



**Fernanda Silva de Pietro**

**PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL**

Santa Maria, RS

2022

**Fernanda Silva de Pietro**

**PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Me. Débora do Canto Assaf

Santa Maria, RS

2022

**Fernanda Silva de Pietro**

**PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL**

Trabalho final de graduação apresentado ao Curso de Odontologia - Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgiã-Dentista.

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Débora do Canto Assaf – Orientador (UFN)

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Me. Anne Buss Becker (UFN)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Me. Janaína Carlesso (UFN)

Aprovado em ..... de ..... de 2022.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho ao meu Senhor e meu Deus, digno de toda honra e toda Glória, que em todo tempo esteve comigo.

E à minha família, que foi minha base durante toda a minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por ter me conduzido, me fortalecido, me amparado, por ter sido meu socorro na hora da angústia e por ter estado comigo em todo tempo.

Agradeço aos meu pais, por terem sonhado junto comigo esse sonho, por terem confiado em mim, por não medirem esforços para que esse sonho se tornasse realidade, por não me deixarem desistir, por terem segurado a minha mão quando eu precisei, por terem me levantado quando eu caí em 2018, por terem me dado a chance de dar continuidade ao curso em outro lugar, por terem enxugado minhas lágrimas quando eu precisei, por terem caminhado junto comigo essa caminhada, enfim, por terem sido veículo para que eu viesse a vida para cumprir o meu propósito. Eu amo vocês, e enquanto eu viver, irei honrar a existência de vocês!

Agradeço à minha irmã, por todo apoio, amparo, atenção, por ter me segurado quando eu precisei, por ter sido meu abrigo, por ter atendido meus telefonemas em momentos de desespero, por orar junto comigo e por mim, enfim, por ter vindo antes e ter aberto tantos caminhos para mim. Obrigada por tudo, eu te amo!

Agradeço aos meus avós Agripino de Pietro (in memorian), Alzira de Pietro, Marcírio da Silva (in memorian), Acelina da Silva (in memorian), pois sem eles, sem os esforços deles, sem a história deles, nada disso seria possível.

Agradeço à minha amiga e dupla, Suelyn Zaltron, por ter dividido comigo tantos momentos importantes dessa jornada, por ter segurado a minha mão, ouvido minhas angustias e incertezas, pelos momentos de risos incontroláveis, pela parceria e companheirismo. Que alegria te ter comigo, Susu!

Agradeço à minha orientadora, que me conduziu brilhantemente durante a execução deste trabalho, que me orientou com maestria, que me passou tranquilidade. Obrigada pela paciência e compreensão. Tu és muito especial.

Agradeço à todas as minhas amigas que estiveram comigo durante essa caminhada, que me alegraram, me apoiaram, me aturaram e me fizeram crescer muito. Vocês foram fundamentais!

Agradeço a todos professores que passaram por mim nessa jornada, que contribuíram com a minha formação e crescimento.

Agradeço à banca que gentilmente se dispôs a avaliar e contribuir com este trabalho.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar na literatura o perfil psicológico dos pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) e dor orofacial a fim de ter o melhor manejo na prática clínica. No presente estudo foi realizada uma revisão da literatura científica por meio de pesquisa bibliográfica de artigos utilizando as bases de dados Scielo, Lilacs, Pubmed, sem estabelecer limites quanto a data de publicação, embora artigos mais recentes a partir de 2010 foram priorizados e não houve restrição quanto ao idioma, além dos artigos, livros e guias sobre DTM e dor orofacial também foram incluídos no presente trabalho. A estratégia de busca foi executada de maio a novembro de 2022, utilizando uma combinação de palavras-chave e termos gerais relacionados à dor orofacial, disfunção temporomandibular, fatores psicológicos e fatores psicossociais. Foram realizadas as seguintes combinações “TMD pain, anxiety, depression” e “psychological profile of TMD patients”. Estudos como revisões sistemáticas, revisões de literatura e estudos de caso-controle foram incluídos na busca. A literatura mostrou que há relação forte entre fatores psicossociais e DTM e dor orofacial. A depressão, por sua vez, apresenta um papel mais significativo quando comparado com a ansiedade. Além disso, a depressão e dor apresentam associação bidirecional onde pacientes com depressão apresentam índices importantes de dor ao mesmo tempo que indivíduos que tem dor crônica têm maiores chances de apresentar depressão. Incluir diagnóstico de perfil psicológico e tratamentos como a terapia cognitivo-comportamental favorece o alcance de melhores resultados no tratamento para dor.

**Palavras-chaves:** Fatores Psicossociais; Ansiedade; Depressão; Dor orofacial; Disfunção temporomandibular; Dor Crônica.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the psychological profile of patients with temporomandibular disorders (TMD) and orofacial pain in the literature in order to have more adequate management in clinical practice. In the present study, a review of the scientific literature was carried out through a bibliographic search of articles using the databases Scielo, Lilacs, Pubmed, without setting limits on the date of publication, although more recent articles from 2010 onwards were prioritized and there was no restriction on language, in addition to articles, books and guidelines on TMD and orofacial pain were also included in the present study. The search strategy was performed from May to November 2022, using a combination

of keywords and general terms related to orofacial pain, temporomandibular disorders, psychological factors and psychosocial factors. The following combinations were performed “TMD pain, anxiety, depression” and “psychological profile of TMD patients”. Studies such as review and systematic case-control studies were included in the search. The literature has shown that there is a very strong relationship between psychosocial factors with TMD and orofacial pain. That depression plays a more significant role when compared to anxiety. In addition, depression and pain have a bidirectional association, where patients with depression have important pain indices, while individuals who have chronic pain are more likely to have depression. Including psychological profile diagnosis and treatments such as cognitive-behavioral therapy favors the achievement of better results in pain treatment.

**Key words:** Psychosocial Factors; Anxiety; Depression; Orofacial pain; Temporomandibular Disorder; Chronic Pain.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
2	METODOLOGIA .....	10
3	RESULTADOS .....	11
3.1	REVISÃO DE LITERATURA .....	11
4	DISCUSSÃO.....	17
5	CONCLUSÃO .....	18
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
	ANEXO A .....	26
	ANEXO B.....	27



## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, a disfunção temporomandibular (DTM) é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. Entre os sinais e sintomas mais comuns das DTM destacam-se: dor, limitação e desvios na abertura bucal, ruídos na articulação temporomandibular (ATM), desconforto na mastigação e travamentos mandibulares (LEEuw, 2010).

Existe uma relação bem estabelecida na literatura entre sofrimento psicológico como depressão, ansiedade, estresse e DTM. A pandemia de COVID-19, que foi declarada mundialmente pela Organização Mundial da Saúde no dia 11 de março de 2020, evidenciou a correlação do sofrimento psíquico e o impacto dele na disfunção temporomandibular (MANFREDINI et al., 2010; FILLINGIM et al., 2013; ASQUINI et al., 2021).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças CID- 10, a depressão é um transtorno que apresenta como sintomas rebaixamento do humor, redução da energia, perda de interesse e prazer, cansaço, sono, inapetência. E a ansiedade é um transtorno que apresenta como sintomas medo, nervosismo persistente, tonturas, palpitações, tremores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017; WHO, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) avaliou a prevalência de depressão em 4,4% da população mundial e a prevalência de ansiedade em 3,6% da população mundial em 2015 (WHO, 2017).

A associação entre distúrbios psicológicos e dores crônicas já bem estabelecida na literatura científica torna importante conhecer e definir o perfil psicológico dos pacientes com DTM e dor orofacial a fim de obter um prognóstico favorável e traçar um correto plano de tratamento individualizado para cada paciente.

Assim, o objetivo do estudo é analisar na literatura o perfil psicológico dos pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacial a fim de ter o melhor manejo na prática clínica.

## 2 METODOLOGIA

No presente estudo foi realizado uma revisão da literatura científica por meio de pesquisa bibliográfica de artigos utilizando as bases eletrônicas de dados Scielo, Lilacs, Pubmed, sem estabelecer limites quanto a data de publicação embora artigos mais recentes a partir de 2010 foram priorizados e não houve restrição quanto ao idioma, além dos artigos, livros e guias sobre DTM e dor orofacial também foram incluídos no presente trabalho.

A coleta de dados foi executada de maio a novembro de 2022, utilizando uma combinação de palavras-chave e termos gerais relacionados à dor orofacial, disfunção temporomandibular, fatores psicológicos e fatores psicossociais. Foram realizadas as seguintes combinações “TMD pain, anxiety, depression” e “psychological profile of TMD patients”.

A pesquisa é de natureza básica, qualitativa, descritiva. E os estudos incluídos na busca foram estudos de caso-controle, revisões sistemáticas e revisões de literatura.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 REVISÃO DE LITERATURA

As disfunções temporomandibulares consistem em vários distúrbios que podem englobar os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular e estruturas relacionadas (MAGALHÃES et al., 2017; FERNANDES et al., 2012).

A articulação temporomandibular é formada por estruturas anatômicas como côndilo mandibular, eminência do osso temporal, fossa mandibular, cápsula articular, disco articular e ligamentos que juntos proporcionam movimentos. (ALOMAR et al., 2007; CONTI, 2020).

As disfunções temporomandibulares são consideradas atualmente uma condição de etiologia multifatorial e complexa. (LIU et al., 2013; SASSI et al., 2018). Entre as etiologias citadas na literatura estão os traumatismos, hábitos parafuncionais, fatores genéticos, fatores fisiopatológicos e os fatores psicossociais (GÓES et al., 2018; MAIXNER et al., 2011; KLASSER et al., 2009).

Os traumatismos são divididos em macrotraumas e microtraumas. Os macrotraumas podem ser divididos em diretos e indiretos. Sendo os diretos causados por uma força direta contra a mandíbula e/ou a ATM, como em acidentes automobilísticos, lutas, etc; e os indiretos causados por lesões cervicais, como as lesões do tipo chicote. Essas lesões ocorrem quando há uma aceleração ou desaceleração rápida do tórax, como em acidentes automobilísticos (BAL et al., 2020; CONTI, 2020).

Os microtraumas são forças de pequenas intensidades que acontecem continuamente sobre o sistema mastigatório, como o bruxismo do sono, bruxismo em vigília, mascar chicletes, onicofagia, entre outros hábitos considerados parafuncionais (SAHEBI et al., 2010).

Quanto aos fatores genéticos, há evidências que sugestionam a contribuição desses fatores nas respostas de dor individual. O estudo de caso-controle Opperla avaliou 358 genes envolvidos em processos dolorosos e alguns genes foram relacionados com quadros de disfunção temporomandibular. Os genes como o NR3C1, CAMK4, CHMR2, IFRD1 e GRK5 foram descobertos como novos fatores de risco para DTM (FILLINGIM et al., 2008; SMITH et al., 2011).

Síndromes dolorosas em geral como a fibromialgia, podem estar relacionados com a DTM. A fibromialgia é uma síndrome que tem como característica dor crônica generalizada e a etiologia é desconhecida. Pacientes que apresentam fibromialgia tem 31 vezes mais inclinação a apresentar disfunção temporomandibular. Portadores da fibromialgia relatam que as dores no

corpo têm maior duração que a DTM, o que levou a considerar que as dores causadas pela fibromialgia começam em outras partes do corpo e se estendem para a região temporomandibular e face, levando à DTM (GUI et al., 2014).

Outro fator sistêmico que pode levar ao desenvolvimento de DTM são as artropatias inflamatórias, que são doenças reumatológicas. A inflamação leva ao dano as articulações, ocasionando as DTM articulares (LIU et al., 2013).

Ainda, com o avanço do conhecimento no campo da dor, está ocorrendo uma mudança acerca das etiologias e ampliando para o modelo biopsicossocial. O modelo biopsicossocial proposto por Engel vai contra o modelo biomédico que considera que a doença é explicada apenas por questões biológicas e não considera as questões sociais e psicológicas da doença. (ENGEL, 1977) E já há considerações que fatores psicossociais interferem nos resultados dos tratamentos para disfunções temporomandibulares (KLASSER et al., 2009).

Segundo a Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP), a dor pode ser definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (IASP Taxonomy working Group 2011). Muitas vezes, a dor serve como um sintoma de alerta de uma condição médica ou lesão. Nesses casos, o tratamento da condição médica subjacente é crucial e pode resolver a dor. No entanto, a dor pode persistir apesar do tratamento bem-sucedido da condição que a causou inicialmente ou porque a condição médica subjacente não pode ser tratada com sucesso (TREEDE et al, 2019).

A dor crônica é a dor que persiste ou se repete por mais de três meses. Essa dor muitas vezes se torna o único ou predominante problema clínico em alguns pacientes. Como tal, pode justificar avaliação diagnóstica específica, terapia e reabilitação. A dor crônica é uma condição frequente, afetando cerca de 20% das pessoas em todo o mundo (TREEDE et al, 2019).

A associação de fatores psicossociais e DTM são bem relatados na literatura. O sofrimento psíquico como a depressão e somatização, catastrofização, ansiedade apresentam relação com a DTM (GALLI et al., 2010). Porque fatores como a depressão e a ansiedade colaboram para a amplificação da experiência dolorosa. Elas contribuem para a predisposição, começo e continuação da dor, bem como na resposta do tratamento proposto (LICINI et al., 2009; ROLLMAN; GILLESPIE, 2000).

Além de que a depressão e a ansiedade são as alterações psicológicas mais comumente encontradas na clínica de dor orofacial, especialmente em pacientes com dor crônica. (BAIR et al., 2003; REITER et al., 2015).

Um estudo realizado em Luzerna- BR com pessoas de idades entre 35-44 anos e 65-74 anos, evidenciou maiores índices de DTM em pacientes com ansiedade (BOSCATO, 2013). A literatura relata que indivíduos que apresentam dor orofacial, cerca de 31% deles, experenciam transtornos de ansiedade (KIGHT; GATCHEL; WESLEY, 1999). Porém, um estudo realizado com 207 pacientes israelenses, encontrou que quando consideradas depressão, ansiedade, somatização e comorbidade, ocorreram diferenças estatisticamente significantes para depressão e somatização. Enquanto, não ocorreram diferenças estatisticamente significantes com ansiedade e comorbidade. Portanto, esse estudo demonstra que, quando comparado depressão e ansiedade, a ansiedade apresenta um papel menos significativo em casos de DTM. Esse achado confirma estudos realizados anteriormente que divulgam o papel menos significativo da ansiedade nos casos de DTM crônica (REITER et al., 2015).

A relação entre depressão e dor é bem definida na literatura. Estudos demonstram que pacientes com depressão apresentam uma prevalência média de 65% de sintomas de dor. Enquanto que pacientes com dor apresentaram 52% de quadros de depressão quando considerados estudos realizados em clínicas de dor ou programa de internação, 38% em clínicas psiquiátricas ou consulta psiquiátrica e 85% em clínicas odontológicas que atendem dor facial. Considerando a gravidade, quanto maior a severidade da depressão ou da dor, a associação entre elas fica mais forte. A título de exemplo, quando a gravidade da dor aumenta, os sintomas de depressão aumentam. Igualmente, ocorre quando a gravidade dos sintomas de depressão aumentam, os relatos de dor também aumentam (BAIR et al., 2003). Ainda, um estudo apresentou que, quando comparadas pessoas com dor crônica e sem dor crônica, as com dor crônica têm 3 vezes mais chances de apresentar depressão (MAGNI et al., 1993).

Em outro estudo transversal que avaliou depressão e somatização em pacientes com DTM, quando comparadas pessoas com DTM e controles, as pessoas com DTM apresentavam níveis significativamente altos de depressão. Ainda, o estudo encontrou que a depressão secundária, que é causada pela DTM, está relacionada com maior potencial de dor em pessoas com DTM muscular e osteoartrose/artralgia quando comparado a pacientes com deslocamento de disco que apresentam menor potencial de dor. Os achados desse estudo corroboram com a literatura em que demonstram que a DTM crônica apresenta relação com sofrimento psicológico e amplificação da dor (REHM et al., 2019).

Ademais, um outro estudo selecionou 101 homens e mulheres com dor crônica de DTM. Esses homens e mulheres formaram diferentes grupos, em que uns grupos foram submetidos ao tratamento padrão e outros grupos foram submetidos ao tratamento padrão somado a terapia cognitivo-comportamental (TCC), o período de acompanhamento foi de 1 ano e eles foram

escolhidos aleatoriamente. A parte da amostra correspondente a 16% que não respondeu bem ao tratamento e não apresentava diferença quanto a parte patológica da doença na articulação temporomandibular, quando comparada aos outros pacientes, apresentou mais condições psíquicas, índices maiores de catastrofização e pouco enfrentamento. E, ainda, encontrou-se que, quando incluída a TCC ao tratamento dos pacientes, nos estudos diários desses mesmos pacientes, ocorria a diminuição da catastrofização momentânea do pré para o pós-tratamento (LITT et al., 2013).

Quando são associadas ao tratamento médico habitual, as intervenções psicológicas em pacientes com dor oferecem melhores resultados aos pacientes (ARAÚJO-SOARES; MCINTYRE, 2000). A exemplo, a TCC é utilizada para instruir os pacientes a diminuírem a dimensão da dor e ensinar estratégias comportamentais e cognitivas para melhor administrá-la. E quando adicionada ao tratamento padrão, apresenta maior diminuição na dor. Um estudo com 54 homens e mulheres com dor orofacial com relação a DTM comprova esses achados (LITT et al., 2009).

Existem estudos que explicam a associação entre fatores psicossociais e dor crônica. Por exemplo, o estresse e a depressão podem levar à carência de hormônios e neurotransmissores dentro do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA), o que pode levar a dor crônica (KORSZUN, 2002).

Outra explicação relaciona a dor orofacial e níveis altos de estresse com as parafunções do Sistema mastigatório (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2010.) As parafunções orais podem ser divididas em parafunções orais relacionadas ao sono e parafunções orais relacionadas ao estado de vigília; tendo o bruxismo como uma parafunção relacionada ao sono, e o hábito de roer unhas, mascar chiclete e morder lábios representando parafunções orais do estado de vigília (MEULEN et al., 2014; OHRBACH et al., 2008). Os estressores como tensão, inseguranças e afetos disfóricos amplificam a carga tensional sobre a musculatura mastigatória, ocasionando as parafunções orais (DE LEEUW et al., 2005).

Ainda, um estudo encontrou que existem relações entre comportamentos parafuncionais orais em vigília, ansiedade, depressão, dor de alta intensidade e diagnóstico de DTM dolorosa. Uma explicação para essa relação está no mecanismo fisiopatológico que consiste em um comportamento de evitar o medo (*fear-avoidance*), essa angústia psicológica pode gerar comportamentos parafuncionais orais, por exemplo, segurar os músculos mastigatórios tensos ou rígidos (KHAWAJA et al., 2015; LEEUW et al., 2007).

Ainda, deve-se considerar que neurobiologicamente a dor e a depressão são parecidas. A dor física e a dor psicológica (como luto, tristeza) comunicam ameaças, por isso, ambas ligam

mecanismos neurais para agir contra essas ameaças. Existem neurotransmissores comuns que controlam o processamento da dor e do humor, como serotonina, norepinefrina, glutamato e GABA. Os neurotransmissores serotonina e a norepinefrina medeiam a inibição da dor, pelo menos em parte, através do seu efeito nas vias descendentes da dor do SNC. Alterações de neurotransmissores semelhantes oferecem apoio adicional para uma base neural para associar dor e depressão (GOESLING; CLAUW; HASSET, 2013).

Um outro estudo buscou responder se é coincidência ou consequência a relação entre estresse crônico, depressão e dor crônica. Esse estudo propõe que o estresse pode levar a altos níveis de glicocorticóides (GC) e como consequência o aumento da ativação de neurônios serotoninérgicos da rafe do mesencéfalo, por ação da substância P (SP), conhecida como um dos neurotransmissores responsáveis pelo sinal nociceptivo, HLC (hormônio regulador de corticotropina) ou GC. Na medida que o estresse aumenta, isso pode acarretar em redução da serotonina (5-HT) disponível no cérebro, aumento de receptores pré-sinápticos do tronco encefálico 5-HT1A e diminuição de receptores do hipocampo pós sináptico 5-HT1A, sendo induzidos pelos glicocorticóides. Esses acontecimentos podem predispor à depressão e ansiedade. A redução da serotonina no SNC pode ocasionar aumento na transmissão ascendente nociceptiva, associada a lesão periférica ou lesão neuropática, dado que a ativação de neurônios serotoninérgicos da projeção do corno dorsal da medula ventromedial rostral geralmente diminui a transmissão nociceptiva ascendente. A perda de receptores e a perda de feedback negativo nos receptores de GC em regiões tais como o sistema límbico podem também ter consequências negativas para a avaliação cognitiva da resposta à dor. Sendo assim, pode ocorrer a diminuição do limiar da dor em pacientes com depressão. Igualmente, uma vez que a dor aguda aumenta a atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) através de vias ascendentes da espinha dorsal, é possível que a dor crônica possa levar a uma profunda alteração no eixo HPA. Dessa forma, pacientes com dor crônica podem apresentar sintomas depressivos como consequência da ativação nociceptiva e a longo prazo do eixo HPA (BLACKBURN-MUNRO; BLACKBURN-MUNRO, 2001; MASON, 1999).

Para fins diagnósticos em 1992 foi proposto por Dworkin e LeResche juntamente com um grupo de pesquisadores pela primeira vez a versão Critério Diagnóstico para pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD). Essa versão é baseada em achados científicos, critérios instrumentalizados de diagnóstico que permite ser avaliado e revisado com confiança e validade (DWORKIN, 2010). O RDC/TMD determina o diagnóstico em dois eixos, sendo o Eixo I o diagnóstico físico e o Eixo II referente a aspectos biopsicossociais (CANALES et al., 2018). Porém o Projeto de Validação indicou que o Eixo I estava com baixa validade, por isso

foram reunidos especialistas em dor e cientistas para avaliar essa situação. Como resultado dos encontros surgiu o Critério Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular (DC/TMD). O DC/TMD é validado cientificamente, e, atualmente, pode ser usado tanto clinicamente como para fazer pesquisas (SCHIFFMAN et al., 2014).

O Eixo II do Critério Diagnóstico para pesquisa em Disfunção Temporomandibular consiste em avaliar o estado psicológico e social do paciente e a incapacidade com relação à dor. A partir das realizações dos workshops, onde ocorreu o aperfeiçoamento dos diagnósticos que resultou no DC/TMD, houve uma ampliação a fim de somar novos instrumentos que avaliam como a dor se comporta, o funcionamento psicossocial e o estado psicológico. As áreas avaliadas na esfera biopsicossocial são intensidade da dor, locais de dor, função física, limitação funcional da mandíbula, depressão, ansiedade, sofrimento, sintomas físicos e parafunção. E para cada área há um instrumento de avaliação (SCHIFFMAN et al., 2014).

A relevância do Eixo II se comprova quando estudos demonstram a correlação entre fatores psicossociais e DTM. Um estudo realizado em uma clínica de DTM descreveu a frequência de diagnósticos psicossociais nos pacientes da clínica. Os achados foram de baixa incapacidade, considerando a incapacidade com relação à dor. Apenas 4,3% apresentou baixa capacidade relacionada à dor. Em contrapartida, os percentuais de pontuação dos pacientes nas escalas dos fatores de depressão e somatização foram altos, aproximadamente 74% na escala de somatização (graves 50,9% e moderados 23,2%) e aproximadamente 44% na escala de depressão (graves 41% e moderados 3%). Considerando os dados, é expressiva a presença de somatização e depressão em pacientes com DTM. Desta forma, considerando a importância no prognóstico, é relevante incluir nos ensaios clínicos sobre tratamento de DTM, a avaliação do perfil psicossocial do paciente, a fim de revelar características de dor associada à manifestação da DTM (CANALES et al., 2018).

Existem instrumentos utilizados para avaliar os pacientes com dor orofacial que proporcionam o reconhecimento dos aspectos psicossociais. Há protocolos disponíveis em Critérios de Diagnóstico para Distúrbios Temporomandibulares: Protocolo Clínico e Instrumentos de Avaliação. Entre esses protocolos têm o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ), o qual é um instrumento de diagnóstico para transtornos de saúde mental. Sendo o PHQ-9 específico para depressão e o GAD 7 específico para ansiedade, anexos A e B, respectivamente. (PEREIRA et al., 2019; Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners, 2015)



#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo observou, a partir dos resultados, que existe uma relação bem estabelecida na literatura entre fatores psicossociais, disfunção temporomandibular e dor orofacial. Galli e colaboradores em 2010, mostraram que fatores psicossociais como depressão, somatização, catastrofização e ansiedade se relacionam com a DTM.

Os estudos comprovam que existe relação entre ansiedade, DTM e dor orofacial, e que pacientes com ansiedade apresentam maiores índices de DTM (BOSCATO, 2013; KIGHT; GATCHEL; WESLEY, 1999). No entanto, em 2015, Reiter e colaboradores, publicaram um estudo que demonstrou que quando comparada a ansiedade e a depressão, a ansiedade apresenta um papel menos significativo nos casos de DTM, corroborando outros estudos prévios.

A associação entre dor e depressão é bastante significativa, as taxas apresentadas por Bair e colaboradores em 2003, demonstram a relevância clínica da dor atuando em pacientes com depressão. As taxas mostram que 65% dos pacientes com depressão apresentam sintomas de dor; e que 52% dos pacientes com dor apresentam quadros de depressão. Além do mais, em 1993, Magni e colaboradores, apresentaram um estudo que concluiu que pacientes com dor crônica apresentam 3 vezes mais chances de apresentar depressão.

É importante aliar tratamentos psicológicos, como a terapia cognitivo-comportamental, aos tratamentos convencionais em pacientes que apresentam transtornos psicossociais, porque a literatura mostra resultados significativos no tratamento desses pacientes. Litt e colaboradores em 2013, realizou um estudo que demonstrou nas avaliações dos pacientes realizadas diariamente, ocorreu a diminuição momentânea da catastrofização, comparando o pré com o pós tratamento psicológico. E, em 2009, Litt e colaboradores mostraram que a TCC associada ao tratamento padrão, ocorre maior diminuição nos índices de dor nos pacientes avaliados.

A relevância deste estudo está em reconhecer que existe uma relação entre fatores psicossociais com DTM e dor orofacial. Sendo necessário que cirurgiões-dentistas e profissionais da saúde que tratam dor crônica estejam atentos e aptos para reconhecer pacientes que necessitam de atenção à saúde mental, a fim de que o paciente receba orientações e estratégias adequadas para o enfrentamento da dor e diminuição do sofrimento psicológico.

## 5 CONCLUSÃO

A literatura mostrou que há uma relação bastante forte entre fatores psicossociais com DTM e dor orofacial. Que a depressão apresenta um papel mais significativo quando comparado com a ansiedade. E a depressão apresenta índices importantes de dor em seus quadros e que indivíduos que tem dor crônica têm maiores chances de apresentar depressão. Incluir intervenções psicológicas como a terapia cognitivo-comportamental favorece o alcance de melhores resultados no tratamento para dor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALOMAR, X. Anatomy of the Temporomandibular Joint. **Seminars in Ultrasound, CT and MRI**, v. 28, n. 3, p. 170-183, 2007.

ARAÚJO-SOARES, V.; MCINTYRE, T. É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crônica. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 1, n. 1, p. 101-112, 2000.

ASQUINI, G. et al. The impact of Covid-19-related distress on general health, oral behaviour, psychosocial features, disability and pain intensity in a cohort of Italian patients with temporomandibular disorders. **Plos One**, v. 16, n. 2, p.1-13, 2021.

BAIR, M. J. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. **Archives of internal medicines**, v. 163, n. 20, p. 2433, 2003.

BAL, B. et al. Retrospective analysis of trauma incidence in patients with temporomandibular disorders. **Dental Traumatology**, v. 36, n. 6, p. 618-623, 2020.

BLACKBURN-MUNRO, G.; BLACKBURN-MUNRO, R.E. Chronic Pain, Chronic Stress and Depression: Coincidence or Consequence? **Journal of Neuroendocrinology**, v. 13, n. 12, p.1009-1023, 2001.

BORDONI, B; VARACALLO, M. **Anatomy, Head and Neck, Temporomandibular Joint**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532881/>>. Acesso em: 23 junho 2022.

BOSCATO, N. et al. Influence of anxiety on temporomandibular disorders – an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. **Journal of oral Rehabilitation**, v. 40, n. 9, p. 643-649, September 2013.

CANALES, G. D. L. T., et. al. Prevalence of psychosocial impairment in temporomandibular disorder patients: A systematic review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 45, n. 11, p. 881-889, November 2018.

CUNHA, C. O. et al. Distúrbios da Articulação Temporomandibular: diagnóstico e controle. In: PAULO CONTI. **DTM - Disfunções Temporomandibulares e Dores Orofaciais: aplicação clínica das evidências científicas**. 1. ed. LOCAL: Dental Press, 2020. cap. 08, p. 190-229.

DE LEEUW, R. et al. Prevalence of traumatic stressors in patients with temporomandibular disorders. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 63, n. 1, p. 42-50, 2005.

DWORKIN, S. F. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: current status & future relevance. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 37, n. 10, p. 734-743, October 2010.

ENGEL, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FERREIRA, D. M. et al. Etiologia e epidemiologia das Disfunções Temporomandibulares. In: PAULO CONTI. **DTM - Disfunções Temporomandibulares e Dores Orofaciais: aplicação clínica das evidências científicas**. 1. ed. LOCAL: Dental Press, 2020. cap. 02, p. 32-53.

FERNANDES G. et al. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. **Journal of oral rehabilitation**, v. 39, n.7, p. 538-544, 2012.

FILLINGIM, R. B. Genetic contributions to pain: a review of findings in humans. **Oral diseases**, v. 14, n. 8, p. 673–682, 2008.

FILLINGIM, R. B. et al. Psychological Factors Associated With Development of TMD: The OPPERA Prospective Cohort Study. **The Journal of Pain**, v. 14, n. 12, p. 75-90, 2013.

GALLI, U. et al. Do illness perceptions predict pain-related disability and mood in chronic orofacial pain patients? A 6-month follow-up study. **European Journal of Pain**, v. 14, n.5, p. 550-558, 2010.

GÓES, K. R. B.; GRANGEIRO, M. T. V.; FIGUEIREDO, V. M. G. Epidemiology of temporomandibular dysfunction: a literature review. **J Dent Pub H**, n. 9, v. 2, p. 115-120, 2018.

GOESLING, J.; CLAUW, D. J.; HASSET, A. L. Pain and depression: an integrative review of neurobiological and psychological factors. **Current psychiatry reports**, v. 15, n.12, p. 421, 2013.

GUI, M. S.; PIMENTEL, M. J.; BARBOSA, C. M. R. Disfunção temporomandibular na síndrome da fibromialgia: comunicação breve. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.55, n. 2, p. 189-194, 2015.

IASP Taxonomy working Group (2011) Classification of Chronic Pain (Second Edition) [<https://www.iasppain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677>]

KHAWAJA, S. N. et al. Association between waking-state oral parafunctional behaviors and bio-psychosocial characteristics. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 42, n. 9, p. 651-656, 2015.

KIGHT, M.; GATCHEL, R. J.; WESLEY, L. Temporomandibular disorders: Evidence for significant overlap with psychopathology. **Health Psychology**, v.18, n. 2, p. 177–182, 1999.

KLASSER, G. D.; GREENE, C. S. The Changing Field of Temporomandibular Disorders: What Dentists Need to Know. **Journal of Canadian Dental Association**, v.75, n. 1, p. 49-53, 2009.

KORSZUN, A. Facial pain, depression and stress - connections and directions. **Journal Oral Pathology and Medicine**, v. 31, n. 10, p. 615-619, 2002.

LEEuw, M. et al. The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 30, n.1, p. 77-94, 2007.

LEEuw, R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4. ed. São Paulo: Quintessence; 2010.

LICINI, F. et al. Role of psychosocial factors in the etiology of temporomandibular disorders: relevance of a biaxial diagnosis. **Minerva stomatologica**, vol. 58, n. 11-12, p. 557-66, 2009.

LITT, M. D. et al. Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for chronic pain. **Pain**, v. 145, n. 1, p. 160-168, 2009.

LITT, M. D.; PORTO, F. B. Determinants of Pain Treatment Response and Nonresponse: Identification of TMD Patient Subgroups. **The Journal of Pain**, v.14, n.11, p. 1502-1513, November 2013.

LIU, F.; STEINKELER, A. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Temporomandibular Disorders. **Dental Clinics of North America**, v. 57, n. 3, p. 465-479, 2013.

MAGALHÃES, B. G. et al. Temporomandibular disorder: otologic implications and its relationship to sleep bruxism. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v.84, n. 5, p. 614-619, 2018.

MAGNI, G. et al. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. **Pain**, v. 53, n. 2, p. 163-168, 1993

MAIXNER, Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment Study – The OPPERA Study. **The Journal of Pain**, v. 12, n. 11, p. 4-11, 2011.

MANFREDINI, D. et al. Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients. RDC/TMD axis II findings from a multicentre study. **Journal of dentistry**, v. 38, n. 10, p. 765-772, October 2010.

MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics** v. 109, n. 6, p. 26-50, 2010.

MASON, P. Central mechanisms of pain modulation. **Current opinion in neurobiology**, v. 9, n. 4, p. 436-441, 1999.

MEULEN, M. J. et al. Validity of the Oral Behaviours Checklist: correlations between OBC scores and intensity of facial pain. **Journal of Oral Rehabilitation** , v. 41, n. 2, p. 115-121, 2014.

OHRBACH, R. et al. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. **European Journal of Oral Sciences**, v. 116, n. 5, p. 438-444, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Vol 1- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2017.

**Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners**, 2015. Disponível em: <<https://www.phqscreeners.com/select-screener>>. Acessado em: 14 nov 2022

PEREIRA, F. J. et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Brazilian Portuguese). **International Network of Orofacial Pain and Related Disorders Methodology**, p. 1-75, 2019. Disponível em: <<https://buffalo.app.box.com/s/515tc9p4g9gchtpl0x05k5z3sgcrzycy>>. Acessado em: 14 nov. 2022.

REHM, D. et al. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders in a population- Based cross sectional study in Southern Brasil. **The International Journal of Prosthodontics**, v. 32, n. 3, 248-250, 2019.

REITER, S. et al. Comorbidity between depression and anxiety in patients with temporomandibular disorders according to the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. **Journal of oral & facial Pain and Headache**, v. 29, n. 2, p. 135-143, 2015.



ROLLMAN, G.B., GILLESPIE, J.M. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. **Current Review of Pain**, v. 4, n. 1, p. 71–81, 2000.

SAHEBI, S. et al. Effect of Lengthy Root Canal Therapy Sessions on Temporomandibular Joint and Masticatory Muscles. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v. 4, n. 3, p. 95-97, 2010.

SASSI, F. C. et al. Tratamento para disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática. **Audiology - Communication Research**, v.23, p. 1-13, 2018.

SCHIFFMAN, E. et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network\* and Orofacial Pain Special Interest Group. **Journal Oral Facial Pain Headache**, v. 28, n. 1, p. 6-27, 2014.

SMITH, S. B. et al. Potential genetic risk factors for chronic TMD: genetic associations from the OPPERA case control study. **The journal of pain**, v. 12, p. 92-101, 2011.

TREEDE, ROLF-DETLEF; RIEF, WINFRIED; BARKE, ANTONIA; AZIZ, QASIM; BENNETT. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, v. 160 (1), p. 19-27, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva, 2017. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>>. Acesso em: 23 junho 2022.

## ANEXO A – Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9)

<b>QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE- (PHQ-9)</b>				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u>0</u> + _____ + _____ + _____ #Total Score: _____				
Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>	

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

## ANEXO B – Questionário para transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7)

<b>GAD-7</b>				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?  (Marque sua resposta com "✓")	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_)**

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

Fonte: DC/DTM: Critérios diagnósticos para Disfunção Temporomandibular (SCHIFFMAN, et al, 2014).