

Fatores Psicológicos: sua Importância no Diagnóstico das Desordens Temporomandibulares

Psychological Factors: its Importance in Temporomandibular Disorders Diagnosis

Karina CESTARI*
Cinara Maria CAMPARIS**

CESTARI, K.; CAMPARIS, C.M. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. JBA, Curitiba, v.2, n.5, p.54-60, jan./mar. 2002.

O presente trabalho foi realizado com o objetivo de mensurar a importância dos fatores psicológicos envolvidos nas DTMs, utilizando uma revisão de literatura em que pode-se verificar que é de concordância geral, entre os autores, a direta inter-relação que existe entre tensão psicológica e pioras no quadro de DTMs. Tendo em vista isto, sugerimos a implantação de uma ficha de anamnese para uso dos odontólogos, a fim de orientá-los no diagnóstico dos fatores psicológicos envolvidos no estado geral do paciente, tornando, assim, o planejamento e o tratamento mais completo e eficiente.

UNITERMOS: Desordens temporomandibulares; Ansiedade; Depressão; Estresse e bruxismo.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico das desordens temporomandibulares (DTM) é realizado de acordo com a determinação de seus sinais e sintomas característicos. Tendo em vista a natureza ampla de sua etiologia, a DTM pede um diagnóstico diferenciado e criterioso, o qual só poderá ser obtido através de um exame cuidadoso do paciente e aspectos relevantes ao tratamento.

A falta de critérios padronizados para o diagnóstico das desordens temporomandibulares é refletida em estudos que tentam estabelecer critérios de diagnóstico. Tais estudos são direcionados para a classificação de desordens temporomandibulares, tanto para o aspecto clínico (diagnóstico físico) como para o psicossocial (RAMFJORD, 1996). OKESON (1998) ressalta a importância de cada clínico que trata a dor, a necessidade de compreender que não existe dor sem alguma influência dos fatores psicológicos.

Em determinados casos limítrofes, pode ser difícil estabelecer o diagnóstico diferencial entre as disfunções dos músculos e articulações temporomandibulares e outras condições com manifestações semelhantes. O componente psíquico forte e a tendência para remissões e exacerbações de condições várias, de importância diagnóstica diferencial, tornam difícil avaliar o significado verdadeiro dos sintomas.

Mas, sempre que possível, deve-se fornecer ao paciente um diagnóstico definitivo de sua condição dolorosa. Não existe nada mais inconsistente para o paciente do que

* Formação em Psicologia - PUCCAMP; Licenciatura Plena em Psicologia - PUCCAMP
Estagiária da Disciplina de Desordens Temporomandibulares e Dores Orofaciais da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

** Professora Doutora das Disciplinas de Oclusão, Desordens Temporomandibulares e Dores Orofaciais/
Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP

temer o desconhecido. Os pacientes que não tenham recebido um diagnóstico, freqüentemente pensarão que sua condição é desconhecida e única, apenas para ele (OKESON, 1998).

Segundo OKESON (1998), quando se observa a complexidade da experiência dolorosa, o modelo mecanicista de doença se torna insuficiente para se tratar de condições dolorosas, assim, o Cirurgião-dentista deve ter uma compreensão do homem como ser biopsicossocial e deve compreender que ali se encontra um ser humano, que possui um conjunto de sensações e emoções, e que, por exemplo, se estiver sentindo uma dor, esta deve ser considerada não apenas como uma sensação, mas sim uma experiência com dimensões emocionais, cognitivas, comportamentais e sensoriais.

Desta forma, não se pode separar ou tratar aquela disfunção trazida pela pessoa como algo distinto do todo. O odontólogo precisa, desde o início do diagnóstico, estar atento ao envolvimento ou não de fatores psicológicos, emocionais e sociais neste paciente, porque muitos sintomas orgânicos têm substrato emocional. Assim, poderá distinguir o grau de comprometimento psicológico na disfunção apresentada, e o quanto este está interferindo, para assim poder indicar se há necessidade de encaminhamento, ou não, à área da Psicologia.

REVISÃO DE LITERATURA

Os fatores psicológicos envolvidos nas desordens temporomandibulares podem ser divididos em: fatores comportamentais (por exemplo: bruxismo), emocionais (por exemplo: ansiedade, depressão e estresse), e fatores cognitivos (expectativas e significados).

Em relação ao estresse, estudos revelam que as pessoas expostas a vários fatores estressantes comumente demonstram um aumento de hiperatividade muscular (RUGH & SOLBERG, 1975; RUGH & SOLBERG, 1974). É importante lembrarmos que o tipo e a intensidade de estresse vivido varia muito de um indivíduo para outro. Desta forma, torna-se difícil julgar a intensidade de um fator estressante no paciente (OKESON, 1992).

Uma relação íntima entre tensão psíquica e bruxismo tem sido lógica para a maioria dos investigadores do bruxismo (THOMPSON, 1971), e diversos estudos neurofisiológicos têm se preocupado com a ocorrência e etiologia do bruxismo.

Tem sido demonstrado que a tensão aumenta a atividade nos músculos mastigatórios tanto em seres humanos como em animais (CHANEY & ANDREASEN, 1972; DRINKWATER *et al.*, 1968; INUAKOSHI & DWANO, 1974; YEMN, 1969a, 1969b, 1971).

Pode-se verificar em diversas pesquisas que a tensão muscular aumentada do masseter está diretamente rela-

cionada ao estresse diário. MERCURI (1979) demonstrou que os níveis de estresse aumentados (medidos pelo índice de adrenalina urinária) estavam muito relacionados à atividade muscular do masseter à noite.

A resposta mais comum a um fator de estresse é a ansiedade. Por ansiedade, pode-se entender a emoção desagradável, caracterizada por termos tais como preocupação, tensão e medo, que todos nós sentimos ocasionalmente, em vários graus (ATKINSON *et al.*, 1995).

Os sintomas de humor associados à ansiedade se constituem principalmente em tensão, pânico, apreensão, depressão e irritabilidade. Os sintomas somáticos apresentados podem ser divididos em dois grupos: os sintomas imediatos, que consistem em sudorese emocional, respiração curta, aumento da pressão sanguínea, sensação de tensão muscular, além de dor de cabeça, falta de ar, formigamento nas extremidades e palpitações cardíacas, estas últimas conseqüentes à hiperventilação.

Com o prolongamento da ansiedade, teremos sintomas tardios, tais como pressão sanguínea cronicamente aumentada, fraqueza muscular, sofrimento intestinal, refletindo o colapso do sistema fisiológico. Dentre os sintomas psicológicos, pode-se verificar desatenção aos problemas reais, apreensão e preocupação com infortúnios. Os indivíduos geralmente se mostram impacientes e inquietos, e os sintomas motores refletem os seus elevados níveis de estimulação cognitiva e somática.

Os transtornos de ansiedade podem ser divididos em duas categorias principais: transtornos fóbicos e estados de ansiedade. Estas duas categorias diferem em termos do grau no qual a ansiedade é localizada. No caso dos transtornos fóbicos, a ansiedade é localizada e associada a um objeto ou situações particulares. Por exemplo: um indivíduo pode se tornar muito ansioso quando está em um prédio alto. Em contraste, em estados de ansiedade, esta é difusa, não está relacionada a qualquer estímulo específico, e é experimentada como onipresente ou livremente flutuante (HOLMES, 1997).

Os transtornos fóbicos estão divididos em três grupos, em função do tipo de situação que provoca o medo. São eles:

Agorafobia

O principal sintoma de agorafobia é o medo de estar em ambientes públicos, dos quais poderia ser difícil escapar se o indivíduo se tornasse subitamente ansioso. Conseqüentemente, a vida destes indivíduos é dominada por suas tentativas de evitar contato com grandes grupos de pessoas. Portanto, tais indivíduos tendem a confinar-se em suas residências e aventurar-se fora delas o menos possível. Estar com muita gente os deixam temerosos, porque "algo" poderia lhes acontecer (HOLMES, 1997).

Fobia Social

A fobia social, assim como a agorafobia, também resulta em uma evitação de grupos, mas, ao invés de originar-se de algum medo vago de perder o controle, o transtorno é, em geral, embasado no medo irracional do indivíduo de que se comportará de uma forma constrangedora, e então será criticado pelos demais. A ansiedade de uma pessoa com fobia social não se origina de qualquer delírio específico (por exemplo: de que os outros estão conspirando contra ela), mas, antes, de um modo geral de que será criticado por comportamento inepto.

Fobia Específica

Envolve um medo irracional em relação a um objeto ou situação diferente, de multidões (agorafobia) e crítica pessoal (fobia social). Como tal, a fobia específica é uma categoria residual que inclui todas as demais. Entre elas estão a hematofobia (medo de sangue), a patofobia (medo de doenças), a aglofobia (medo de dor) e outras.

Dentre os estados de ansiedade, podemos distinguir quatro tipos:

Transtorno de Pânico

Este transtorno envolve breves períodos de ansiedade espontânea excepcionalmente intensa. Tais períodos vêm e vão subitamente, via de regra, durante apenas alguns minutos, e sua ocorrência é imprevisível. Além dos sentimentos psicológicos intensos de apreensão, medo e terror, o indivíduo experimenta sintomas físicos que podem incluir respiração curta, palpitações cardíacas, dores no peito, sensações de asfixia, tontura, sentimentos de irrealidade, formigamento das extremidades, calafrios e calores, suor, fraqueza e tremor. É importante não confundir ataques de pânico com períodos intensos de estimulação, que estão associados a esgotamento e estresse físico, devido a situações reais ameaçadoras da vida (HOLMES, 1997).

Indivíduos com transtornos de pânico tornam-se preocupados, com medo de perder o controle, e começam a evitar lugares públicos e optam por ficar em casa, onde se sentem seguros, e, quando esta evitação se torna intensa, o indivíduo pode ser diagnosticado como sofrendo de transtorno de pânico com agorafobia. Entre os ataques, a pessoa torna-se muito ansiosa em relação a possíveis ataques iminentes, provocando, portanto, um nível geral elevado de ansiedade. Em decorrência disso, algumas vezes são erroneamente diagnosticados como sofrendo de um transtorno de ansiedade generalizada (HOLMES, 1997).

Transtorno de ansiedade generalizada

Envolve ansiedade persistente geral, que dura pelo menos um mês, e não está associada a nenhum objeto ou situação particular. A presença da ansiedade é constante e, uma vez que a ansiedade é geral, sem associação com um objeto particular, o indivíduo não sabe de onde a ameaça e condenação virão, e continuamente pesquisa os arredores procurando a ameaça. Isto pode resultar em efeitos debilitantes como distração e fadiga (HOLMES, 1997).

Transtorno de estresse pós-traumático

As pessoas que passam por experiências como desastres, seqüestros e outros, às vezes desenvolvem um conjunto severo de sintomas relacionados à ansiedade, conhecido como transtorno de estresse pós-traumático. Os principais sintomas incluem sensação de torpor em relação ao mundo, com uma falta de interesse pelas atividades anteriores e um senso de alienação quanto aos outros, revivência do trauma repetidamente em recordações e sonhos, perturbações do sono, dificuldades para a concentração e hipervigilância (ATKINSON *et al.*, 1995).

Transtorno obsessivo-compulsivo

Este transtorno envolve obsessões ou compulsões recorrentes, ou ambos. Uma obsessão é uma idéia, pensamento, imagem persistente que o indivíduo não consegue tirar da sua mente. As obsessões, geralmente, giram em torno de um tópico singular (por exemplo: sujeira e morte), são vistas como incontroláveis e repelidas pelo indivíduo. Uma compulsão é um comportamento realizado repetidamente pelo indivíduo, de um modo estereotipado. A pessoa percebe a irracionalidade do comportamento e não extrai qualquer prazer particular dele, mas torna-se tensa e ansiosa se o comportamento não é desempenhado. As compulsões clinicamente comuns incluem: lavar as mãos, verificar, tocar, e outras.

Transtorno de estresse agudo

Envolve um período de ansiedade intensa, com duração em torno de um mês ou menos. Esta ansiedade pode se originar de alguma situação transitória, como um desastre natural ou pessoal. Este transtorno, se não cuidado, pode se tornar um transtorno de estresse pós-traumático (HOLMES, 1997). Em muitos casos, a ansiedade é considerada normal, adaptativa e positiva, e pode servir como um impulso para novos esforços na

realização de determinadas tarefas.

Em relação à depressão, podemos afirmar que todo ser humano passa por flutuações de afeto em resposta a eventos no decorrer de sua vida cotidiana. Em algumas pessoas, no entanto, estas respostas assumem um caráter inadequado em termos de severidade, persistência ou circunstância desencadeadora, caracterizando, assim, a ocorrência de um distúrbio afetivo. O mais comum desses distúrbios é denominado genericamente de depressão (ALENCAR JR., 1997).

A depressão está inserida no grupo dos transtornos de humor, o qual está dividido em dois subgrupos: o primeiro subgrupo consiste dos transtornos depressivos e unipolares, e o segundo consiste dos transtornos bipolares, em que a depressão também é um sintoma proeminente, mas se altera com a mania (período de excitação).

Os principais sintomas do transtorno depressivo maior giram em torno de problemas de humor. A pessoa sente-se deprimida, melancólica, isolada, rejeitada e não amada; estas pessoas se descrevem, muitas vezes, como estando dentro de um buraco escuro e profundo, incapacitadas de serem ajudadas a sair.

Durante sua fase inicial, a depressão pode ser acompanhada por ansiedade. Durante esta fase, o indivíduo tem uma posição pessimista em relação à sua vida, sente-se aborrecido e ansioso, e tem muitos pensamentos de preocupação. Nesta fase, às vezes, torna-se difícil determinar se o indivíduo está experimentando o início da depressão ou se está sofrendo de um estado de ansiedade. Embora a ansiedade continue a ser um componente do transtorno depressivo, à medida que o tempo passa, o nível de ansiedade é reduzido e o nível de depressão é aumentado.

De acordo com HOLMES (1997), pelo menos seis sintomas cognitivos desempenham papéis importantes na depressão. Os indivíduos deprimidos têm auto-estima muito baixa, geralmente pensam que são inadequados e incompetentes; são pessimistas em relação a si e ao mundo; apresentam, também, uma redução de motivação, já que acham que não têm capacidade de resolver seus problemas, não vêem razão para trabalhar, ou buscar ajuda para superá-los, acarretando, assim, um acúmulo de problemas irresolvidos, constituindo em razões adicionais para a depressão; a generalização de atitudes negativas é um outro sintoma presente, no qual há uma relação entre a generalização de seus problemas e o grau de severidade da depressão destes indivíduos; o exagero da severidade dos problemas pode tornar-se tão extremo que a pessoa pode desenvolver um delírio; um outro sintoma importante são os processos de pensamento mais lentos, e os indivíduos depressivos carecem de motivação para trabalhar rapidamente e pensar sobre um problema.

Entre os sintomas motores, o mais proeminente na depressão é o retardo psicomotor, que envolve uma redução ou lentidão do comportamento motor, já que as pessoas deprimidas, com frequência, sentam-se com uma postura encurvada e apresentam um olhar inexpressivo. O retardo psicomotor também afeta os padrões de fala: estes indivíduos costumam falar muito pouco e em tom muito baixo. Entre as pessoas deprimidas, é comum encontrar uma variedade de problemas somáticos, como: padrões alimentares e de sono perturbados e falta de interesse sexual.

Dentre os fatores comportamentais presentes nas DTMs, a maioria das pesquisas realizadas até o momento dá uma ênfase maior para os estudos em relação ao bruxismo. De acordo com PINGITORE *et al.* (1991), bruxismo é um ato involuntário, parafuncional, de apertamento, ranger ou esfregar os dentes. É um hábito extremamente destrutivo, que resulta em desgaste dental, dano nas estruturas que circundam os dentes, inflamação da gengiva, aumento do risco de doença periodontal, dor muscular e DTM. Estes sintomas estão sempre associados à dor de cabeça, à dor na mandíbula e ao enrijecimento dos ombros e pescoço.

MALACALUSO *et al.* (1998) citam, em seu artigo, uma relação entre estresse, ansiedade e bruxismo noturno, que é verificada com medidas de eletromiografia e relatos de pacientes. Os autores estabeleceram uma relação entre o grau de ansiedade, estresse e fatores psicológicos associados com a presença e prevalência do bruxismo noturno, colocando estes à frente dos antigos fatores primordiais, que eram apenas físicos e anatômicos.

MIKAMI (1977) afirma que o bruxismo pode revelar estresse mental, físico, ou pode alertar o paciente para a presença de um contato oclusal anormal. O bruxismo é visto como o mecanismo desencadeado por uma agressão, quando uma vontade básica do indivíduo é bloqueada numa frustração ou raiva reprimida.

DISCUSSÃO

Diversos estudos já comprovaram a influência dos fatores psicológicos nas Desordens Temporomandibulares. De acordo com OKESON (1992), a etiologia dos distúrbios funcionais deve envolver mais que as condições oclusais do paciente. Dois fatores apóiam esta afirmação: primeiro, se a condição oclusal fosse o único fator etiológico, poder-se-ia assumir que todos os pacientes responderiam favoravelmente à correção da oclusão. No entanto, isto não é sempre verdade. Segundo, se a condição oclusal fosse o único fator etiológico, poder-se-ia esperar que os sintomas dos pacientes mudariam somente com as mudanças de oclusão. Em alguns casos isto é verdadeiro, especialmente depois de

um procedimento dental que alterou desfavoravelmente a condição oclusal. Mas frequentemente, no entanto, os sintomas do paciente começam sem nenhuma correlação à mudança oclusal. Na verdade, os sintomas são cíclicos ou episódicos, e se a condição oclusal fosse o único fator, deveria se esperar uma persistência constante e crônica dos sintomas.

Desta forma, pelo menos um outro fator etiológico significativo contribui ou causa um aumento no nível de hiperatividade muscular. Este outro fator é o estado emocional do paciente, o qual é grandemente dependente do estresse psicológico experimentado. O estresse é descrito por HANS SELYE (1974) como a resposta não específica do corpo a qualquer estímulo.

O estresse psicológico é algo inerente ao ser humano. A reação ao estresse tem por objetivo primordial a preservação da vida (LIPP, 1998). O homem tem como instinto natural de sobrevivência enfrentar ou fugir do perigo. E é o estresse a força motivadora que impulsiona este instinto, direcionando-nos para a solução ou gerando energia não utilizada, que será somatizada, descarregada, ou traduzida em alguma manifestação danosa para o indivíduo.

Desta forma, ao contrário do que muitos pensam, ficar estressado também tem seu lado positivo. Por exemplo: você está caminhando e se depara com um carro vindo em sua direção, a força motivadora do estresse vai prepará-lo, mobilizá-lo a correr, a fugir desta situação. Se não fosse o estresse, a pessoa não estaria tão bem preparada para lidar com o agente agressor desta natureza. Contudo, o corpo do ser humano se prepara para lidar do mesmo modo com qualquer tipo de agressor (LIPP, 1998).

A pessoa precisa saber se livrar desta “energia” produzida pelo estresse, caso contrário, o excesso de estresse em nosso corpo poderá acarretar problemas de saúde, como por exemplo: úlcera gástrica, dores de cabeça, bruxismo, etc., que são algumas formas do indivíduo somatizar sua tensão. Uma outra maneira da pessoa descarregar a tensão exercida pelo estresse emocional é praticando algum esporte, realizando algo que lhe faça bem, gritando, enfim, externando toda essa energia acumulada.

Para a saúde do ser humano, esta é a melhor maneira encontrada para aliviar sua tensão, porém alguns destes comportamentos, como por exemplo gritar, são criticados pela sociedade, e assim a pessoa, muitas vezes, acaba por internalizar todo o seu estresse emocional. Portanto, o ideal não é o ser humano querer eliminar o estresse de seu cotidiano, o que seria praticamente impossível, mas aprender e praticar estratégias eficazes e pessoais para lidar com os agentes estressores ou com a energia por ele acumulada.

Em relação à ansiedade, também muito presente

nas pessoas com queixas de desordens temporomandibulares, há três fatores a considerar, ao se fazer uma distinção entre ansiedade normal e patológica. Quando o nível de ansiedade passa a interferir negativamente na atuação do indivíduo, ela será considerada patológica, como ter uma ansiedade tão intensa a ponto de desmaiar para fazer exame ou se recusar a realizá-lo. Outro fator a se considerar é a justificativa para a ansiedade. Se não houver uma justificativa realista para tal ansiedade, esta será considerada anormal. A pessoa ansiosa pode, irrealisticamente, interpretar uma situação como ameaçadora, porém isto não justifica a ansiedade. Por exemplo: a pessoa pode ficar ansiosa ao se deparar com uma fila grande de pessoas, e não saber lidar com a mistura de sensações entre a frustração de não ser a primeira da fila ou uma das próximas, e a pressa presente no atual estilo de vida do homem, o que na maioria das vezes não é justificativa para desencadear estresse ou ansiedade. Um terceiro fator a se considerar é verificar se esta ansiedade leva a conseqüências negativas, por exemplo: quando a ansiedade gera um quadro de hipertensão no indivíduo.

É importante citarmos que o limite entre os vários estágios possíveis de depressão, leve, moderada e severa, não estão muito bem esclarecidos. Porém, ao tentar estabelecer esta distinção, deve-se levar em conta dois fatores: a profundidade e a duração da depressão. Concorda-se, de modo geral, que algumas depressões devem-se principalmente a fatores externos (psicológicos), denominados como depressão exógena, como conflito e estresse, e outras decorrentes de fatores internos (fisiológicos), como baixos níveis de neurotransmissores, referida como endógena. Estabelecer diferenças entre elas é uma tarefa complexa e difícil. A única diferença consistente em padrões de sintomas é que os indivíduos endogenamente deprimidos tendem a ter uma história pessoal ou familiar de depressão (HOLMES, 1997).

É provável que quase todas as pessoas sob tensões ocasionais comprimam ou esfreguem seus dentes. Entretanto, esta ação não é de muita preocupação se não existir manifestação simultânea de trauma.

Segundo SEGER (1998), a personalidade mais típica dos pacientes com transtornos temporomandibulares parece ser aquela em que se conseguem “ganhos secundários”, não se queixando pelos transtornos das etapas primárias da dor ou da disfunção. A fantasia de serem queridos e admirados pelo sofrimento físico ou emocional, que são capazes de suportar com os dentes apertados e os lábios unidos, está dentro do seu estilo. Esta forma de estoicismo parece vir junto com uma ansiedade que, se liberada, poderá destruir a “capa” que eles construíram atrás desses dentes apertados.

Os traços de personalidade de um indivíduo ou

maneira mal-adaptada de encarar os problemas podem, algumas vezes, afetar o curso do tratamento de uma condição médica geral. Como um tipo de personalidade com comportamento hostil e com pressões contínuas, em alguns casos pessoas com traços de personalidade problemáticos podem até interferir com o relacionamento dos profissionais, no trabalho, que dispensam cuidados de saúde ao indivíduo (OKESON, 1998).

A maioria dos indivíduos portadores de DTM possui um tipo de personalidade característica, na qual se pode verificar exagerada tensão, perfeccionismo e competência nas atividades que desenvolvem, ambição, hábitos estes que resultam em uma alta ansiedade e tensão emocional, que podem ser expressas, entre outras formas, através de parafunções ou hábitos orais.

CLARK (1991) critica a tendência do dentista de olhar o problema das DTMs por um âmbito morfológico e anatômico, e relata que estes fatores podem ser facilmente corrigidos, sendo que existem intervenções

de outra natureza, como a psicológica, que podem dar subsídio ao tratamento.

Em anexo, há uma proposta de ficha de anamnese psicológica, com o objetivo de auxiliar o Cirurgião-dentista na percepção dos sintomas emocionais presentes no paciente e a interferência dos mesmos em sua queixa. As questões de números 1 e 2 tendem a identificar a imagem que o indivíduo tem de seus sintomas e o quanto estes estão interferindo no seu dia-a-dia, a de número 3 está relacionada às expectativas, as questões de números 4, 7, 8, 11, 12 e 13 verificam o nível de frustração e de estresse desta pessoa, as de números 14, 15, 16, 17 identificam sintomas depressivos, a de número 20 verifica a tendência ao perfeccionismo, as de números 18, 19 e 21 nos mostram o nível de ansiedade deste paciente. O clínico deve se lembrar que um evento não precisa parecer traumático para ele para ser significativo para o paciente.

ANEXO

FICHA DE ANAMNESE PSICOLÓGICA

- 1) Aconteceu algo significativo em sua vida períodos antes do aparecimento destes sintomas?
- 2) Quais mudanças aconteceram em sua vida após o aparecimento dos sintomas (família, trabalho, escola)? Você teve que deixar de fazer alguma coisa em específico?
- 3) O que você espera deste tratamento?
- 4) Você considera seu trabalho estressante?
- 5) O que você mais gosta de fazer?
- 6) Quanto tempo você costuma dedicar a você?
- 7) Na maior parte do tempo você costuma se dedicar a que tipo de atividade(s)?
- 8) Existem coisas que você gostaria de fazer e não faz?
- 9) O que você considera como sendo suas maiores qualidades?
- 10) Quais os defeitos que você nota em si mesma(o)?
- 11) O que você costuma fazer para aliviar suas tensões?
- 12) Quando você está muito irritado, o que costuma fazer em excesso?
- 13) Você fica agressivo em situações de tensão?
- 14) Você tem interesse em participar de atividades sociais?
- 15) Você sente pouco interesse pelas coisas?
- 16) Tem diminuição no prazer sexual ou no interesse?
- 17) Sente-se só mesmo em companhia dos outros?
- 18) Quando sente a dor, o que você faz para melhorar? Consegue controlá-la ou não?
- 19) Sente alguma reação estranha no seu corpo quando está em tratamento dentário (Exemplo: tonteira, sudorese intensa, taquicardia)?
- 20) Você é uma pessoa muito organizada e detalhista em tudo?
- 21) Você se considera uma pessoa mais calma que ansiosa ou mais ansiosa que calma? Quantifique de 0 a 10.

CONCLUSÃO

A maneira como o Cirurgião-dentista vai acolher o paciente, ouvindo e esclarecendo suas dúvidas, vai marcar o início do relacionamento profissional-paciente. Ao realizar a anamnese, deve-se estar atento às expressões do paciente, colher sua história médica e odontológica, sem esquecer do conteúdo emocional que pode haver nas doenças tipicamente orgânicas, e, caso sejam verificadas

causas emocionais no problema apresentado, deve-se esclarecer ao paciente a relação existente com os fatores psicológicos e fazer o encaminhamento, pois o odontólogo não tem treinamento para tratar estes fatores, mas deve ser capaz de perceber e avaliar a sua presença.

Tudo o que foi citado até este momento, a partir dos diversos estudos realizados, demonstra a importância de se realizar um diagnóstico preciso para que se possa obter eficácia no tratamento das DTMs.

CESTARI, K.; CAMPARIS, C.M. Psychological factors: its importance in temporomandibular disorders diagnosis. *JBA, Curitiba*, v.2, n.5, p.54-60, Jan./Mar. 2002.

In this paper, we report one review of the role of some psychological factors involved in TMDs. Several lines of evidence have shown a direct relationship between psychological tension and stress in TMDs. A model of slip of paper for appraised was proposed for dentists with the objective to orient the diagnostic with psychological factors involved in the patient's general conditions, intending to bring a new insight in plan treatment for TMDs.

UNITERMS: Temporomandibular disorders; Anxiety; Depression; Stress and bruxism.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR JUNIOR, F.G.P. Fatores psicológicos nas disfunções craniomandibulares: estudo da relação entre graus de disfunção e escalas de ansiedade traço-estado. Bauru, 1997. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia de Bauru, USP.
- ATKINSON. *Introdução à Psicologia*. 11.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CHANEY, D.S.; ANDREASEN, L. Relaxation and neuromuscular tension control and changes in mental performance under induced tension. *Percept Mot Skills*, v.34, p.677, 1972.
- CLARK, G.T. Etiologic theory and the prevention of temporomandibular disorders. *Adv Dent Res*, v.5, p.60-66, 1991.
- DRINKWATER, B.L.; FLINT, M.M.; CLELAND, T.S. Somatic response and performance levels during anticipatory physical threat stress. *Percept Mot Skills*, v.27, p.539, 1968.
- HOLMES, D.S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Trad. Sandra Costa. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- INUAKOSHI, M.; DWANO, N. Periodontal jaw muscle reflexes in the albino rat. *J Dent Res*, v.53, p.598, 1974.
- LIPP, M.N.; NOVAES, L.E. *O stress*. São Paulo: Contexto, 1998.
- MALACALUSO, G.M. *et al.* Sleep bruxism is a disorder related to periodic arousals during sleep. *J Dent Res*, v.77, n.4, p.565-573, 1998.
- MERCURI, L.G.; OLSON, R.E.; LASKIN, D.M. The specificity of response to experimental stress in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *J Dent Res*, v.58, n.9, p.1866-1871, 1979.
- MIKAMI, D.B. A review of psychogenic aspects and treatment of bruxism. *J Prosthet Dent*, v.37, n.4, p.411-419, 1977.
- OKESON, J.P. *Dores bucofaciais de Bell*. 5.ed. Quintessence, 1998. Cap.18, p.457-478.
- OKESON, J.P. *Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares*. 2.ed. Artes médicas, 1992. Cap.7, p.127-132.
- PIERCE, C.J. *et al.* Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. *J Orofacial Pain*, v.9, n.1, p.51-56, 1995.
- PINGITORE, G.; CHROBAK, V.; PETRIE, J. The social and psychologic factors of bruxism. *J Prosthet Dent*, v.65, n.3, p.443-446, 1991.
- RAMFJORD, S.P.; ASH, M. *Oclusão*. 4.ed. Trad. Miranda, M.E. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- RUGH, J.D.; SOLBERG, W.K. Electromyographic studies of bruxism behavior before and after treatment. *J Calif Dent Assoc*, v.3, p.56, 1975.
- RUGH, J.D.; SOLBERG, W.K. *The identification of stressful stimuli in natural environments using a portable biofeedback unit*. Proceedings of the Fifth annual meeting of the Biofeedback Research Society, Colorado Springs, February 1974.
- SEGER, L. *et al.* *Psicologia & Odontologia: uma abordagem integradora*. 3.ed. [S.l.]: Santos, 1998.
- THOMPSON, H. Mandibular dysfunction syndrome. *Br Dent J*, v.130, p.187, 1971.
- YEMN, R. Variations in electrical activity of the human masseter muscle occurring in association with emotional stress. *Arch Oral Biol*, v.14, p.873, 1969a.
- YEMN, R. A comparison of the electrical activity of masseter and temporal muscles of human subjects during experimental stress. *Arch Oral Biol*, v.16, p.269, 1971.
- YEMN, R. Masseter muscle activity in stress: adaptation of response to a repeated stimulus in man. *Arch Oral Biol*, v.14, p.1437, 1969b.

Recebido para publicação em: 07/01/02
Enviado para análise em: 11/01/02
Aceito para publicação em: 01/02/02

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Rua Floriano Peixoto, 397 Centro
14870-000 Jaboticabal, SP
Brasil
E-mail: karinacestari@bol.com.br