos assintomáticos aleatoriamente. Sendo considerados portadores de DTM Severa os pacientes que responderam as 10 questões contidas

no questionário anamnésico, apresentando pontuação final entre 70 e 100 pontos (FONSECA, 1992).

4.4 Critérios de exclusão

- Foram excluídas pacientes grávidas por estarem em fase de modificação psicológica fisiológica;
- Pacientes com menos de 18 anos ou mais de 80 de idade: em razão do aspecto legal da autorização à inclusão deles na pesquisa e por se enquadrarem fora da idade média das mulheres e homens portadores de DTM;
- Pacientes que tivessem sofrido acidente e/ou intervenção cirúrgica na face durante os últimos seis meses, por estarem em período de tratamento;
- Portadores de deficiência física ou mental que pudessem afetar o discernimento para o preenchimento do questionário;
- Pacientes portadores de DTM Severa que já tivessem iniciado tratamento.

4.5 Considerações éticas

A metodologia utilizada neste estudo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Potiguar – UnP, sob o protocolo nº 095/2008 (Anexo I).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado, deixando a liberdade de recusa da participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Anexo II). Esclareceu-se que não haveria custo e nem remuneração financeira pela mesma.

Uma Carta de Apresentação foi enviada ao Diretor do Curso de Odontologia da Universidade Potiguar, assim como uma Carta de Anuência ao Chefe de Departamento da UFRN e ao Coordenador do Programa de Atendimento a pacientes com Disfunção do Aparelho Estomatognático da UFRN para que estes dessem o consentimento para realização da pesquisa (Anexos III e IV).

4.6 Coleta de dados

Os dados foram obtidos através da análise de dois questionários estruturados, um para diagnóstico de desordem temporomandibular (DTM) que foi realizado através de entrevista face a face sem interferência do examinador e outro auto-aplicável para detectar a presença de distúrbios psicológicos menores.

4.6.1 Questionário Anamnésico

O questionário anamnésico validado é composto por questões que abordam informações sobre seus dados pessoais e anamnese com relação ao histórico da doença (Anexo V). Com o objetivo de facilitar a obtenção dos dados, este questionário é caracterizado por apresentar 10 questões objetivas relacionadas à presença de sinais e sintomas de Dores Orofaciais, permitindo a obtenção de uma classificação do indivíduo em relação ao grau de disfunção. Os pesquisados tiveram possibilidade de três respostas em cada item: “sim”, “não” ou “às vezes”. Para cada resposta que indicasse a presença do sintoma (sim) seria atribuído um valor “10”, sendo que a ausência de sintomas (não) recebe valor “0” e a resposta “às vezes”, valor “5”. A somatória dos valores obtidos determina a classificação da amostra em relação à DTM (Valores de 0-15 = não portador de DTM; De 20-40 = DTM Leve; De 45-65 = DTM Moderada e de 70-100 = DTM Severa), conforme o índice DMF (FONSECA, 1992) – para DTM.

Após a aplicação do questionário anamnésico, os pacientes portadores de DTM Severa e os que não apresentem DTM foram submetidos à aplicação do Questionário de Saúde Geral (QSG).

4.6.2 Questionário de Saúde Geral.

Todos os pacientes responderam ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG- Adaptação Brasileira por Pasquali – PASQUALI et al., 1996), que consiste de sessenta questões (Anexo VI). O questionário é auto-aplicável, podendo o paciente avaliado contar com a ajuda do avaliador, que no caso deste trabalho foi sempre o mesmo, caso não entendesse o conteúdo de algumas questões. O questionário foi respondido individualmente, com o paciente acomodado em cadeira odontológica das clínicas da UnP e da UFRN, onde lhe era fornecido o questionário e caneta. Inicialmente eram preenchidos os dados pessoais: idade, sexo, estado civil, endereço. O examinador deu uma breve explicação, leu com o paciente as instruções, esclareceu as dúvidas e orientou que seria necessário responder sempre como está o seu estado atual.

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

Para a obtenção do questionário, treinamento para aplicação e apuração de seus resultados, foi necessário a supervisão de um profissional da área de Psicologia, o que é exigido para a aplicação de questionários psicológicos no Brasil.

O QSG é dividido em seis fatores:

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

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

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

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

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

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

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

Questionários com mais de dez por cento de questões não respondidas foram desconsiderados, havendo menos de dez por cento, o questionário foi

utilizado como válido, porém quando da obtenção dos escores sintomáticos, as questões não respondidas foram levadas em conta e subtraídas na hora do cálculo do escore.

Como se trata de uma população normal foi utilizado a tabela de normas de interpretação dos escores sintomáticos do QSG, que é aplicada em função do sexo respondente. Escores sintomáticos iguais ou superiores a 03 indicam presença de distúrbios, casos que se aproximam desse valor devem ser considerados limítrofes.

4.7 - Análise dos Resultados

Os dados obtidos através do questionário anamnésico foram tabulados e agrupados em tabelas e gráficos em forma de porcentagem para comparação entre o grupo com DTM Severa e o grupo controle (sem DTM). Para análise dos dados do Questionário de saúde Geral os indivíduos foram separados por sexo, conforme norma de aplicação e avaliação deste questionário.

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e percentuais e as variáveis contínuas como média e desvio padrão (Técnicas de estatística descritivas). Verificou-se a distribuição da normalidade para as variáveis quantitativas (estresse, desconfiança do próprio desempenho, morte, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, e estado de saúde geral) através do teste Komogorov-Smirnov Z. À exceção de morte todas as variáveis apresentaram distribuição normal, utilizando-se para esta o teste não-paramétrico de Mann-Witney. Utilizou-se o teste t-Student não pareado na análise para comparações entre o grupo controle e grupo caso (Técnicas de estatística inferencial). A verificação da hipótese de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F de Levene. Considerou-se o nível de significância $\alpha=0,05$. Os dados foram digitados na planilha

Excel e o “software” utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Science) na versão 13.0.

Resultados

5. RESULTADOS

Associação das variáveis dos distúrbios psiquiátricos menores em pacientes portadores de DTM severa:

Para variável Desejo de morte foi realizado o teste de Mann-Whitney, fez-se a transformação de dados em postos, de acordo com os grupos, e a partir destes valores calculou-se a estatística e seu p-valor (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das médias dos postos dos grupos em relação ao desejo de morte. Natal-RN / Brasil, 2008.

Variáveis	Grupos		Z	p*
	DTM Severa (n=57)	Sem DTM (n=80)		
	Média dos postos	Média dos postos		
Morte	88,47	55,13	4,892	0,0001

Teste Mann-Whitney

Em cada grupo foram medidas as variáveis: estresse psíquico (estresse), desconfiança no próprio desempenho (desempenho), distúrbios do sono (sono), distúrbios psicossomáticos (somáticos) e saúde geral (saúde geral) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das médias e desvio padrão dos grupos em relação à estresse, desempenho, distúrbios do sono, distúrbios do psicossomáticos e saúde geral. Natal-RN / Brasil, 2008.

Variáveis	Grupos		t	p*
	DTM Severa (n=57)	Sem DTM (n=80)		
	média±dp	média±dp		
Estresse	2,28 ± 0,48	1,66 ± 0,33	8,13	0,0001
Desempenho	2,32 ± 0,49	1,73 ± 0,34	7,77	0,0001
Sono	2,52 ± 0,81	1,75 ± 0,50	6,29	0,0001
Somáticos	2,53 ± 0,62	1,70 ± 0,39	8,86	0,0001
Saúde Geral	2,24 ± 0,48	1,65 ± 0,31	7,99	0,0001

(*) - Diferença significativa a 5%.

(1) – Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

Nos pacientes portadores de DTM severa todas as variáveis do teste psicológico mostram resultados estatisticamente significantes (Gráfico 1).

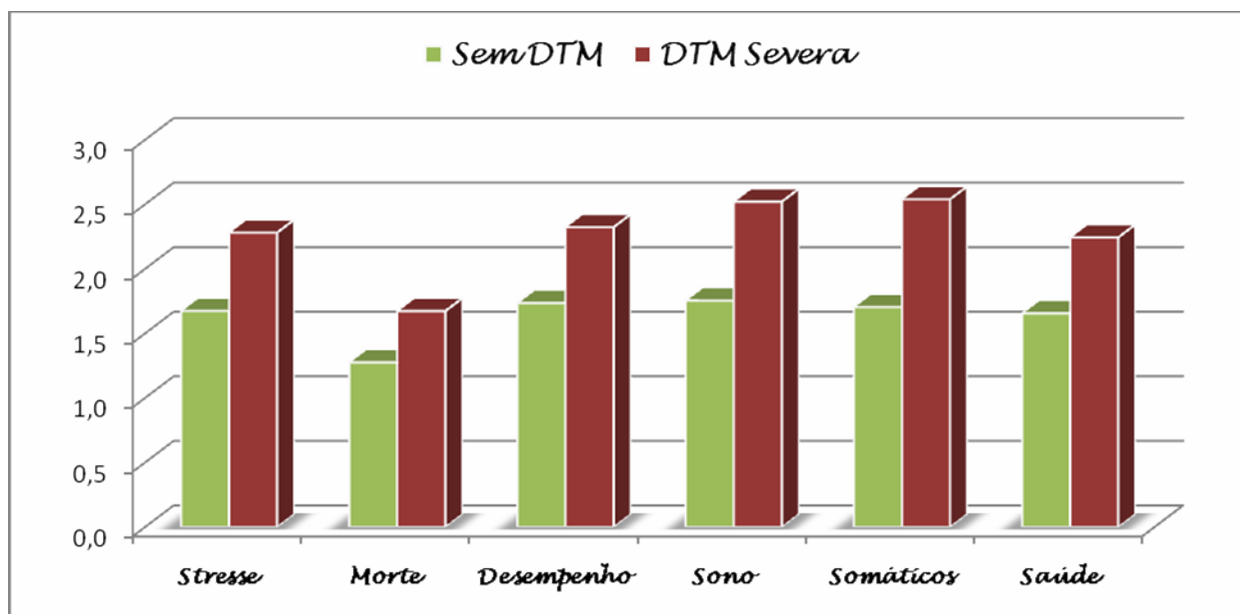


Gráfico 1 – Distribuição das médias de estresse, morte, desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral com relação ao grupo caso e ao grupo controle.

Discussão

6. DISCUSSÃO

A fim de favorecer a construção dos conceitos envolvidos no tema em estudo, este capítulo foi subdividido em tópicos, percorridos a seguir:

I - Caracterização da amostra com relação a sinais e sintomas:

Sinais e sintomas de DTM são bastante comuns na população. Pesquisas epidemiológicas demonstraram que mais de 50% da população apresentam pelo menos um ou mais sinais de DTM, porém esses números não se traduzem em necessidade de tratamento; estima-se que somente 3.6% a 7% desses indivíduos necessitem de algum tipo de intervenção (PAIVA, 1993; SILVEIRA et. al, 2007). Motivo pelo qual se conduziu a presente pesquisa a restringir os pacientes do grupo de casos apenas a DTM Severa, como sendo a população específica que necessita de tratamento. Assim o objetivo de buscar fatores influentes nas DTMs seria mais seguro.

Garcia et. al. (1997) realizaram pesquisa com 200 universitários de odontologia utilizando o índice anamnésico de Fonseca, a análise mostrou que 83,6% dos pacientes apresentaram DTM leve, 13,9% DTM moderada e 2,5% DTM severa. Silveira et. al, (2007) realizaram um estudo epidemiológico avaliando 221 pacientes do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital da Cidade de Passo Fundo-RS, encontraram DTM ausente 37.56%; DTM leve 40.72%; DTM moderada 19%, e DTM severa 2.72%, consideraram 48 pacientes (21.72%) considerados como necessitando de tratamento para DTM (índice de DTM moderada e severa). Nomura et al. (2007) obtiveram resultados semelhantes, a saber: 47,8% ausência de DTM, 35,7% DTM leve, 11,9% DTM moderada e 5,5% DTM severa. Todas essas pesquisas demonstram poucos casos de DTM severa, o presente trabalho logrou de muitos casos, comparado a outros trabalhos, devido à pesquisa ter sido realizada em dois grandes centros de atendimento odontológico, sendo um deles

especializado para pacientes portadores de DTM. Durante a realização da pesquisa, a obtenção da amostra foi dificultada apenas pela impossibilidade de que todos os pacientes diagnosticados com DTM severa participarem, pois os que já tinham iniciado tratamento foram descartados pela possibilidade de alteração do estado psicológico provocada pela eventual melhora do quadro do paciente com terapia instituída.

A procura por sinais e sintomas que auxiliem a formulação de um diagnóstico diferencial para as desordens temporomandibulares (DTMs) tem sido muito estudada (ANSELMO, 2003). Inúmeros pesquisadores têm desenvolvido bases de dados estruturadas para tal fim, permitindo uma aplicação clínica segura e viabilizando estudos epidemiológicos e clínicos. Neste contexto, o índice anamnésico de Fonseca (DMF) para DTM, vem sendo utilizado com sucesso, mostrando-se eficaz, simples e objetivo (FONSECA, 1992; SILVA, 2000).

Em relação a sinais e sintomas os resultados para o grupo com DTM Severa demonstram que 78% dos pacientes se dizem pacientes tensos. Quanto aos sintomas físicos a maior prevalência foi dor de cabeça com frequência (77%), cansaço durante a mastigação (73,5%) e dores na nuca e no pescoço (70%). Resultados que concorrem com os de Montal & Guimarães (2001), que após avaliar 121 pacientes com DTM, obtiveram a cefaléia como queixa principal por 82,2% dos participantes, seguida de dor na região mandibular (68,0%). Rocha *et al.* (2002), realizaram um estudo com 1000 pacientes portadores de DTM, os resultados demonstraram presença significativa de dores de cabeça em quase todos os grupos etários, apresentando o mencionado sintoma em 70,1% dos pacientes, associado à artralrias (75,7%), e mialgias (71,7%). Embora as expressões “dor de cabeça por tensão” e “dor de cabeça por contração muscular”, muitas vezes sejam utilizadas como sinônimo, o papel da atividade muscular na DTM tem sido questionado (GOMES *et al.*, 2006). Segundo Okeson (1998), existem controvérsias se a contração muscular é o principal fator etiológico da cefaléia ou se é, meramente, uma resposta a dor. Outros fatores parecem contribuir para a ocorrência dos episódios de cefaléia, especialmente aqueles relacionados ao estresse emocional, ansiedade e depressão.

No grupo controle a dor de cabeça com frequência também foi o sintoma mais prevalente (32%), seguido de problemas oclusais (25%) e de ruídos na ATM (20%), que compilam com os resultados encontrados por Bonarjin (2005), cujo resultado obteve ruídos articulares (26,72%) e dor de cabeça (21,65%) dentre os sintomas mais relatados.

II - Distinção da amostra em relação aos grupos casos e controle:

Quanto à distribuição por sexo foi encontrado para o grupo com DTM Severa 96,5% de mulheres e 3,5% de homens, já para o grupo sem DTM essa proporção foi de 37,5% de homens e 62,5% de mulheres. A proporção de 27:1 para a amostra com DTM diverge com achados da literatura que apontam uma diferença de 3 a 9:1 (AGERBERG, 1990; CONTI, 1993; DWORKIN, 1990; MILAN, 1986; SOLBERG, 1989). Acredita-se que tal fenômeno ocorre pela amostra específica da pesquisa, onde se supõe que quanto maior o grau de severidade da disfunção, maior a prevalência de pacientes do sexo feminino.

Segundo Milan, 1986, estas diferenças podem ser explicadas pelo fato das mulheres apresentarem receptores de estrógeno nas ATMs e também devido ao fato de ocorrer alterações hormonais e psíquicas durante o ciclo menstrual, predispondo-as mais aos eventos dolorosos. Este autor acreditava ainda, que as mulheres eram mais cuidadosas com a saúde que os homens procurando mais por tratamento; o que nesse trabalho foi refutado, já que a procura por tratamento para o sexo feminino com DTM, foi realmente bem maior pelas mulheres. As evidências epidemiológicas em dor clínica sugerem uma predominância feminina na maioria das condições de dor crônica, mais que o dobro das desordens que possuem predileções masculinas (BERKLEY, 1997). Presumi-se, portanto, que as mulheres possuem um aparato perceptivo mais sensível que os homens, o que pode ser atribuído a causas hormonais, que continuam a serem investigadas.

Quanto à faixa etária, não houve diferença entre o número de pacientes sem DTM. Já para o grupo com DTM Severa houve uma forte prevalência para a faixa etária de 18-40 anos (68,5%). Muitos estudos epidemiológicos, normalmente já restringem a faixa etária num grupo menor, por considerar mais fácil de estudá-las, entender sua etiologia e planejar formas de tratamento, como no estudo de SOLBERG, 1979, que utilizou 739 estudantes na faixa de 10 a 25 anos, CONTI em 1993, que utilizou estudantes de 17 a 25 anos. Nesse estudo foram avaliados pacientes de 18 a 70 anos, pela procura por este serviço incluir uma ampla faixa etária. Gale (2000), utilizou pacientes com a faixa etária de 19 a 75 anos. Silva (2000) utilizou a faixa etária de 17 a 65 anos e encontrou os maiores valores na faixa etária de 17 a 30 e de 31-40 anos. Anselmo (2003) encontrou para o grupo sem DTM prevalência de pacientes com faixa etária entre 50 a 65 anos (29%), já para o grupo com DTM de 31 a 40 anos, com 35% da distribuição dos pacientes

SHAFER et al. (1959) relata que a maior prevalência (80%) se dá entre mulheres com menos de 40 anos de idade. Alegando que o quadro sempre está acompanhado de um forte componente psicogenético com nítidas evidências de estresse emocional. SHORE (1967) descreveu que a prevalência das disfunções dolorosas da ATM é maior no sexo feminino, com 95% dos casos, e na faixa etária de 35 a 45 anos. SOLBERG et al. (1989) descreveram que as disfunções dolorosas da ATM são mais freqüentes em mulheres, com idade entre 20 e 40 anos. CORREIA (1983) avaliou 303 pacientes com disfunção dolorosa da ATM e encontrou maior prevalência no sexo feminino e na faixa etária de 20 a 30 anos de idade. GELB e BERNSTEIN (1983) analisaram 200 pacientes com disfunção dolorosa da ATM e encontraram uma predominância do sexo feminino e das faixas etárias de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos. KOIDIS (1993) relatou que a relação entre as mulheres e homens com DTM é de 4:1, e que havia uma diferença na severidade de sintomas relacionada ao sexo e a idade das mulheres (MONTEIRO & ROCHA, 2003). Várias pesquisas indicam que a freqüência de DCM é significativamente maior em mulheres de 20 a 40 anos de idade, numa relação de 4:1, em razão provavelmente, do fator hormonal (BIANCHINI, 2000). Biasotto-Gonzalez (2005), expõe que a DTM

tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos, sendo que até os 40 anos, a principal causa é de origem muscular, DTM miogênica, já a partir dos 40 anos, o principal fator etiológico é a degeneração articular, DTM artrogênica. Todos corroboram com os resultados encontrados.

Ao acarear os fatores sexo e faixa etária, na maioria das pesquisas mencionadas tem-se uma forte prevalência em pacientes do sexo feminino e com idade entre 20 e 40 anos. Tais dados levam a acreditar que esse grupo, doravante considerado de risco, se trata do período fértil da vida da mulher. Tenta-se explicar esta alta incidência, devido ao fato da mulher estar exposta ao estresse emocional, às mudanças hormonais durante o ciclo menstrual e também pelo fato de procurarem com maior frequência ajuda médica comparada aos homens. A presença de hormônios sexuais nos tecidos que formam a articulação temporomandibular é bem demonstrada, assim como que no desenvolvimento de patologias articulares. Outro fator relevante é a influência do potencial hormonal no nível de dor miofacial entre os contraceptivos orais usados podendo representar um dos vários efeitos adversos induzidos por eles na área trigeminal em sensações subjetivas (MONTEIRO & ROCHA, 2003). LeResche et al (2003), encontraram variações clínicas na intensidade da dor em mulheres com DTM durante o ciclo menstrual. Os autores citam que os maiores valores de dor coincidiram com o período de maiores concentrações de estrogênio.

6.3 – Fatores Psicológicos e DTM

Os resultados analisados na presente pesquisa alertam para a ocorrência de importantes alterações no estado de saúde mental da amostra estudada. Verificou-se que, entre os indivíduos pesquisados do grupo de casos, uma porcentagem elevada de pessoas que apresentam indicadores de sintomas de transtornos mentais não-psicóticos, nas cinco dimensões avaliadas pela escala QSG e no escore global. Foi constatada maior porcentagem de pessoas com estresse psíquico

e com desconfiança do próprio desempenho e menor ocorrência de outros tipos de transtornos (distúrbios psicossomáticos, transtornos do sono e desejo de morte). Esses dados apontam para problemáticas distintas que requerem atendimentos e encaminhamentos diferenciados, assim como a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre diferenças entre grupos da população-alvo.

Os dados do presente estudo concorrem com resultados de outras pesquisas, descrevendo os tipos de transtornos mentais ocorridos. Entretanto, uma comparação desses resultados com os outros estudos não seria possível, uma vez que esse tipo de descrição utilizando o QSG numa população específica de DTM (tipo severa) não foi encontrado nas demais pesquisas.

Quanto à significância de casos observados, no estudo de Anselmo (2003) identificou-se uma ocorrência estatisticamente significativa de transtornos mentais comuns na população estudada (pacientes com DTM) e essa ocorrência foi maior para as mulheres em todos os itens do questionário (estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral), entretanto, sem diferenças estatisticamente significantes quando comparadas aos homens. Essa taxa global mais baixa do que a obtida no presente trabalho explica-se pela amostragem aleatória do estudo de Anselmo (2003), contrariamente à da presente pesquisa. Quanto à diferenciação por sexo, esses dados estão em acordo com o presente estudo apenas no que se refere a uma das sub escalas do QSG, que é a de Desejo de Morte. Entretanto, a diferença entre as amostragens dos dois estudos possa explicar essa diferença de resultados.

Embora muitas pesquisas relatem que fatores psicológicos mostram um significativo valor na etiologia e manutenção das DTMs, seu impacto individual é difícil de determinar (GALE, 1989). Ainda não há sustentação científica, que comprove se os fatores emocionais atuam como etiológicos ou se são resultantes de experiências dolorosas crônicas (GAMSA, 1990). Verifica-se, atualmente, uma grande preocupação no desenvolvimento de instrumentos capazes de mensurar os aspectos físicos e psicológicos das DTMs; porém, vários estudos sobre aspectos psicológicos das DTMs apresentam resultados divergentes, o que poderia ser explicado, em parte, pela diferença na seleção das amostras, na metodologia e na análise dos dados e; em parte às diferenças relacionadas às dimensões sensoriais

(limiar de tolerância), como também às diferenças cognitivas, emocionais, comportamentais e ambientais (SUVINEN, 1997). Também não existem meios, na literatura atual de identificar um tipo ou subtipo de personalidade que possa estar envolvida ou mais predisposta a desenvolver DTMs. Porém, pesquisas têm demonstrado níveis aumentados de ansiedade e depressão nesses pacientes. Entretanto, existem pesquisas no sentido de distribuir esses pacientes em subgrupos que possam ser divididos de acordo com fatores comportamentais (SUVINEN, 1997).

Em nosso trabalho foi utilizado o Questionário de Saúde Geral (QSG) (GOLDBERG, 1996), cuja indicação é auxiliar a detecção dos chamados distúrbios psiquiátricos menores, sendo utilizado em vários países para vários tipos de enfermidades. Optamos por ele por ter a capacidade de avaliar cinco variáveis em apenas um único questionário, dando-nos uma maior riqueza de informações, como também por ser de simples aplicação (TARNOPOLSKY, 1979). No Brasil, tem sido utilizado desde 1997, após sua tradução para o português e validação para a população brasileira por PASQUALI (1996).

Embora existam evidências para acreditar que as DTMs causem um impacto na qualidade de vida dos pacientes, um pequeno número de trabalhos documenta o uso de ferramentas específicas com esse intuito (OLIVEIRA, 2003). Estes mesmos autores verificaram em seus trabalhos o impacto negativo provocado pela dor em pacientes com DTM, embora não tenham feito o uso de questionários específicos para esta avaliação. O questionário utilizado no presente trabalho também não é específico para qualidade de vida em pacientes portadores de DTM, entretanto apresenta como vantagens ser de fácil administração, compreensão e completo, capaz de avaliar a qualidade de vida em aspectos físicos, emocionais e funcionais de modo geral. O que nos permite, a partir de então, fazer uma análise dos aspectos mais afetados nos pacientes com DTM, possibilitando assim a criação de um questionário resumido e mais específico para avaliação desses pacientes. Fornecendo, assim, ao cirurgião-dentista um parâmetro para indicar de forma direcionada o paciente para uma terapia multidisciplinar com um psicólogo especialista.

Cabe ao Cirurgião Dentista especializado a grande responsabilidade para o correto controle das dores orofaciais. A experiência e a busca constante de melhorias nos serviços técnicos prestados, orientados pela ética e responsabilidade profissional, é que irão identificar a verdadeira etiologia para um tratamento eficaz e seguro.

Conclusão

7. CONCLUSÃO

- 1- A relação entre DTM Severa e as variáveis psicológicas (estresse psíquico, desejo de morte, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, saúde geral) é de fato estreita e significativa na presente pesquisa. Devendo o cirurgião-dentista fazer uma análise específica e individualizada em cada caso;
- 2- Um diagnóstico fidedigno será imprescindível para uma eficaz terapêutica multidisciplinar nos casos de DTMs.

Referências

8. REFERÊNCIAS

1. AGERBERG, G; INKAPOO, I. Craniomandibular disorders in urban Swedish population. **J Craniomandib Disord**, Lombard, v.4, n.3, p.154-164, Summer 1990.
2. AMANTÉA, DV; NOVAES, AP; CAMPOLONGO, GD; BARROS, TP. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. **Acta ortopédica Brasileira** V.1, n.3, jul/set, 2004.
3. ANSELMO, SM. **Estudo da correlação dos distúrbios psiquiátricos menores e as desordens temporomandibulares**. Piracicaba, 2003. 91p. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
4. BANDEIRA, M. et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V 56, nº1, Rio de Janeiro 2007.
5. BANKS, MH; CLEGG, CW; JACKSON, P; KEMP, NJ; STAFFORD, EM & WALL, TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. **Journal of Occupational Psychology**, 53, 187-194, 1980.
6. BARRA, VSO. Desordem temporomandibular e estresse: uma estreita e significativa relação. **Rev. Serviço ATM**, v.2, n.2, p.55-57, jul/dez 2002.
7. BERKLEY, KJ. Sex differences in pain. **Behav Brain Sci.**; 20 (3). 371-80. Set, 1997.
8. BIANCHINI, EMG. **Articulação Temporomandibular – implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas**, São Paulo: Pró-fono, 2000.
9. BIANCHINI, EMG. Articulação Temporomandibular e Fonoaudiologia. In: FERREIRA, LP; BENFI-LOPES, DM. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.
10. BIASOTTO-GONZALEZ DA. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**. São Paulo: Manole; 2005.
11. BORGES, LO; ARGOLO, JCT. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. **Aval. psicol.** v.1 n.1 Porto Alegre: jun, 2002.
12. BONJARDIM, LR et al. Sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em adolescentes. **Braz. oral res.** [online]. 2005, v. 19, n. 2, pp. 93-98. ISSN 1806-8324.

13. CARREIRO, CFP; FELICIO, CM. Atuação Fonoaudiológica nas Desordens Temporomandibulares – Parte II, **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, V.2, n.8, jul/set, 2001.
14. CASTRO, AR. *et al.* Psychological evaluation and cope with trigeminal neuralgia and temporomandibular disorder. *Arq Neuropsiquiatr* 2008; 66 (3-B): 716-719.
15. CERCHIARI EA. *et al.* Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v.10, n.3, Natal set/dez, 2005.
16. COMPAGNONI, MA; LOMBARDO, GHL; LELES, CR; BARBOSA, DB; SOUZA, RF. Concordância entre o relato do paciente e o exame com estetoscópio na avaliação de sons articulares. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor orofacial**, v.1, n.4, out/dez, 2001.
17. CONTI, PCR. **Avaliação da prevalência da etiologia das disfunções craniomandibulares em estudantes universitários e pré-universitários da cidade de Bauru-SP**. Bauru, 1993. 149p. Tese (Doutorado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
18. CONTI, PCR. *et al.* Disfunção craniomandibular (DCM). Parte I – Prevalência e necessidade de tratamento. **Rev. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v.2, n.6, p.414-418, dez, 1995.
19. CONTI, PCR. *et al.* Disfunção craniomandibular (DCM). Parte II – Aspectos psicológicos e hiperatividade muscular. **Rev. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v.4, p.103-106, 1996.
20. CORREIA, FAS. **Prevalência da sintomatologia nas disfunções da articulação temporomandibular e suas relações com idade, sexo e perdas dentais**. São Paulo, 1983. p.84-85. Tese (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
21. COSTEN, J. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the TMJ. **Ann Otol Rhinol Laryngol**, v. 43, p.11, 1934.
22. CUNHA, DA; FONTES, ML; PAIXAO, C; MARTORELI, I; SILVA, HJ. Disfunções temporomandibulares e sintomas audiológicos: A etiologia do sintoma direcionando o diagnóstico diferencial e a conduta fonoaudiológica. **Fono atual**, ano 6, no. 23 – 1 trimestre 2003.
23. DE BOEVER, J.A. Functional disturbances of the temporomandibular joint. *In:_____*; ZARB, G.A.; CARLSSON, G.E. **Temporomandibular function and dysfunction**. Copenhagen: Munksgaard, 1979. p.193-210.
24. DeBOEVER JA, CARLSSON GE. Etiologia e Diagnóstico Diferencial. *In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. **Disfunção da Articulação Temporomandibular e dos Músculos da Mastigação**. São Paulo: Livraria Santos; 2000.*

25. DE BONT, LG. et al. Osteoarthritis and internal derangement of the temporomandibular joint: a light microscopy study. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v.44, n.2, p.634-643, Apr, 1991.
26. DOUGLAS, CR. **Tratado de fisiologia aplicado às ciências da saúde**. São Paulo, Ed. Robe, 1994.
27. DOUGLAS, CR. **Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada a odontologia e fonoaudiologia**, vol. I. São Paulo. Pancast, 1998.
28. DWORKIN, SF. et al. Epidemiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders: clinical signs in case and controls. **J Am Dent Assoc, Chicago**, v.120, n.3, p.273-281, Mar, 1990.
29. FONSECA, DM. **Disfunção craniomandibular – diagnóstico pela anamnese**. Bauru, 1992. 116p. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.
30. FONSECA, DM; VALLE, GBA; FREITAS, SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **RGO**, 1994 jan/fev; 42(1): 23-8.
31. GAMSA, A. **Is emotional disturbance a precipitation or consequence of chronic pain?** Pain, v.42, p. 183-95, 1990.
32. GALE, EN; DIXON, DC. A simplified psychologic questionnaire as a treatment planning aid for patients with temporomandibular joint disorders **J Prosth Dent**, v.61, n.2, p.235-38, fev, 1989.
33. GARCIA, AR; LACERDA JR, N; PEREIRA, SLS. Grau da disfunção da ATM e dos movimentos mandibulares em adultos jovens. **Rev. da APCD**, v.51, n.1, jan/fev, 1997.
34. GELB, H & BERNSTEIN, J. Clinical Evaluation of Two Hundred Patients with Temporomandibular Joint Syndrome. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, New York 1993;49(2):234-43.
35. GOLDBERG, DP. et al. A comparison of two psychiatric Screening tests. **Brit J Psychiatry**, London, v.129, p.61-67, 1976.
36. GOLDBERG, D, & HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. Londres / Nova York: Tavistock / Routledge, 1992.
37. GOMES, MB. et al. Limiar de dor à pressão em pacientes com cefaléia tensional e disfunção temporomandibular. **Cienc Odontol Bras.**; 9 (4): 84-91. out./dez, 2006.
38. GOUVEIA, VV. et al. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v 19, nº3, Brasília set./dez, 2003.

39. GONÇALVES, GH; PEREIRA, PH; PRADO, DC. Prevalência de sintomas de desordens temporomandibulares em acadêmicos. **Rev. Serviço ATM**, v.3, n.1, p. 30-33, 2003.
40. HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II – Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. **Sven Tandlak Tidskr**, Oslo, v.67, n.2, p.101-121, 1974.
41. KLEINMAN, A. & COHEN, A. Psychiatry's global challenge. **Scientific American**, 276, 86-89, 1997.
42. KORSZUN, A. et al. The relationship between temporomandibular disorders and stress – associated syndromes. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, Saint Louis, v.86, n.4, p.416-420, 1998.
43. LASKIN, DM. Etiology of pain – dysfunction Syndrome. **J. Am. Dent. Assoc.**, 79(1): 147-53, jul 1969.
44. LeRESCHÉ, L; MANCL, L; SHERMAN, JJ; GANDARA, B; DWORKIN, SF. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. **Pain**, 106: 253-261, 2003.
45. MACIEL, RN. **Oclusão e ATM. Procedimentos Clínicos**. São Paulo: Editora Santos, 1998.
46. MARTINS, RJ. et al. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Rev. bras. epidemiol.**, v.10, n.2, June. 2007.
47. McNEILL, C. et al. **Craniomandibular (TMD) disorders – The state of the art**. **J Prosthetic Dent**, Saint Louis, v. 44, n. 4, p.434-437, Oct. 1980.
48. McNEILL, C. et al. Temporomandibular disorders: diagnosis, management, education, and research. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v.120, n.2, p.253-263, Mar. 1990.
49. MILAN, SB. et al. Sexual dimorphism in the distribution of estrogen receptors in the temporomandibular joint complex of the baboon. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, Saint Louis, v.61, n.4, p.307-314, Apr, 1986.
50. MOHL, ND; OHRBACH, R. The dilemma of scientific knowledge versus clinical management of temporomandibular disorders. **J Prosthet Dent**, Saint Louis, v.67, n.5, p.113-120, Oct, 1992.
51. MONTAL, EM; GUIMARÃES, JP. Análise epidemiológica da sintomatologia da desordem temporomandibular e especialidade médica procurada para tratamento. **Rev Serviço ATM**; 1(1):16-20. jul./dez, 2001.
52. MONTEIRO, AZ; ROCHA, AR. Associação entre fatores psicológicos e desordem temporomandibular. **Rev Serviço ATM**, v.3, n.1, p. 59-63, 2003.

53. MUNHOZ, WC; MARQUES, AP; SIQUEIRA, JJ. Evaluation of global body posture in individuals with internal temporomandibular joint derangement. **J Craniomandibular Practic**; (3)4:269-277, 2005.
54. NARDI, N. **Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil, 2003**. Joaçaba, 2005. 192p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina.
55. NOMURA, K. et al. Use of the Fonseca's questionnaire to assess the prevalence and severity of temporomandibular disorders in brazilian dental undergraduates. **Braz. Dent. J.** , Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, 2007 .
56. OKESON, JP. **Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares**. In: OKESON, J.P. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence, 1998.
57. OLIVEIRA, W. **Disfunções Temporomandibulares**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2002.
58. OLIVEIRA, AS; BERMUDEZ,CC; SOUZA, KM; DIAS, EM; CASTRO, CES. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **J Apple Oral Sci**, v.11, n2, p.138-43, 2003.
59. ORBACH, R; STOHLER, C. Current diagnostic systems. **J Craniomandib. Disord Facial Oral Pain**, Lombard, v.6, n.2, p.307-317, Mar,1992.
60. PAIVA, HJ. et al. Disfunções do sistema mastigatório e da articulação temporomandibular. **Periodontia**, v.2, n.3, p. 64-71, 1993.
61. PASQUALI, L; GOUVEIA, VV; ANDRIOLA, WB; MIRANDA, FJ; RAMOS ALM. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 10: 421-37, 1996.
62. ROCHA, APF; NARDELLI, MR; RODRIGUES, MF. Epidemiologia das desordens temporomandibulares: estudo da prevalência da sintomatologia e sua interrelação com a idade e o sexo dos pacientes. **Rev Serviço ATM**. 2002 jan./jun.;2(1): 5-10.
63. RUGH, J; BARGH, N; DRAGO, C. Experimental oclusal discrepancies and nocturnal bruxism. **J Prosthet Dent**, v. 51, p. 548-53, 1984.
64. RUGH, JD; SOLBERG, WK. Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. In: RUGH, J.D.; ZARB, G.A.; CARLSSON, G.E. **Temporomandibular joint, function and dysfunction**. Saint Louis: Mosby, Cap.9, p.239-268, 1979
65. RUGH, JD; WOODS, BJ; DAHLSTROM, L. Temporomandibular disorders: assessment of psychological factors. **Adv Dent Res**, Washington, v.7, n.2 p.127-136, Aug, 1993.

66. SAUERESSIG, NS; KAYSER, FG; OLIVEIRA, FL. Disfunções temporomandibulares e sua relação com o zumbido auditivo e dorsalgia: relato de caso clínico. **J. Bras. Oclusão ATM Dor Orofac**; 3(9): 21-5, jan-mar, 2003.
67. SCHWARTZ, LL. Disorders of the temporomandibular joint. Philadelphia: Saunders, 1959
68. SCHWARTZ, LL; CHAYES, CM. Pain associated with the temporomandibular joint. **J. Am. Dent. Assoc.**, 51(4): 394-97, out, 1955.
69. SEGER, L. *et al.* **Psicologia e Odontologia – Uma abordagem integradora**. 3a ed., Cap. 09, 1998.
70. SEILAMEN, C. et al. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): 1629-1639, 2007.
71. SHAFER, W; HINE, N & LEVY, B. **Tratado de patologia bucal**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1987.
72. SILVA, WAB. **Etiologia e prevalência dos sinais e sintomas associados às alterações funcionais do sistema estomatognático**. Piracicaba, 2000. 192p. Tese (Livre Docência em Prótese Fixa) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
73. SILVEIRA, AM; FELTRIN, PP; ZANETTI, RV; MAUTONI, MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v.73, n.4, São Paulo jul./ago, 2007.
74. SHORE, NA. The interpretation of temporomandibular joint roentgenograms. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.13, n.3, p.341-350, Mar, 1960.
75. SOLBERG, WK. Background e problemas clínicos. **Disfunções e desordens temporomandibulares**. São Paulo: Santos, 1989.
76. SUVINEN, TI. et al. Temporomandibular disorders part II. A comparison of psychologic profiles in Australian and finnish patients. **J. Orofac. Pain**, v. 11, n.2, p.147-57, 1997.
77. TARNOPOLSKY, A. et al. Validity and uses of a Screening Questionnaire (GHQ) in the community. **Br J Psychiat**, London, v. 134, p.508-515, 1979.
78. WEINBERG LA. Temporomandibular joint function and its effect on centric relation. **J Prosth Dent**; 30(2): 176-95. Aug, 1973.

Anexos

ANEXO I:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer Consubstanciado do Projeto de Pesquisa

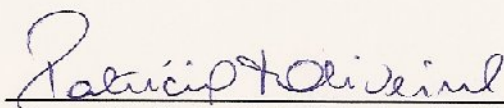
Registro no CEP-UNP	095/2008
Título do Projeto:	Análise da influência de Distúrbios Psiquiátricos Menores em pacientes portadores de disfunção Temporomandibular Severa
Pesquisador Responsável	Carina Castro Toscano de Carvalho
Instituição	UnP
Área Temática	Grupo III

Sumário: Avaliar o efeito da órtese volar para a imobilização do punho no tratamento da Epicondilite Lateral do cotovelo.

Avaliação: Ao se proceder a análise do projeto supracitado, tendo em vista que as informações nele contidas atendem aos aspectos fundamentais da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar, manifestou-se por sua aprovação, em 24 de setembro de 2008.

Situação: Projeto aprovado

Natal, 26 de setembro 2008.



Profª. Patrícia Teixeira de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa/UnP

ANEXO II



UNIVERSIDADE POTIGUAR - UnP
CURSO DE ODONTOLOGIA
GRUPO DE PESQUISA: Arte e Ciência em Odontologia

PROJETO DE PESQUISA: Análise da influência de distúrbios psiquiátricos menores em pacientes portadores de disfunção temporomandibular severa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste documento, o (a) convidado (a) a colaborar para nossa pesquisa.

As desordens temporomandibulares (DTM) são responsáveis pela maioria das dores crônicas orofaciais e afetam com mais frequência músculos, terminações nervosas e ligamentos da região de cabeça, pescoço e face, e, ainda, a articulação temporomandibular. São frequentemente diagnosticadas por seus característicos sinais e sintomas, como ruídos articulares, dor a palpação nos músculos da mastigação e cervicais, dores faciais, dor na ATM, cansaço muscular após refeições ou ao acordar, ruídos articulares, sensibilidade nos dentes e dores de cabeça. É por esse motivo, que toda vez que nós, cirurgiões dentistas nos confrontamos com um paciente que apresenta sinais e sintomas de desordem temporomandibular, procuramos elaborar um plano de tratamento que proporcione o equilíbrio entre a função muscular, articular e oclusal, restabelecendo-se, com isso, a normalidade do sistema mastigatório. Vários são os fatores que podem desencadear esta desordem, no entanto, várias pesquisas têm mostrado a participação de fatores psicológicos, como ansiedade e estresse. É por esse motivo, que nosso trabalho tem como finalidade avaliar a prevalência dos fatores psicológicos em pacientes com DTM, comparando com grupo controle saudável.

Não existem possíveis riscos aos participantes, por tratar-se de exame clínico e físico e aplicação de um questionário. O que se espera é que o estudo forneça dados que esclareçam qual a prevalência dos principais fatores psicológicos que acometem a população com esta desordem e se há alguma diferença com relação à população sem este problema.

Por não haver nenhum custo para o participante, o mesmo não será ressarcido por sua contribuição na pesquisa.

Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, mesmo que tenha assinado esse termo de consentimento. As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico, sem a divulgação do nome do participante. A pesquisadora responsável, os demais profissionais envolvidos nessa pesquisa e o Comitê de Ética e Atividades reguladoras terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem, contudo violar a confidencialidade necessária.

Você receberá uma cópia deste documento e vale transporte, caso solicite.

Somente com a assinatura desse documento é que podemos realizar o que lhe explicamos anteriormente, que é a pesquisa em si.

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste documento, concordo em participar desse estudo.

E através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a Carina Castro Toscano de Carvalho, Cirurgiã-Dentista, CRO/PE 8047, portadora da cédula de identidade

6.428.828 SSP-PE, a utilizar as informações sobre minha pessoa, através do que for falado, escrito e observado, com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico na área de Odontologia.

Autorizo, também, a publicação do referido trabalho, de forma escrita e resultados dos formulários. Concedo também, o direito de retenção e uso dos resultados para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de indenização pela minha participação na pesquisa que deverá ser livre e espontânea.

Qualquer dúvida ou esclarecimento o (a) Sr (a) poderá contatar a Dra Carina Castro Toscano de Carvalho pelos telefones: (81) 9193-6360 – (81) 9957-3932.

Natal, ____/____/____

De acordo,

Assinatura: _____

Endereço: _____

RG: _____ CPF: _____

Pesquisadora: _____

Carina Castro Toscano de Carvalho

ANEXO III

CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Ilma. Sr.

Prof^a. Tarso Gadelha Fernandes

Diretor do curso de Odontologia da Universidade Potiguar - UNP

Vimos por meio desta, apresentar para apreciação, o Projeto de Pesquisa: ***Análise da influência de distúrbios psiquiátricos menores em pacientes portadores de disfunção temporomandibular severa***, a ser realizado na forma de Projeto de dissertação de mestrado. Igualmente, confirmamos que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 196/96 e das resoluções complementares à mesma (240/97; 252/97; 292/99; 303/2000 e 304/2000).

Atenciosamente, inscrevemo-nos,

Samira Albuquerque de Sousa
Orientadora do Projeto

Carina Castro Toscano de Carvalho
Aluna do Mestrado

ANEXO IV

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE POTIGUAR - UnP
CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA

Natal, 14 de Maio de 2008.

Prezado Prof. Dr. Antônio Ricardo Calazans Duarte

Chefe de Departamento do Curso de Odontologia da UFRN

Eu, Carina Castro Toscano de Carvalho, estou realizando a pesquisa intitulada ***Análise da influência de distúrbios psiquiátricos menores em pacientes portadores de disfunção temporomandibular severa***, cujo projeto encontra-se anexo. Venho através desta, solicitar sua autorização para a coleta de dados em pacientes da Clínica Odontológica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN através do Programa de atendimento à pacientes com Disfunção do Aparelho Estomatognático - PROADE. Informo que não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não irei interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Esclareço que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradeço antecipadamente seu apoio e compreensão, certa de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Atenciosamente:

Carina Castro Toscano de Carvalho
Aluna de Mestrado

Profa. Dra. Samira Albuquerque de Sousa
Orientadora

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE POTIGUAR - UnP
CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA

Natal, 14 de Maio de 2008.

Prezado Prof. Dr. Gustavo Augusto Seabra Barbosa

Coordenador do Programa de atendimento à pacientes com Disfunção do Aparelho Estomatognático - PROADE

Eu, Carina Castro Toscano de Carvalho, estou realizando a pesquisa intitulada ***Análise da influência de distúrbios psiquiátricos menores em pacientes portadores de disfunção temporomandibular severa***, cujo projeto encontra-se anexo. Venho através desta, solicitar sua autorização para a coleta de dados em pacientes da Clínica Odontológica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN através do Programa de atendimento à pacientes com Disfunção do Aparelho Estomatognático - PROADE. Informo que não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não irei interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Esclareço que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradeço antecipadamente seu apoio e compreensão, certa de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Atenciosamente:

Carina Castro Toscano de Carvalho
Aluna de Mestrado

Profa. Dra. Samira Albuquerque de Sousa
Orientadora

ANEXO V**FICHA CLÍNICA DE DORES OROFACIAIS**

Protocolo nº _____

Data: ____/____/____

01. DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/ 19____. Estado civil: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____. Complemento: _____ CEP: _____

Telefone: () _____. Celular: () _____.

02. QUESTIONÁRIO DMF PARA DTM

SINAIS E SINTOMAS	DATAS			
	NÃO	SIM	AV	TOTAL
1. Sente dificuldade para abrir a boca?				
2. Tem dificuldades para realizar outros movimentos com a mandíbula?				
3. Sente cansaço ou desconforto quando mastiga?				
4. Tem dor de cabeça com frequência?				
5. Sente dor de ouvido ou próximo dele?				
6. Tem dor na nuca ou no pescoço?				
7. Percebe algum ruído nas ATMs quando movimenta a mandíbula?				
8. Tem o hábito de ranger ou apertar os dentes?				
9. Ao fechar a boca sente que seus dentes não se articulam bem?				
10. Você se considera uma pessoa tensa?				

0 – 15 = Não DTM; 20 – 40 = DTM Leve; 45 – 65 = DTM Moderada; 70 – 100 = DTM Severa.

TOTAL	DIAGNÓSTICO

03. Abertura bucal máxima - Distância intersticial + transpasse vertical: _____ mm**04. Auscultação** - () Estalido () Salto () Crepitação Lado: () D () E**05. Músculos Sensíveis** – () Masseter () PT. Lateral () Temporal Lado: () D () E**06. Hábitos** – () Apertamento () Bruxismo () Lateralidade () Protrusão
Mandibular () Onicofagia () Outros: _____**07. Lado predominante da mastigação** () Não há () D () E**08. Postura do sono:** __________
Paciente ou Responsável_____
Examinador

ANEXO VI

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG (QSG – ADAPTAÇÃO BRASILEIRA)

Você ultimamente:

1) Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?

- 1) melhor que de costume
- 2) como de costume
- 3) pior do que de costume
- 4) muito pior do que de costume

2) Tem sentido necessidade de tomar fortificantes?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

3) Tem se sentido cansado (fatigado) e irritado?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

4) Tem se sentido mal de saúde?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

5) Tem sentido dores de cabeça?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

6) Tem sentido dores na cabeça?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

7) Tem sido capaz de se concentrar no que faz?

- 1) melhor do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

- 8) Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 9) Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 10) Tem suado (transpirado) muito?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 11) Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 12) Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 13) Tem se sentido muito cansado e exausto , até mesmo para se alimentar?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 14) Tem perdido muito sono por causa de preocupações?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 15) Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?
- 1) melhor que de costume
 - 2) como de costume
 - 3) menos lúcido do que de costume
 - 4) muito menos do que de costume

Você ultimamente:

16) Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?

- 1) melhor que de costume
- 2) como de costume
- 3) com menos energia do que de costume
- 4) com muito menos do que de costume

17) Tem sentido dificuldade em conciliar o sono? (pegar no sono)

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

18) Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (após ter pego no sono)?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

19) Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

20) Tem tido noite agitadas e mal dormidas?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

21) Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado?

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) um pouco menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

22) Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?

- 1) mais rápido do que de costume
- 1) como de costume
- 3) mais tempo do que de costume
- 4) muito mais tempo do que de costume

23) Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diárias?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

24) Tem sentido que está perdendo o interesse na sua aparência pessoal?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

25) Tem tido menos cuidado com as suas roupas?

- 1) mais cuidado do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos cuidado do que de costume
- 4) muito menos cuidado do que de costume

26) Tem saído de casa com a mesma frequência que de costume?

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

27) Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar?

- 1) melhor que de costume
- 2) mais ou menos igual
- 3) um pouco pior
- 4) muito pior

28) Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?

- 1) melhor que de costume
- 2) como de costume
- 3) pior do que de costume
- 4) muito pior do que de costume

29) Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais atrasado do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais atrasado do que de costume

30) Tem se sentido satisfeito pela forma qual você tem realizado suas atividades (tarefa ou trabalho)?

- 1) mais satisfeito do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos satisfeito do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

Você ultimamente:

- 31) Tem se sentido capaz de sentir afeição por aqueles que o cercam?
- 1) mais do que de costume
 - 2) como de costume
 - 3) menos do que de costume
 - 4) muito menos do que de costume
- 32) Tem achado fácil conviver com outras pessoas?
- 1) mais fácil do que de costume
 - 2) tão fácil como de costume
 - 3) mais difícil do que de costume
 - 4) muito mais difícil do que de costume
- 33) Tem gasto muito tempo batendo papo?
- 1) mais tempo do que de costume
 - 2) tanto quanto de costume
 - 3) menos do que de costume
 - 4) muito menos do que de costume
- 34) Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo) ?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 35) Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?
- 1) mais do que de costume
 - 2) como de costume
 - 3) menos útil do que de costume
 - 4) muito menos do que de costume
- 36) Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?
- 1) mais do que de costume
 - 2) como de costume
 - 3) menos do que de costume
 - 4) muito menos do que de costume
- 37) Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 38) Tem se sentido com medo de tudo que tem de fazer?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume

Você ultimamente:

- 39) Tem se sentido constantemente sob tensão?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 40) Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 41) Tem achado a vida uma luta constante?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 42) Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?
- 1) mais do que de costume
 - 2) como de costume
 - 3) um pouco menos do que de costume
 - 4) muito menos do que de costume
- 43) Tem tido pouca paciência com as coisas?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) menos paciência do que de costume
 - 4) muito menos do que de costume
- 44) Tem se sentido irritado e mal humorado?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 45) Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso?
- 1) não, absolutamente
 - 2) não mais do que de costume
 - 3) um pouco mais do que de costume
 - 4) muito mais do que de costume
- 46) Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?
- 1) mais capaz do que de costume
 - 2) como de costume
 - 3) menos capaz do que de costume
 - 4) muito menos capaz do que de costume

Você ultimamente:

47) Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

48) Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

49) Tem se sentido infeliz e deprimido?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

50) Tem perdido a confiança em você mesmo?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

51) Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

52) Tem sentido que a vida é completamente sem esperança?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

53) Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?

- 1) mais do que de costume
- 2) como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

54) Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz?

- 1) mais do que de costume
- 2) assim como de costume
- 3) menos do que de costume
- 4) muito menos do que de costume

Você ultimamente:

55) Tem se sentido nervoso e sempre tenso?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

56) Tem sentido que a vida não vale a pena?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

57) Tem pensado na possibilidade em dar um fim em você mesmo?

- 1) definitivamente, não
- 2) acho que não
- 3) passou-me pela cabeça
- 4) definitivamente, sim

58) Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

59) Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo?

- 1) não, absolutamente
- 2) não mais do que de costume
- 3) um pouco mais do que de costume
- 4) muito mais do que de costume

60) Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?

- 1) definitivamente, não
- 2) acho que não
- 3) passou-me pela cabeça
- 4) definitivamente, sim