

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

PRISCILLA SANTOS DE OLIVEIRA

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE, ANSIEDADE E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

Florianópolis

2017

Priscilla Santos de Oliveira

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE, ANSIEDADE E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.
Orientador: Prof. Dr. André Luís Porporatti.

Florianópolis

2017

Priscilla Santos de Oliveira

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE, ANSIEDADE E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de outubro de 2017

Banca examinadora:

Prof. Dr. André Luís Porporatti
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Beatriz D. M. Souza
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Ms. Maynara Schlickmann de Freitas
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Letícia Korb da Silva
Suplente
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico esta, bem como minhas demais conquistas, a Deus, por sempre ter cuidado de mim com tanto amor e por ter realizado obras maravilhosas na minha vida, obras as quais nunca imaginaria vivenciar. Também aos meus pais, Francisco (*in memoriam*) e Cleia, pelo amor incondicional dedicado à nossa família e por todo o esforço que fizeram durante esta longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me permitir chegar até aqui e, mesmo em meio às dificuldades, não me deixar desistir, sempre se revelando presente em minha vida. Muito obrigada, Deus, por mais um sonho concretizado!

À minha mãe Cleia, pelo amor, carinho, cuidado, pela amizade, orações e palavras de ânimo nos dias difíceis. Você sempre me fez acreditar que tudo daria certo. Serei eternamente grata por todo seu apoio e sua dedicação. Te amo muito!

Ao meu pai Francisco (*in memoriam*), sem o qual nada seria possível, minha eterna saudade. Como eu gostaria de compartilhar com você tamanha alegria. Muito obrigada por dedicar toda sua vida à nossa família, por sua compreensão, seu apoio e seus ensinamentos ao longo da minha vida. Obrigada por se alegrar comigo em cada conquista e por fazer tantas comidinhas deliciosas pra me agradar. Sei que estarias sorrindo e vibrando comigo nesse momento. Você estará eternamente em meu coração e meus pensamentos! A ti minha eterna gratidão e meu amor!

Aos meus irmãos Adonnai e Luccas, por todo cuidado e atenção que sempre dispensaram a mim. Vocês são especiais! Amo muito vocês! Agradeço, ainda, à minha querida cunhada Jilleana, por ser sempre tão atenciosa e cuidadosa comigo. Obrigada por toda sua ajuda durante a realização deste trabalho! Te amo!

À minha família, pelo apoio e carinho incondicionais; pessoas que sempre acreditaram em mim. Em especial às minhas avós Maria do Carmo e Maria Dolores, que mesmo longe, sempre desejaram o meu sucesso!

Agradeço também às minhas amigas do curso de Odontologia da UFSC. Sem vocês a caminhada não seria tão leve. Obrigada por toda força, alegria, amor e companheirismo durante todos esses anos. Um agradecimento especial à minha dupla, Ana Paula, por todo apoio, compreensão, paciência e carinho comigo. Sentirei saudades da companhia diária de vocês.

Aos meus amigos da vida, que mesmo longe torceram pelo meu sucesso como se estivessem aqui, ao meu lado. Saibam que a minha vitória é também a vitória de vocês! A todos que estiveram ao meu lado segurando minha mão e me apoiando! Muito obrigada por fazerem parte da minha vida!

Ao meu querido orientador André Porporatti, por toda sua atenção e esforço para me fazer ter confiança e segurança na realização deste trabalho. Por ser essa pessoa tão maravilhosa e fazer desta etapa algo leve e tranquilo. Muito obrigada!

Ao corpo docente e aos funcionários desta Universidade, os quais realizam seu trabalho com amor e dedicação, empenhando-se incansavelmente para que nós, alunos, possamos contar com um ensino de extrema qualidade.

Aos meus pacientes, por toda confiança e por se doarem para que eu pudesse aprender. Obrigada por essa troca maravilhosa e por contribuírem para o meu crescimento e aprendizado. Sem vocês eu jamais chegaria até aqui!

O que importa na vida não é o simples fato de ter vivido. A diferença que fizemos na vida dos outros que vai determinar a importância da vida que conduzimos.

(Nelson Mandela)

RESUMO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma condição de etiologia complexa e multifatorial, apresentando como sinais e sintomas dor ou desconforto na Articulação Temporomandibular (ATM), na região dos olhos, nos ouvidos, nos músculos mastigatórios, na face, nas costas, na região cervical, entre outros locais. Fatores emocionais como ansiedade e estresse estão diretamente ligados à sintomatologia dolorosa. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura e um relato de caso clínico sobre a relação entre DTM, estresse e ansiedade. Para tal, foi realizada uma revisão de literatura através de pesquisa eletrônica nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Google Acadêmico, bem como com o atendimento de um paciente no CEMDOR (Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial), que se dispôs a participar deste estudo a fim de mensurar a intensidade da dor com o auxílio da escala de análise visual (EAV) e a ansiedade através do Inventário de Ansiedade de Beck, de forma quantitativa e qualitativa, além de realizar tratamento conservador através de farmacoterapia, fisioterapia e placa oclusal superior rígida. Conclui-se, assim, que os fatores emocionais estão diretamente ligados aos sinais e sintomas das DTMs, sendo essencial uma abordagem de ordem interdisciplinar para que o tratamento com o cirurgião-dentista seja efetivo.

Palavras-chave: ansiedade. estresse. disfunção temporomandibular. transtornos psicológicos.

ABSTRACT

Temporomandibular Disorder (TMD) is a condition of complex and multifactorial etiology, presenting as signs and symptoms pain or discomfort in Temporomandibular Joint (TMJ), in the eyes region, in the ears region, in the masticatory muscles, in the face, in the cervical region, and others. Emotional factors as anxiety and stress are associated to pain symptomatology. The aim of this study was to review the literature and to submit a clinical case report on a relationship between TMD, stress and anxiety. To this intent, it was performed a literature review through electronic research on databases: Scielo, Virtual Library on Health, PubMed, and Google Scholar. As well as with the care of a patient in CEMDOR (Multidisciplinary Center of Orofacial Pain), who was willing to participate in this study in order to measure pain intensity with the aid of the visual analysis scale (VAS) and anxiety through the Beck Anxiety Inventory quantitatively and qualitatively. Additionally, it was conducted conservative treatment through pharmacotherapy, physiotherapy and rigid upper occlusal splint. We conclude that emotional factors are directly related to the signs and symptoms of TMDs, an interdisciplinary treatment is essential, so that the treatment with the dental surgeon is effective.

Keywords: anxiety. stress. temporomandibular disorder. psychological disorders.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – níveis de ansiedade segundo somatória obtida a partir das questões do BAI

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – paciente fotografada de perfil

Figura 2 – abertura bucal máxima da paciente na primeira consulta

Figura 3 – abertura bucal máxima da paciente na segunda consulta

Figura 4 – abertura bucal máxima da paciente na terceira consulta

Figura 5 – abertura bucal máxima da paciente na quarta consulta

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – palpação da ATM e da musculatura na primeira consulta

Quadro 2 – palpação da ATM e da musculatura na segunda consulta

Quadro 3 – palpação da ATM e da musculatura na terceira consulta

Quadro 4 - palpação da ATM e da musculatura na quarta consulta

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM – Articulação Temporomandibular

BAI – *Beck Anxiety Inventory* – Inventário de Ansiedade de Beck

BDI – *Beck Depression Inventory* – Inventário de Depressão de Beck

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEMDOR – Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DC/TDM – *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* – Critérios Diagnósticos para Disfunção Temporomandibular

DTM – Disfunção Temporomandibular

EAV – Escala de Análise Visual

ECM – Músculo esternocleidomastóideo

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

ISSL – *Lipp's inventory of symptoms of stress for adults* – Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp para Adultos

LDP – Limiar de Dor à Pressão

mm – milímetros

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

PGIC – *Patients' Global Impression of Change* – Escala de Percepção Global de Mudança

Pubmed – *Public Medline or Publisher Medline*

RDC/TDM – *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* – Diagnósticos para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SNC – Sistema Nervoso Central

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	OBJETIVO GERAL.....	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	29
4	METODOLOGIA.....	43
5	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	47
6	DISCUSSÃO.....	55
7	CONCLUSÃO.....	63
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICE A.....	71
	ANEXO A.....	73
	ANEXO B.....	77
	ANEXO C.....	81
	ANEXO D.....	83
	ANEXO E.....	85
	ANEXO F.....	87
	ANEXO G.....	88

1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é considerada a mais complexa do corpo humano e configura-se como a única articulação móvel do crânio, pois permite movimentos rotacionais e translacionais devido à presença de dois côndilos ligados a um único osso – a mandíbula –, os quais funcionam simultaneamente (MAYDANA, 2007). É uma articulação suscetível ao aparecimento de disfunções, por se tratar da articulação mais utilizada do corpo humano (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

De acordo com a Associação Americana de Dor Orofacial (AAOP), a disfunção temporomandibular (DTM) é caracterizada por dores orofaciais e limitações funcionais em músculos mastigatórios, na ATM e em estruturas associadas. Dentre seus sinais e sintomas, costuma-se observar dores ou desconfortos na ATM, na região dos olhos e ouvidos, nos músculos mastigatórios, na face, na nuca e na região cervical, bem como estalos e ruídos na ATM, travamentos de boca, deslocamentos de disco articular e cefaleias temporais e recorrentes.

Estudos apontam (OKENSON, 2008) que de 40 a 60% da população relata possuir algum sinal ou sintoma desta disfunção. As mulheres são mais acometidas que os homens, chegando a uma proporção de 3:1. Esta diferença de proporção pode estar relacionada ao fato de as mulheres procurarem mais atendimento, além de fatores hormonais, ambientais e sociais.

O estresse e a ansiedade são fatores emocionais que podem, com maior frequência, amplificar hábitos parafuncionais e tensões musculares, favorecendo o surgimento dos sinais e sintomas das DTMs (GARCIA et al., 2009). Esses fatores favorecem o desenvolvimento das DTMs porque predispõem e interrompem a harmonia do sistema estomatognático, levando-o ao desequilíbrio. Dessa forma, os músculos podem trabalhar mais e, assim, entrar em fadiga, alterando a função, gerando tensão, hiperatividade muscular e forças aumentadas, além de ocasionar dor e desconforto (MOTTA; GUEDES; SANTIS, 2013).

Conhecendo a íntima relação entre os fatores psicossociais e as DTMs, é importante que o dentista faça uma anamnese detalhada, na qual os fatores emocionais e físicos fornecidos pelo paciente sejam considerados. É de suma relevância realizar também um exame físico minucioso, a fim de diagnosticar precocemente a disfunção, contribuindo para a eficácia do tratamento. Pacientes com DTM

necessitam de acompanhamento interdisciplinar por se tratar de uma desordem biopsicossocial.

Baseado no supracitado, o objetivo deste trabalho foi responder se há alguma associação entre fatores de ansiedade e estresse em pacientes com disfunção temporomandibular. Essa pergunta foi respondida por meio de uma revisão de literatura e um relato de caso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão da literatura e um relato de caso clínico sobre a associação entre Disfunção Temporomandibular (DTM), estresse e ansiedade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar o diagnóstico e tratamento de um paciente que apresente DTM diretamente ligada a fatores psicossociais, tais como estresse e ansiedade;
- Mensurar, através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o quanto a ansiedade está ligada aos sinais e sintomas das disfunções temporomandibulares;
- Realizar o tratamento adequado para o paciente e observar os efeitos de uma terapia conservadora;
- Observar se houve melhora dos sinais e sintomas do paciente com DTM após terapia por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

3 REVISÃO DE LITERATURA

A articulação temporomandibular (ATM) é a região que liga a mandíbula ao crânio, sendo constituída pelo côndilo mandibular (localizado dentro da fossa mandibular do osso temporal) e pelo disco articular, responsável por evitar a articulação direta entre o crânio e a mandíbula por estar situado entre os dois ossos. Conforme a definição de Okeson (2008), a ATM é considerada uma “articulação gínglimoartrodial”, ou seja, opera movimentos de rotação e translação. O autor aponta ainda os sete músculos que mais trabalham nesta articulação: temporal, masseter, digástrico, e os músculos pterigoideos medial, lateral, lateral inferior e lateral inferior. Além dos músculos, a articulação possui o reforço de alguns ligamentos, que são, ainda segundo Okeson (2008), o ligamento capsular, o temporomandibular, o esfenoartrodial, o estilomandibular e os ligamentos colaterais externos e internos.

Por sua vez, a Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma expressão coletiva que engloba enfermidades que podem afetar os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares ou ambos, levando ao comprometimento da função orofacial. A DTM pode ser considerada como a causa mais frequente de dor orofacial, abrangendo os fatores psicológicos como fortes participantes na sua etiologia. (MOULTON 1955 FERNANDES *et al.*, 2007, p. 70).

Pode-se considerar que DTM é o conjunto de anormalidades responsáveis por dores crônicas do tipo recorrente, não progressivas, e associadas a um impacto leve, ou moderado na atividade social do paciente (VON KORFF, 1995). A dor da DTM é musculoesquelética podendo ser de origem muscular, articular ou mista (McNEILL, 1993).

A desarmonia no funcionamento do sistema estomatognático faz com que ocorra uma alteração muscular que poderá causar danos à ATM, à dentição ou a ambos. A estas alterações, dá-se o nome de disfunções temporomandibulares, que podem dividir-se em dois grandes grupos: extra-articulares, que acometem a musculatura mastigatória e posterior do pescoço, e intra-articulares, que são caracterizadas pelos desarranjos internos do disco articular, clique, barulhos e degenerações na ATM (OKESON, 2008).

As disfunções temporomandibulares da articulação temporomandibular podem ser divididas em desordens congênitas ou de desenvolvimentos (aplasia, hipo e hiperplasia, neoplasia), desordens de transtorno do disco (deslocamento com ou sem redução), deslocamento

ou subluxação da ATM, condições inflamatórias (sinovites, capsulites, poliartrites), artrite, anquilose e fratura (OKESON, 2008).

Existem várias classificações sobre as patologias que atingem a ATM. Em geral, as anormalidades na ATM podem ter origem local, sistêmica ou mista, inflamatórias ou degenerativas, agudas (traumatismos) ou crônicas (autoimunes), primárias ou secundárias.

Siqueira (2001) classificou as disfunções intra-articulares da seguinte maneira: anormalidades não inflamatórias (degenerativas); osteoartrose e deslocamento do disco articular; e anormalidades inflamatórias, subdivididas em sistêmicas primárias (artrite reumatoide, artrite psoriática e espondilite anquilosante) e sistêmicas secundárias (lúpus eritematoso sistêmico e gota). Além dessas, existem as fraturas, tumores, luxação, anquilose e hiperplasia do côndilo.

Os sintomas manifestam-se de várias formas e estão relacionados aos sítios anatômicos que entram em fadiga pela desordem. É possível observar a presença de crepitação, estalido, dificuldade de mastigação, amplitude limitada de movimento e/ou desvios. Ferreira et al. (2002) citam, além disso, cansaço durante a mastigação, zumbido no ouvido, mordida desconfortável, edema nos seios da face, assimetria facial e desgaste dental por hábitos parafuncionais. Existem ainda as DTM musculares, que se subdividem em mialgia local, dor miofascial, mialgia centralmente mediada, miosite, miosespaços, contratura miofibrótica e neoplasias (LEEUEW, 2010).

A etiologia da DTM é considerada complexa e multifatorial, podendo ser causada pela presença de fatores que predisõem e aumentam o risco das DTMs, como fatores genéricos, psicológicos e biomecânicos. Os fatores iniciantes da desordem causam macrotraumas e microtraumas. Quanto aos fatores perpetuantes, estes são capazes de interferir no tratamento e no controle. Tem-se, como exemplos, fatores hormonais e/ou psicossociais e parafunções correlacionadas a qualquer fator predisponente ou iniciante.

Para a identificação de fatores que perpetuam e agravam a dor relacionada à DTM, é importante que o profissional aplique uma anamnese criteriosa e saiba interpretar os dados emocionais e físicos fornecidos pelo paciente, bem como sua história clínica. Além disso, não se pode abrir mão de um exame físico detalhado (FERREIRA et al., 2009).

De acordo com Leeuw (2010), deve-se realizar a palpação da ATM e da musculatura durante o exame clínico, a fim de mensurar a movimentação ativa e analisar os ruídos articulares. É essencial que o exame seja realizado por profissionais calibrados e treinados, dada sua

importância no diagnóstico e na elaboração de propostas terapêuticas, bem como no acompanhamento da eficácia dos tratamentos recomendados.

A literatura relata que os aspectos emocionais possuem um respeitável papel na evolução dos sintomas das DTMs, contribuindo para o surgimento ou continuidade da disfunção e do aumento da atividade muscular e tensão dos músculos da face (OKESON, 2008).

Os primeiros trabalhos que demonstram fatores psicológicos como possível causa da DTM surgiram no ano de 1955, com Moulton, um psiquiatra que, juntamente com um cirurgião-dentista, avaliou 35 pacientes com DTM através de entrevistas. Concluiu-se, então, que estes pacientes, além de extremamente ansiosos, tendiam a expressar a ansiedade através de sintomas físicos, e que a ansiedade e a tensão foram construídas durante toda a vida, até que, em determinado momento, apareceram os sintomas orofaciais. O paciente, regularmente acompanhado apenas pelo dentista, tenderia a focalizar o problema dentário como uma fuga. Tais pacientes estariam mais predispostos a criar dependência crônica do profissional e não apresentariam melhoras. Por isso, o tratamento indicado seria a abordagem conjunta entre odontologia e psiquiatria.

Segundo Cestari e Camparis (2002), os fatores psicológicos envolvidos nas DTMs podem ser divididos em: 1) fatores comportamentais, como bruxismo em vigília; 2) emocionais, por exemplo, ansiedade, depressão e estresse; e 3) fatores cognitivos, como expectativas e significados.

Entre os fatores psicológicos, tem-se o estresse emocional. Selye (1974), o primeiro a estudar o estresse de maneira sistemática, o definiu como “uma reação física a influxos externos e internos”, e classificou-o da seguinte forma: eventos estressantes físicos – frio, fome, dor; eventos estressantes psíquicos – tristeza, insatisfação, raiva; e eventos estressantes sociais – isolamentos, marginalização, posição social insatisfatória (apud PALLA, 2004).

Baseado em resultados de estudos experimentais em animais, Selye elaborou a “síndrome geral de adaptação” e a traçou como um processo estruturado em três fases. Primeiramente, o evento estressante provoca no corpo uma reação de alarme, diminuindo a eficiência e rendimento, em seguida acontece a fase de oposição, na qual o organismo tenta organizar uma reação ou eliminar a tensão recuperando impulso e eficiência, no entanto, se este sistema de defesa não obtém a recuperação necessária manifesta-se o estado de esgotamento, que pode causar uma “queda”, doença e até a morte.

Selye definiu dois tipos de estresse: um positivo (eustresse), que gera um impulso vital, eficiência e rendimento, estimulando o organismo, e um estresse negativo (distresse), que, ao contrário, retarda, altera e compromete de forma global o organismo. O estresse nem sempre é algo ruim, pois muitas vezes nos impulsiona a realizar uma atividade e alcançar o sucesso, podendo ser considerado uma energia que precisa ser liberada pelo corpo quando diante de uma situação estressante (OKESON, 2008). O estresse faz parte do instinto natural do homem, impulsionando-o a fugir ou enfrentar o perigo, razão pela qual a energia liberada pode ser utilizada para solucionar problemas ou ser transformada em algo prejudicial ao indivíduo (CESTARI; CAMPARIS, 2002).

Segundo Ribeiro (2000), evolutivamente, a ansiedade e o medo, assim como o estresse, têm suas origens nas reações de defesa dos animais, que ocorrem em resposta aos perigos encontrados em seu meio ambiente. Dependendo do nível de ameaça, diferentes estruturas cerebrais são ativadas. O sistema septo-hipocampal e a amígdala são estruturas cerebrais que recebem informações colhidas pelos diferentes sistemas sensoriais, criando uma representação do mundo exterior. O sistema septo-hipocampal possui como função conferir, confrontando a síntese dos dados sensoriais do momento, o que poderia acontecer, levando em consideração as memórias armazenadas no Sistema Nervoso Central (SNC), assim como os projetos de ação são realizados pelo córtex pré-frontal. Entretanto, quando ocorre uma divergência entre o esperado e o acontecido, o sistema septo-hipocampal passa a funcionar como controlador, causando inibição do comportamento, aumentando a vigilância e focalizando a atenção do indivíduo para prováveis fontes de perigo.

Com o objetivo de entender a neurofisiologia que envolve a ansiedade e o estresse, Ribeiro (2000) aponta ainda algumas substâncias que têm sido estudadas, como a noradrenalina, a dopamina e a serotonina; alguns aminoácidos, como o ácido gama-aminobutírico (GABA), a glicina e o glutamato; alguns peptídeos, como o fator de liberação de corticotropina (CRF), o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e a colecisticinina (CCK); e alguns esteroides, como a corticosterona. Neurônios localizados no SNC (Sistema Nervoso Central), especificamente nas regiões bulbar e pontina, produzem noradrenalina. O grupo de neurônios localizados na região *locus coeruleus* possuem grande importância, pois, quando ativados por algum estímulo estressante ou ameaçador, geram no sistema cardiovascular uma reação comportamental de medo. Ainda conforme

Ribeiro (2000), acredita-se que o *locus coeruleus* atue como um “sistema de alarme”, ou seja, exerça a função de atenção, monitorando constantemente o ambiente e preparando o organismo para situações de emergência.

Segundo Palla (2004), durante a ação de um agente estressante, desenvolve-se um tipo de reação específica do sistema neurovegetativo: no momento do impacto com o evento de estresse, são liberados no sangue alguns hormônios – como a adrenalina e o hormônio para liberação de corticotropina (CRH) – que estimulam um estado de atenção e forte tonicidade muscular, necessários para preparar o corpo para a luta ou a fuga. Em seguida, o sistema nervoso parassimpático ativa uma ação antagonista, liberando outros hormônios, como a noradrenalina, que restabelecem uma situação de tranquilidade. Porém, se, no decorrer deste processo, surgir um novo agente estressante, o sistema nervoso simpático se reativará e a fase de tranquilidade iniciada pelo sistema nervoso parassimpático será interrompida antes de terminar. Se eventos estressantes ocorrerem repetidamente, impedindo que o sistema parassimpático entre em ação, o organismo permanecerá em um estado elevado de excitação, sendo incapaz de enfrentar e sustentar a pressão. Dessa forma, ele poderá reagir com uma sintomatologia psicossomática.

Segundo Okeson (2008), o estresse emocional, além de aumentar o tônus da musculatura da cabeça e do pescoço, aumenta também a atividade muscular parafuncional, como o bruxismo em vigília de apertamento dentário. Isso ocorre porque o estresse exerce efeitos nos mediadores emocionais e biológicos. Okeson (2008) afirma também que é possível verificar, em diversas pesquisas, uma relação entre o aumento da tensão do músculo masseter e o estresse diário.

Mercuri e Laskin (1979) demonstraram, em seus estudos, que altos níveis de estresse, medidos pelo índice de adrenalina urinária, estavam correlacionados à atividade muscular do masseter à noite, e que os indivíduos respondem de maneiras diferentes ao estresse. Esse resultado demonstra que as diferentes reações dependem do conhecimento que cada pessoa adquiriu com suas vivências e experiências, e que variados tipos de personalidades estão relacionadas ao desenvolvimento de doenças psicofisiológicas.

Rugh e Solberg (1976), em estudos feitos através de aparelhos portáteis para registro eletromiográfico, constataram que indivíduos sob situações cotidianas de estresse, como discutir com cônjuge ou filhos, viajar e encontrar superiores, têm a atividade muscular parafuncional aumentada. Flor (1991) também demonstrou um aumento

expressivo nos valores eletromiográficos no músculo masséter em pacientes em situação estressante e com dor orofacial, o que não ocorreu em pacientes com dor crônica lombar e em indivíduos saudáveis.

Após o organismo responder aos estímulos estressores constantemente, o processo de adaptação entra em exaustão e acontece a quebra de homeostase sem recuperação, abrindo possibilidades para o surgimento de diversas doenças. O corpo manifesta esse desequilíbrio de várias formas, como por câimbras, fadiga e tensão muscular. A característica básica consiste em dor localizada nas regiões musculares tensas e palpáveis, onde se encontram pontos-gatilho que são pontos de dor intensa (COHEN; ALMEIDA; PECCIN, 2003).

Para Cestari e Camparis (2002), a maioria dos indivíduos portadores de DTM possui um tipo de personalidade característica, na qual se pode verificar exagerada tensão, perfeccionismo, ambição e competência nas atividades que desenvolvem. Esses hábitos resultam em uma alta ansiedade e tensão emocional, que podem ser expressas, entre outras formas, através de parafunções ou hábitos orais.

A ansiedade pode ser uma resposta a um fator de estresse. Com base em Atkinson et al. (1995), Cestari e Camparis (2002) definem também que a ansiedade pode ser compreendida como uma emoção ruim, sentida por todos nós em algum momento, em diferentes níveis, e manifestada através de medo, tensão e preocupação.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), o transtorno de ansiedade é diagnosticado com frequência um pouco maior no sexo feminino do que no masculino (cerca de 55 a 60% das mulheres). Estudos epidemiológicos mostram que aproximadamente dois terços dos indivíduos acometidos por transtornos de ansiedade são do sexo feminino. Em ambos os sexos, os sintomas do transtorno de ansiedade se apresentam de maneira semelhante; no entanto, homens e mulheres demonstram padrões diferentes de comorbidade (isto é, associação de patologias).

No sexo feminino, a comorbidade se dá, em grande parte, pela associação do transtorno de ansiedade à depressão unipolar, enquanto, no masculino, a ansiedade tem mais probabilidade de ocorrer simultaneamente aos transtornos por uso de substâncias. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) aponta ainda que o transtorno de ansiedade corresponde a 110 milhões de dias de incapacidade por ano na população norte-americana.

A característica principal de um transtorno de ansiedade é a preocupação excessiva (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. Essa apreensão em demasia interfere

expressivamente no funcionamento psicossocial e na capacidade do indivíduo de realizar suas atividades de forma eficiente e rápida. Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), a intensidade, duração ou frequência da ansiedade ou da preocupação é visivelmente desproporcional à real probabilidade que o evento temido aconteça.

O Manual (2014) delimita que a ansiedade e a preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de "branco" na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Além disso, ocorre na maioria dos dias, por um período de pelo menos seis meses, acerca de diversos eventos ou atividades.

É necessário levar em consideração alguns elementos para diferenciar a ansiedade normal da patológica. Se a ansiedade afeta negativamente o desempenho do indivíduo, a ponto de impedi-lo de realizar uma atividade, ela é considerada patológica. Outro aspecto a ser considerado é a justificativa para tal ansiedade: ela precisa ser real. Por último, é preciso verificar se a ansiedade está trazendo consequências negativas ao indivíduo, como pressão arterial aumentada, taquicardia, falta de ar, dor de cabeça, entre outros (CESTARI; CAMPARIS, 2002).

Há uma grande variedade de transtornos de ansiedade (fobias, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo etc.), e a existência de qualquer um deles pode estar correlacionada à DTM, conforme atentam Braga e Souza (2016). Southwell et al. (1990) apontam, em seus estudos, que a ansiedade elevada é uma importante característica em pacientes com DTM. Eles constataram também que os pacientes com DTM podem ter dificuldades de expressar suas emoções, sugerindo que estes pacientes manifestam sua ansiedade sob a forma de sintomas somáticos.

Tem se considerado que a dificuldade em expressar sentimentos, induzida pelo ambiente externo e pela sociedade, pode provocar tensões musculares crônicas, já que, com o passar do tempo, o indivíduo passa a contrair a musculatura como método de reduzir o medo, a insegurança e outras emoções relacionadas, como ansiedade e depressão; logo, os músculos mastigatórios acabam por se tornar um alvo da sobrecarga psicológica, podendo levar ao desencadeamento de uma disfunção temporomandibular (PALLA, 2004).

No estudo de Bezerra (2012), o objetivo foi avaliar a prevalência da disfunção temporomandibular (DTM) e os diferentes níveis de ansiedade em acadêmicos dos cursos de Ciências Biológicas,

Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba. A amostra total compreendeu 336 acadêmicos, com faixa etária entre 18 e 38 anos, de ambos os sexos. As variáveis investigadas foram: presença, graus e sintomas de DTM, níveis de ansiedade, faixa etária, estado civil, curso de graduação e ano em andamento no curso em questão. Com a finalidade de avaliar os diferentes níveis de ansiedade dos graduandos, empregou-se o questionário autoaplicável Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Esse inventário é composto por duas escalas distintas elaboradas para medir estado (parte I) e traço (parte II) de ansiedade. Para avaliação do grau de DTM dos estudantes, utilizou-se uma ficha com os dados pessoais, a qual possuía um formulário contendo o Índice Anamnésico.

A prevalência de DTM, nos seus diferentes graus, ficou estabelecida com 62,5% dos universitários apresentando essa condição. Entre os que possuíam o diagnóstico de DTM, 48,2% apresentavam-na em grau leve, 11,3% moderado e apenas 3% em grave. Ao avaliar a presença dos diferentes níveis de ansiedade, verificou-se que o índice de ansiedade-estado (no momento da pesquisa) apresentou nível médio para 66,1% dos alunos, baixo para 33,6% e alto para 0,3%. Pela análise da ansiedade-traço (no geral), 77% dos estudantes apresentavam um nível médio, 22% um nível baixo e 0,3% um nível alto. Na relação dos níveis de ansiedade com a prevalência de DTM, constatou-se maior prevalência do nível médio/alto nos indivíduos com DTM e do nível baixo nos indivíduos livres de DTM.

Fernandes et al. (2007) avaliou em seu estudo a relação entre o grau de disfunção temporomandibular e o nível de ansiedade em estudantes de graduação em Odontologia da Universidade de Brasília-UnB, em três períodos do curso, sendo 50 alunos do primeiro ao quarto semestre, 50 alunos do quinto ao sétimo semestre e 50 alunos do oitavo ao décimo semestre do curso. A amostra foi formada por universitários de ambos os sexos, na faixa etária entre 17 e 25 anos, por meio dos questionários autoaplicáveis Índice Anamnésico de Fonseca e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Neste trabalho, foi possível observar que, independentemente do período do curso avaliado, a prevalência da DTM leve apresentou-se constante, variando entre 50 a 58% dos estudantes. Ainda, houve alteração nos níveis de ansiedade nos alunos que cursavam semestres intermediários (quinto ao sétimo semestre): no quinto semestre, a prevalência de DTM era leve (50 a 52% dos estudantes), aumentando para uma prevalência moderada no sexto semestre (60% dos estudantes)

e, por fim, decrescendo novamente para a prevalência leve (56% dos estudantes) no último período estudado.

Os resultados de Fernandes et al. (2007) corroboram com o estudo de Barbería et al. (2004) no que se refere ao nível mais alto de ansiedade ser mais frequente no terceiro ano do curso de Odontologia. Os autores acreditam que isso ocorra devido à personalidade, condição pessoal ou expectativas futuras do estudante, bem como ao receio de falhar diante dos desafios da profissão ao primeiro contato com os pacientes no atendimento clínico, ao medo do desconhecido e à necessidade de provar sua capacidade de desenvolver atividades. Todos esses aspectos podem provocar um alto nível de ansiedade.

Em 2006, Niemi et al. analisaram os efeitos dos fatores psicológicos sobre interferências oclusais experimentais em indivíduos com e sem história de DTM. Participaram 47 mulheres, sendo que 26 apresentavam história de DTM (idade média de 24 anos), enquanto 21 mulheres eram saudáveis (idade média de 32 anos). Inicialmente, os grupos foram avaliados em relação à condição de depressão e ansiedade, através do BDI e do BAI. Quanto ao estresse, a avaliação foi realizada através da Escala de Sintomas de Estresse derivada do Índice Médico de Cornell. Foram utilizados, também, a Escala de Personalidade de Karolinska e o Inventário de Saúde. Através desses instrumentos, toda a amostra foi analisada quanto à personalidade, ao comportamento e aos índices de depressão, ansiedade e estresse. Enquanto um subgrupo foi submetido à colocação de interferências oclusais artificiais verdadeiras, o outro recebeu interferências falsas. As voluntárias foram avaliadas durante 2 semanas, diariamente, e 9 sintomas de DTM foram avaliados em relação à intensidade na EAV. Os sintomas eram: desconforto oclusal, dificuldade de mastigação, sensibilidade dentária, cansaço mandibular, dor de cabeça, dor facial, dificuldade de abertura, bruxismo e dor de ouvido. Ao comparar os níveis de ansiedade e estresse obtidos antes da colocação das interferências aos índices da EAV de ambos os grupos, os resultados demonstraram uma significativa relação entre a condição psicológica e a DTM. Além disso, indivíduos sem história de doença e com baixos níveis de estresse e ansiedade alcançaram melhor adaptação às interferências oclusais artificiais.

No ano seguinte, Vedolin (2007) realizou um trabalho para analisar a influência da ansiedade e do estresse no limiar de dor à pressão (LDP) de músculos mastigatórios. A amostra foi composta por estudantes universitários do sexo feminino em diferentes períodos do ano letivo. Foram selecionados 45 indivíduos, sendo 29 estudantes, que apresentavam DTM de origem muscular e 16 que não apresentavam

características de DTM. Utilizando um algômetro, foram realizadas tomadas bilaterais do LDP dos indivíduos da amostra nos músculos masseter, temporal anterior, médio e posterior. Além disso, os participantes foram solicitados a responder ao BAI e ao ISSL, a fim de mensurar reações emocionais ou afetivas em situações que causem estresse e/ou ansiedade. Por fim, o nível de dor foi registrado por meio de uma EAV. A comparação entre os diferentes tempos mostrou que, no período das avaliações, os níveis de estresse e ansiedade eram maiores e os valores de limiar de dor à pressão, menores. Dessa maneira, foi possível observar uma associação entre o aumento do estresse e da ansiedade com a diminuição dos valores de LDP em cada tempo. Neste estudo, constatou-se que existe uma relação entre estresse, ansiedade e limiar de dor à pressão, tanto para indivíduos assintomáticos quanto para pacientes com DTM muscular.

Tem sido reconhecida a influência do estresse e da ansiedade sobre o limiar de dor à pressão nos músculos mastigatórios e quanto aos relatos subjetivos da dor. É de suma importância identificar os sinais e sintomas da DTM para realizar o diagnóstico precoce dessa disfunção. Nesse contexto, o uso de questionários e índices tem sido amplamente difundido na literatura, em especial quando validados, de fácil interpretação e aplicação, com objetivo de uniformizar a comparação dos dados. (BEZERRA et al., 2012).

Um dos instrumentos de diagnóstico disponíveis na literatura bastante utilizado e aceito, com níveis de confiabilidade aceitáveis, é o RDC/ TMD – *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*, ou Critério de Diagnóstico para Pesquisa em Disfunção Temporomandibular. Ele permite, além de uma avaliação diagnóstica, a avaliação psicossocial da disfunção. O RDC/TMD se divide em dois eixos, sendo possível mensurar de maneira confiável os achados físicos no eixo I e os aspectos psicossociais no eixo II, como depressão, ansiedade e a relação desses fatores com outros sintomas físicos (DWORKIN; LERESCHE, 1992).

Este sistema permite vários diagnósticos para um único indivíduo. Os diagnósticos são divididos em três grupos: grupo I – Diagnósticos musculares (dor miofascial e dor miofascial com abertura limitada); grupo II – Deslocamentos de disco (deslocamento de disco com redução, deslocamento de disco sem redução com abertura limitada e deslocamento de disco sem redução, sem abertura limitada); e grupo III – Artralgia, artrite, artrose (artralgia, osteoartrite da ATM e osteoartrose da ATM) (DWORKIN; LERESCHE, 1992).

Em 2014, foi publicada uma reformulação do RDC chamada *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD), a fim de uniformizar os critérios diagnósticos, podendo ser usados tanto por pesquisadores quanto por clínicos, facilitando a comunicação e aproximando da experiência de consultório os achados em laboratório e centros de pesquisas. Essa versão ainda não foi validada para o português. A fim de facilitar o diagnóstico, a reformulação destaca a importância de um exame clínico correto, sendo imprescindível que a dor relatada pelo paciente no momento da obtenção da história médica seja “familiar” e reproduzida durante o exame físico. Destaca-se ainda, no eixo II, a importância de se avaliar o comprometimento emocional e psicossocial do paciente com DTM. Para tal fim, existe o denominado eixo II do DC/TMD, que compreende uma série de instrumentos validados que podem dimensionar o grau desse comprometimento em cada paciente, orientando o clínico quanto à necessidade de um tratamento multiprofissional (SCHIFFMAN et al., 2014).

As doze principais categorias de DTM foram agrupadas de duas formas: a) DTM relacionada à dor (artralgia, mialgia, mialgia local, dor miofascial, dor miofascial com referência e cefaleia atribuída à DTM); b) DTM intra-articular (deslocamento de disco com redução, deslocamento de disco com redução e travamento intermitente, deslocamento de disco sem redução e com limitação de abertura, deslocamento de disco sem redução e sem limitação de abertura, doença degenerativa articular e subluxação). Para cada uma dessas categorias, há o algoritmo de diagnóstico que permite verificar se o paciente possui ou não o distúrbio (SCHIFFMAN et al., 2014).

É importante incluir, na avaliação do paciente com DTM, os aspectos emocionais, físicos e comportamentais, pois, mesmo ele apresentando a sintomatologia habitual da DTM, podem existir diferenças nos fatores psicossociais, os quais podem influenciar no resultado do tratamento aplicado e prognóstico do paciente (RUDY et al., 1995).

Embora a etiologia da dor e da disfunção temporomandibular possa originar-se por diferentes causas, o tratamento inicial frequentemente tem como objetivo o emprego de métodos não-cirúrgicos visando reduzir a dor e o desconforto, diminuir a inflamação nos músculos e na articulação e melhorar a função orofacial (PETERSON, 2009).

Inicialmente, para o tratamento das DTMs, em virtude da sua alta eficácia, é recomendado o uso de terapias não-invasivas, como educação e orientação do paciente, fisioterapia, treinamento postural,

intervenção comportamental e farmacoterapia (MICHELOTTI; IODICE, 2010). Na maioria das vezes, é possível amenizar os sintomas do paciente através de tratamentos não invasivos e reversíveis. Tem-se utilizado também, como terapia principal, o uso de placas oclusais estabilizadoras. Outras modalidades de tratamentos citadas são fisioterapia local (aplicações de frio e de calor, exercícios mandibulares, automassagem), compressão e injeção anestésica nos pontos-gatilhos musculares (KAJITA; FASOLO,2006).

Considerando que pacientes com DTM podem ter como fator etiológico o estresse emocional, é importante, no presente caso, excluir outras causas, contribuindo assim para o diagnóstico de fatores de estresse emocional e direcionando o tratamento para a redução dos níveis de estresse. Em alguns casos, o paciente está passando apenas por um período de estresse momentâneo em sua rotina, sendo possível utilizar algumas terapias simples para o estresse emocional, como a conscientização do paciente. Muitas vezes, o paciente não sabe da possível relação entre o seu estresse emocional e a dor orofacial e/ou os distúrbios funcionais do sistema mastigatório. Por isso, é importante alertá-lo para que comece a perceber a ocorrência de hiperatividade muscular (OKESON, 2008).

Outras terapias indicadas são o uso restritivo, evitando movimentos dolorosos por aumentarem a co-contração muscular protetora, sendo o paciente orientado a trabalhar dentro de um limite indolor do movimento, e a abstenção voluntária, na qual orienta-se o paciente a desocluir os dentes toda vez que eles não estiverem em funções como mastigação, fala e deglutição. Isso é feito facilmente soprando um pouco de ar entre os lábios e os dentes, desta forma a mandíbula fica em uma posição de maior relaxamento, contribuindo assim para diminuição da dor muscular e da pressão intra-articular. Este exercício é de fácil execução e pode ser feito todos os dias, até que o paciente se habitue a deixar a mandíbula em posição de repouso. Existem ainda terapias de relaxamento, que se dividem em: substitutiva, em que os pacientes são incentivados a se afastar, quando possível, da situação estressante e fazer algo que lhes tragam bem-estar; e a terapia de relaxamento ativa, que visa treinar o paciente a relaxar a musculatura, com a intenção de reduzir a dor e a sensibilidade muscular. No entanto, quando nenhuma dessas terapias consegue amenizar os sintomas, o paciente deve ser encaminhado para profissionais mais treinados em modificação comportamental e terapia psicológica, como psiquiatras e psicólogos (OKESON, 2008).

Quando corretamente utilizada, a terapia medicamentosa opioide ou, ainda, o uso de antidepressivos e anticonvulsivantes podem auxiliar no tratamento da DTM (BOULOUX, 2011). Já a prática cirúrgica na ATM é utilizada em casos específicos, tais como anquilose, fraturas e determinados distúrbios congênitos ou de desenvolvimento (LEEUW, 2010).

4 METODOLOGIA

Neste estudo, todos os sujeitos da pesquisa realizaram uma anamnese, que incluiu dados pessoais, queixa principal, histórico médico e odontológico e exame físico. A anamnese incluiu perguntas referentes à queixa principal, como início, qualidade, fatores de piora, de melhora, desencadeantes, sintomas acompanhantes e tratamentos já realizados.

Como não existem marcadores fisiológicos mensuráveis que indiquem se uma pessoa tem ou não DTM, seu diagnóstico é baseado no conjunto de sinais e sintomas clínicos. A ferramenta mais aceita mundialmente para classificação e diagnóstico de DTM é o *Research Diagnostic Criteria* (RDC/TMD) (DWORKIN & LERESCHE, 1992) ou o *Diagnostic Criteria* (DC/TMD) (SCHIFFMAN et al., 2014). Esse sistema de diagnóstico não é hierárquico e permite a possibilidade de múltiplos diagnósticos para um mesmo indivíduo.

Essa classificação tem o propósito de permitir a padronização e reprodução de resultados, classificando de maneira clara e objetiva os pacientes de DTM em seus respectivos subgrupos, além dos pacientes assintomáticos. A DTM foi classificada como articular, muscular ou mista. A mensuração da dor foi feita por meio de métodos quantitativos. Os métodos quantitativos envolvem a Escala Analógica Visual (EAV), que consiste em uma linha horizontal de 10 cm, onde, na extremidade esquerda, lê-se “sem dor” e na extremidade direita, “pior dor imaginável”. (FERREIRA-VALENTE; PAIS-RIBEIRO; JENSEN, 2011). O sujeito da pesquisa foi solicitado a marcar a linha com um traço vertical indicando a intensidade da sua dor no momento, uma média da última semana e uma média do último mês. O atendimento teve duração média de 60 minutos por consulta.

A fase inicial do trabalho consistiu na pesquisa bibliográfica e na revisão da literatura, tanto nacional quanto internacional. Para a realização da revisão de literatura, foram utilizadas as bases de dados PUBMED, BIREME, SciELO e Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave em português “ansiedade”, “estresse” e “disfunção temporomandibular”, e as palavras em inglês “temporomandibular disorder”, “temporomandibular dysfunction”, “anxiety” e “stress”.

A fase posterior foi centrada no acolhimento de todas as informações pertinentes para a elaboração do projeto de pesquisa e posterior submissão deste ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo sido aprovado com o parecer de número de Certificado de Apresentação para

Apreciação Ética (CAAE) 2.047.111 (anexo A).

Todos os sujeitos leram e assinaram (apêndice A) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo B) de acordo com as normas do CEP da UFSC. Pacientes com histórico de cirurgias da ATM ou transtornos psíquicos ou psicossomáticos, previamente diagnosticados por um médico especialista, foram excluídos da amostra.

O paciente que recebeu atendimento para este estudo foi selecionado de maneira consecutiva no Estágio Supervisionado Interdisciplinar de Oclusão da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no ano de 2017, na clínica da Universidade, às segundas-feiras, no período da tarde. Nesse local, ocorreram os atendimentos do CEMDOR (Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial). O CEMDOR atualmente conta com atendimento de 20 pacientes por turno e de 3 a 5 atendimentos de urgência, nos quais os pacientes são, nesta ordem, triados, avaliados, diagnosticados e tratados com as melhores terapias conservadoras disponíveis, além de receberem acompanhamento. Nossos objetivos visam à melhoria na ciência, provendo qualidade de vida para a população atendida.

Foi aplicado um questionário intitulado Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* – BAI) (anexo C), antes e após o paciente receber o tratamento. Esse inventário foi idealizado pelo Prof. Dr. Aaron Beck e é utilizado para medir o grau de severidade da ansiedade do paciente. O inventário identifica a presença e a ausência de ansiedade em um indivíduo, através de uma lista de sintomas físicos e emocionais ansiogênicos (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; PIOTROWSKI, 1999). Ele consiste em uma escala sintomática, composta por 21 itens, destinada a medir a gravidade dos sintomas. Sua validação ocorreu no ano de 1996 (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Os indivíduos são orientados a assinalar com um “X”, em relação aos sintomas descritos, com que frequência os perceberam durante a última semana, incluindo o dia de avaliação.

Os já mencionados 21 itens que compõem o inventário são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1) “absolutamente não”; 2) “levemente”; 3) “moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “gravemente: dificilmente pude suportar”. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. O escore permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade. Ainda que as alternativas de respostas oferecidas ao examinador sejam de caráter qualitativo, é possível quantificá-las em

uma série escalar, de 0 a 3 pontos. Assim, para cada item, atribui-se um escore individual. A soma dos escores individuais representa o escore total, que pode variar entre 0 e 63. Após essa somatória, uma tabela de conversão, padronizada pelo inventário, classifica o nível de ansiedade do indivíduo em mínimo, leve, moderado e severo (tabela 1). Além disso, o instrumento considera o gênero e a idade da amostra. A média dos escores de pacientes do gênero feminino é quatro pontos mais elevada que a média dos homens. Tal diferença é levada em consideração na interpretação dos resultados (COLES; GIBB; HEIMBERG, 2001; MUNTINGH et al., 2011; PIOTROWSKI, 1999).

Tabela 1 – níveis de ansiedade segundo somatória obtida a partir das questões do BAI

Somatória	Nível de Ansiedade
0 – 07	Mínimo
08 – 15	Leve
16 – 25	Moderado
26 – 63	Severo

5 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente LTS, sexo feminino, 26 anos, profissão advogada, procurou atendimento no dia 24/04/2017 no CEMDOR, localizado nas Clínicas Odontológicas da UFSC, apresentando como queixa principal dor muscular intensa e dificuldade para abrir a boca, por ter sofrido uma luxação na ATM em semana anterior. A paciente relatou ter sido atendida inicialmente no Hospital Governador Celso Ramos, onde o cirurgião bucomaxilofacial fez a manobra de redução mandibular e a paciente voltou a fechar a boca.

Inicialmente, na fase aguda pós-luxação, foi realizada anamnese e exame físico. Na anamnese, a paciente relatou sentir dor na ATM direita, de intensidade severa, e uma resistência do lado direito que dificultava a abertura bucal. Constata-se que alguns eventos foram relacionados ao início dos sintomas da paciente, tais como a abertura bucal excessiva e a vivência de um período de estresse e ansiedade por mudanças no trabalho e submissão à prova da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB. A paciente relatou que há aproximadamente cinco anos sente dores e estalos ao bocejar, havendo piora dos sintomas durante a fala/mastigação, principalmente no horário das refeições. Esclarece-se que, dentre os hábitos parafuncionais e ocupacionais, a paciente apresentou: ranger e apertar os dentes, tanto em vigília quanto no sono; roer unhas, como forma de descarregar a ansiedade; uso contínuo do telefone e computador, sentindo alívio da dor apenas com descanso. A paciente relatou que, embora nunca tenha realizado nenhum tratamento prévio, naquele momento fazia uso de Ibuprofeno 600 mg, de 8 em 8 horas, para alívio da dor. Contou, ainda, que possui histórico familiar de luxação, caso da mãe e irmão.

Ao realizar o exame físico, observou-se uma assimetria facial do lado direito, que estava com volume aumentado devido ao inchaço provocado pela luxação. A abertura máxima da paciente foi de 18 mm e sua lateralidade direita de 7 mm, ambos com dor, protrusão de 5 mm e lateralidade esquerda de 5 mm, sem dor (figura 2). A paciente também apresentou dificuldade para fechar a boca. A palpação da ATM e da musculatura foram realizadas com muita dificuldade, já que a paciente sentia muita dor ao toque.

Figura 1 – paciente fotografada de perfil



Figura 2 – abertura bucal máxima da paciente na primeira consulta



Foram encontrados os seguintes valores listados no quadro a seguir (quadro 1):

Quadro 1 – palpação da ATM e da musculatura na primeira consulta

		DIREITO	ESQUERDO
ATM	Lateral	3	0
	Posterior	3	0
MASSETER	Profundo	3	0
	Origem	3	0
	Corpo	3	0
	Inserção	3	0
TEMPORAL	Anterior	0	0
	Médio	0	0
	Posterior	0	0
ECM		0	0

Legenda: 0 = sem dor / 1= dor leve / 2 = dor moderada / 3 = dor severa /
TP = *Trigger Point*

Após a realização da anamnese e do exame físico, chegou-se ao diagnóstico de luxação da ATM do lado direito, artralgia do lado direito e mialgia localizada no músculo masseter. Como diagnóstico adicional, bruxismo do sono e em vigília. Considerando o diagnóstico alcançado, os seguintes tratamentos foram propostos para a paciente: a) Farmacoterapia – ciclobenzaprina 5 mg, uma vez ao dia, por quinze dias, e meloxicam 15 mg, uma vez ao dia, por quinze dias; b) Terapia física *n position* – nesta terapia, o paciente é orientado a abrir a boca com o ápice da língua tocando a papila palatina, na altura da papila incisiva, mantendo esta posição por aproximadamente dez segundos, fechando a boca logo em seguida. – em séries de dez repetições, três vezes ao dia, além de termoterapia com compressas quentes; c) placa oclusal superior rígida; e d) psicoterapia. A soma dos valores das respostas do Inventário de Ansiedade de Beck (anexo D) foi igual a 29, caracterizando sintomas de ansiedade severa.

No dia 08/05/2017, duas semanas após o primeiro atendimento, foi realizada a primeira consulta de reavaliação da paciente, na qual ela relatou não sentir dor espontânea, mas apenas incômodo ao toque e ao mastigar. Neste dia, verificou-se que sua abertura bucal estava melhor, sendo igual a 33 mm e sem ruídos (figura 3). A face encontrava-se menos inchada e mais simétrica. Na escala de percepção global de mudança (PGIC), a paciente afirmou se sentir muito melhor.

Figura 3 – abertura bucal máxima da paciente na segunda consulta



No mesmo dia, foi realizada a moldagem e registro oclusal para a confecção da placa superior oclusal rígida e um exame físico mais fidedigno, haja vista que os sintomas da fase aguda da luxação já haviam passado. Assim, foi possível fazer a palpação da ATM e da musculatura com a força adequada. Os valores de palpação podem ser observados no quadro 2.

Quadro 2 – palpação da ATM e da musculatura na segunda consulta

		DIREITO	ESQUERDO
ATM	Lateral	3	1
	Posterior	1	1
MASSETER	Origem	3*	0
	Corpo	3*	0
	Inserção	2	0
TRAPÉZIO		0	0
TEMPORAL	Anterior	0	0
	Médio	2	2
	Posterior	0	0
ECM		1	0

Legenda: 0 = sem dor / 1 = dor leve / 2 = dor moderada / 3 = dor severa /

* = *Trigger Point*

Na segunda consulta de reavaliação, realizada no dia 26/06/2017, a paciente noticiou uma melhora considerável na sua dor e apresentou uma abertura bucal de 40 mm, sem ruídos (figura 3). Na avaliação da intensidade de dor por meio da EAV, a paciente atribuiu o valor zero. Relatou não ter sentido dor durante a semana e não sentir dor no momento da consulta. Na escala de percepção global de mudança (PGIC), ela afirmou sentir uma melhora considerável (quadro 3).

Figura 4 – abertura bucal máxima da paciente na terceira consulta



Quadro 3 – palpção da ATM e da musculatura na terceira consulta

		DIREITO	ESQUERDO
ATM	Lateral	1	0
	Posterior	1	0
MASSETER	Origem	2	0
	Corpo	3	0
	Inserção	0	0
TRAPÉZIO		0	0
TEMPORAL	Anterior	0	0
	Médio	2	0
	Posterior	0	0
ECM		0	0

Legenda: 0 = sem dor / 1= dor leve / 2 = dor moderada / 3 = dor severa / TP = Trigger Point

A paciente respondeu ao Inventário de Ansiedade de Beck (anexo E) antes da instalação da placa oclusal superior rígida, no qual o valor da soma das respostas foi igual a 23, caracterizando um nível de ansiedade moderada. Após isso, foram feitos os ajustes da placa oclusal.

Na última consulta de reavaliação, ocorrida no dia 16/08/2017, após a instalação da placa oclusal superior rígida, a paciente mencionou não sentir dor e sua abertura bucal foi de 42 mm, sem ruídos (figura 5). A paciente afirmou acordar mais descansada, com a musculatura da face mais relaxada e sentindo menos pressão na ATM, além de mencionar que irá procurar tratamento psicológico, por ter consciência de que realmente necessita de acompanhamento.

Figura 5 – abertura bucal máxima da paciente na quarta consulta



Quando questionada sobre a relação do seu estado emocional com os sintomas da DTM, ela disse sentir que suas emoções afetam diretamente a sintomatologia dolorosa e que, muitas vezes, se sente ansiosa por não conseguir controlar o bruxismo em vigília. Apesar de não sentir dor pelo uso da placa oclusal superior rígida, a paciente disse estar mais ansiosa naquele momento, o que refletiu diretamente nas respostas ao Inventário de Ansiedade de Beck (anexo F), totalizando um somatório de 28, o que caracteriza sintomas de ansiedade severa. No exame físico, verificaram-se os seguintes valores:

Quadro 4: palpação da ATM e da musculatura na quarta consulta

		DIREITO	ESQUERDO
ATM	Lateral	0	0
	Posterior	0	0
MASSETER	Origem	0	0
	Corpo	0	0
	Inserção	0	0
TRAPÉZIO		0	0
TEMPORAL	Anterior	0	0
	Médio	0	0
	Posterior	0	0
ECM		0	0

Legenda: 0 = sem dor / 1 = dor leve / 2 = dor moderada / 3 = dor severa /
TP = *Trigger Point*

Na escala de percepção global de mudança, a paciente afirmou se sentir muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença. Alguns exercícios para hipermobilidade, como colocar os dedos indicadores nos dentes inferiores anteriores e com os polegares embaixo do queixo, tentando fechar a boca, com força de aproximadamente um quilo, sem tocar os dentes (e depois, alterar o movimento, movimentando a boca para os lados e para frente), foram prescritos à paciente, os quais possuem o objetivo de minimizar a abertura bucal excessiva e prevenir um possível traumatismo e a dor. Foi recomendada a realização dos exercícios duas vezes ao dia, sendo seis repetições de cada, durante três semanas. Também foi recomendado o uso de um aplicativo de celular chamado “Desencoste seus Dentes”, idealizado pelos Dr. Roberto Ramos Garanhani e Wladimir Dal Bó e desenvolvido pela empresa *Live Ideas Creative Mobile Solutions Ltda ME*. O aplicativo emite lembretes personalizados para lembrar a paciente da importância de manter os dentes desencostados. Além disso, foi recomendado um acompanhamento psicológico para tratar a ansiedade.

No presente trabalho, foram encontradas alterações nos limiares de dores à palpação muscular que coincidem com a diminuição do índice de relato de dor subjetiva na EAV. Na primeira consulta, a paciente atribuiu nota dez na escala, enquanto que, na segunda consulta de retorno, houve redução de 30% da dor, progredindo para 70% de

redução de dor na terceira consulta de reavaliação, e finalmente, na última consulta, a paciente se encontrava totalmente sem dor.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho objetivou diagnosticar e tratar um paciente com DTM diretamente ligada a fatores psicossociais, especificamente a ansiedade. O fator da ansiedade foi mensurado através do BAI. Este instrumento, proposto por Beck e validado no ano de 1996, é uma escala sintomática, composta por 21 itens, destinada a medir a gravidade dos sintomas de ansiedade (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). A paciente do presente relato de caso foi submetida a um tratamento conservador, e, como resultado, obtivemos melhora na sintomatologia dolorosa. No entanto, não houve melhora significativa nos níveis de ansiedade.

A disfunção temporomandibular é considerada a causa mais comum de dor orofacial (GUARDA-NARDINI; MANFREDINI; FERRONATO, 2008) e os fatores psicossociais, como o estresse e a ansiedade, têm contribuído consideravelmente para a predisposição, iniciação e perpetuação das DTMs.

É destacável a relação entre estresse e ansiedade: o primeiro é considerado um componente físico do segundo. Assim como no estresse, a ansiedade torna-se inconveniente quando deixa de exercer a função de alertar sobre o perigo iminente ou de estimular o indivíduo para que exerça suas atividades, passando a prejudicar diretamente seu desempenho (LIPP, 2003).

A ansiedade e o estresse são os fatores emocionais mais estudados capazes de influenciar no desenvolvimento das DTMs e nos hábitos parafuncionais de tensão muscular, como apertamento dentário. Tais fatores psicossociais podem se apresentar etiológicamente, como consequência das DTMs ou, ainda, independentemente da disfunção (MARCHIORI et al., 2007). Considerando a íntima relação dos fatores psicológicos em processo de percepção da dor orofacial, o uso da psicoterapia pode auxiliar efetivamente no tratamento das disfunções temporomandibulares (MARTINS et al., 2008).

Em termos de etiologia, a ansiedade é associada a causas variadas, mas já se percebeu a preponderância em pacientes mulheres, indivíduos com mais de 6 meses de dor e de idade superior a 30 anos. Diferentemente de outros transtornos psicológicos, a ansiedade se desenvolve ao longo da vida, por isso o papel etiológico da faixa etária é fundamental. Outro fator de relevante influência nos casos de DTM é o gênero. Segundo pesquisa, as mulheres são mais suscetíveis às disfunções temporomandibulares, principalmente as de idade fértil, devido aos variados níveis hormonais, os quais são capazes de deixá-las

mais vulneráveis (MACFARLANE et al., 2009). As DTMs são quatro vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens (BOVE; GUIMARÃES; SMITH, 2005).

Pacientes com dor podem apresentar sintomas além do desconforto físico, como ansiedade, depressão e pânico. De acordo com a Sociedade Brasileira de Estudo da Dor (SBED), a dor se origina por três vias possíveis: biológica, social e psicológica. Sua natureza, por sua vez, pode ser orgânica ou psicogênica, isto é, por razão física ou psicológica.

Segundo a explanação de Bell (1991), ao ser lesionado, um estímulo nociceptivo é transmitido no corpo, partindo do sistema nervoso periférico (SNP) até o núcleo trigeminal espinal, por um neurônio de primeira ordem em uma via aferente. Então, uma sinapse neural de segunda ordem carrega o estímulo do sistema nervoso central (SNC) ao tálamo, onde, em seguida, uma sinapse de terceira ordem vai levá-lo ao córtex cerebral. Uma vez sensibilizado, o córtex permite ao estímulo que retorne por uma via eferente, o que, finalmente, causa a sensação de dor. Ainda conforme Bell (1991), no tálamo, o sistema límbico é responsável pelas emoções do corpo humano; por isso, quando a dor ativa esse sistema, as pessoas podem reagir a esse estímulo de forma diferente, moldando seu comportamento conforme o estado emocional ou o histórico de vida. Bell (1991) aponta, por fim, que mesmo uma baixa nocicepção na maioria das vezes produz respostas muito dolorosas a pacientes que experienciaram dor por um intervalo grande de tempo.

Vale mencionar que, da mesma maneira, Seger (2002) percebe que a manutenção da dor sofre interferência de questões psicológicas do indivíduo, bem como de seus processos de neurotransmissão. O estilo de vida do indivíduo pode levar ao surgimento de diversas instabilidades emocionais, já que a exposição a diversos problemas, como a violência iminente, os crimes, a crise econômica e a competição social colaboram para que a ansiedade esteja presente no cotidiano do homem moderno (MARCHIORI et al., 2007).

No caso clínico relatado no presente trabalho, a paciente mencionou estar passando por um período de estresse, devido a mudanças ocorridas no trabalho, e ansiedade, devido à proximidade da prova da OAB. Como se pode notar, eventos sociais são considerados fontes potenciais de estresse, pois envolvem desde alterações nos processos fisiológicos até a construção e adequação de comportamentos expressos. O esforço para se adaptar a estas mudanças, além de trazer complicações fisiológicas, exige que o indivíduo avalie cada situação,

tendo em vista a aquisição de conhecimentos para lidar com cada uma delas (MARTINS et al., 2008).

Moody et al. (1982) verificaram que o número de acontecimentos ocorridos na vida dos pacientes que possuem DTM era maior em relação aos portadores de outras doenças. Além disso, os autores constataram que esses eventos aconteciam com maior frequência seis meses antes de os indivíduos procurarem tratamento. Existem duas possíveis justificativas para o fato: uma seria que, com o aumento do número de acontecimentos, diminui a habilidade dos pacientes para lidar com as mudanças; a outra é que, quanto maior o número de mudanças, maior o nível de estresse psicológico, fator potencializador da DTM. Nesse caso, os sintomas se evidenciam e os pacientes procuram ajuda profissional.

Outro estudo (MARTINS et al., 2007) observou que pacientes com disfunção dolorosa da ATM apresentavam ansiedade e expressavam sintomas de estresse mais acentuado e com maior frequência do que os não portadores. Este fato ocorre principalmente em função da manifestação dos sintomas e não da sua intensidade, o que possibilita concluir que o estresse atua como fator etiológico predisponente na manifestação de tais sintomas da disfunção da ATM.

No que diz respeito aos sintomas, a dor da DTM pode ocasionalmente ser mais severa ao mastigar, podendo limitar os movimentos mandibulares. Os pacientes normalmente a descrevem como pobremente localizada, contínua, surda, tipicamente ao redor do ouvido, ângulo da mandíbula, face e área temporal. Entretanto, a dor também tem sido descrita nos maxilares, dentes e pescoço. Alguns pacientes têm o auge da dor no período da manhã ou no final da tarde (BRANCO et al., 2005). Concordando com o estudo realizado por Pereira et al. (2005), no qual 100% dos indivíduos com diagnóstico de DTM apresentaram dor, as estruturas envolvidas podem ser a ATM, a face e/ou os músculos mastigatórios.

No presente relato de caso, foram encontradas alterações nos limiares de dores musculares que coincidem com a diminuição do índice de relato de dor subjetiva (EAV), concordando com resultados encontrados no estudo de Vedolin (2007).

Segundo Maia, Vasconcelos e Silva (2001), apesar das várias teorias que tentam explicar a etiologia da DTM, há uma inclinação em acreditar que a hiperatividade muscular seja a causa primária, que pode ser originada pelo estresse emocional. Em estudo realizado pelos autores apontados, o qual possuiu como objetivo avaliar a associação entre estresse emocional e a presença de DTM, verificando a prevalência de

DTM em uma população sob forte estresse, 60,93% da população pesquisada apresentou sinais e sintomas de DTM, sendo que 81,25% relatou estar sob estresse emocional, o que enfatiza a forte influência deste fator na relação com a DTM.

Michelotti et al. (2000) identificaram os efeitos do estresse emocional em algumas reações fisiológicas do sistema nervoso autônomo. Dentre elas, está o aumento da eletroatividade muscular, que ocorre da seguinte forma: a intensificação da atividade de fibras eferentes simpáticas estimula a liberação de acetilcolina nas terminações nervosas na placa mioneural; por isso, há um aumento de tensão muscular, causando a sensação de fadiga. Além disso, a amplificação da tensão provoca a liberação de substâncias algogênicas causando dor. Como evidência da relação entre estresse e DTM, observou-se que indivíduos com DTM sob estresse experimentalmente provocado apresentaram respostas eletromiográficas mais ativas do que os indivíduos assintomáticos, ou seja, sem a indução de estresse (KARTZ,1989).

Diniz et al. (2012), ao investigarem a presença de ansiedade em pacientes com DTM, avaliaram a presença de estresse e o desenvolvimento da DTM nos alunos do último ano do ensino médio, durante dois momentos: seis meses antes, e uma semana antes de prestarem vestibular. Para avaliar a presença de estresse, foi utilizado o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp para Adultos (ISSL), e para avaliar a presença de ansiedade, foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Foi constatado que houve um aumento nos níveis de ansiedade e estresse durante o período analisado, bem como um aumento nos potenciais indivíduos com DTM, concluindo que os estudantes que se preparam para o vestibular são um grupo de risco potencial para o desenvolvimento de DTM devido a fatores psicológicos que geram ansiedade e estresse. Os achados no estudo de Diniz et al. (2012) concordam com os encontrados por Cunha et al. (2007), que detectaram uma maior ocorrência de DTM, proporcional a um maior nível de ansiedade, em estudantes do curso pré-vestibular.

É possível verificar a mesma relação ao se considerar a paciente do presente relato de caso, haja vista que a voluntária também passava por um período de ansiedade devido à proximidade do exame da OAB, de modo a contribuir para a manifestação dos sintomas da DTM.

Esgalha (2009), em seus estudos, também utilizou o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp para Adultos (ISSL) e o Inventário de Ansiedade de Beck. Um grupo composto por 25 pacientes foi submetido apenas ao tratamento odontológico e um grupo experimental, com 21

pacientes, foi semelhantemente submetido ao tratamento odontológico com a placa oclusal estabilizadora, além de experienciar a Técnica de Relaxamento Progressivo em grupo durante as oito semanas. Os resultados mostraram que houve diminuição no nível de estresse e no grau da dor crônica após a aplicação do relaxamento e do uso da placa oclusal estabilizadora no grupo experimental, porém o nível de ansiedade não apresentou diferenças significativas. Por outro lado, observa-se que não houve alterações significantes nos níveis de ansiedade e estresse, nem no grau da dor crônica, ao ser utilizada apenas a placa oclusal nos pacientes do grupo-controle. Os resultados demonstram, portanto, que a técnica de relaxamento consiste em uma alternativa eficaz para diminuição do nível de estresse e do grau da dor crônica dos pacientes.

Em relação à frequência de ansiedade em pacientes com DTM, muitos estudos comprovaram que todos a possuem em algum nível, como o de Cestari e Camparis (2002), Marchiori et al. (2007) e Andrade (2004). No caso clínico, verificou-se que a intervenção odontológica isoladamente não apresentou efeito quanto à diminuição dos sintomas de ansiedade, situação igualmente verificada no estudo de Galvin et al. (2006), no qual os sujeitos não obtiveram melhora significativa de ansiedade. Tal situação geralmente ocorre pelo fato do BAI possuir baixa sensibilidade a sintomas psicológicos, pois avalia principalmente sintomas físicos, e a paciente possuir características psicológicas que não são detectadas por este método.

Pesquisas comprovaram que os fatores psicológicos, além de associados à etiologia da DTM, podem afetar os resultados do tratamento dos pacientes. Leon e Garcia (2007) demonstraram que o estresse pode afetar os resultados do tratamento dos pacientes e isto foi confirmado por meio da comprovação dos altos níveis de estresse em 80 pacientes com DTM que foram submetidos à terapia combinada, com uso da placa oclusal, uso de ansiolíticos, relaxantes musculares, técnicas de autorrelaxamento e substituição de atividades provocadoras de estresse por atividades prazerosas, resultando em 95% de eficácia no tratamento. A placa oclusal é o método mais convencional de tratamento das DTMs. Atua promovendo uma função articular balanceada, protegendo os dentes de desgastes e mobilidade, diminuindo a contração dos músculos da mastigação, redistribuindo as forças aplicadas à mandíbula e melhorando a função da ATM (OKESON 2008; PETERSON et al., 2009).

Alguns trabalhos que testaram diferentes abordagens terapêuticas para DTM encontraram melhores resultados para a dor

quando o tratamento associava terapias para DTM com a terapia psicológica. A relação entre estresse, ansiedade e dor deve ser observada, pois o alívio da dor parece levar a uma melhora significativa do estado emocional destes indivíduos, sugerindo que tantos fatores físicos quanto psicológicos são importantes (CURRAN, 1996; OKESON, 2008).

É reportado na literatura científica desde a década de 1970 o interesse pelo ensino das DTMs e dores orofaciais. Desde então, nota-se que avanços consideráveis têm sido realizados, mas, ainda assim, muito distantes do que pode ser considerado ideal. Alguns estudos demonstraram que existe uma deficiência educacional significativa nas instituições acadêmicas. Poucas universidades apresentam, em sua grade curricular de graduação, como caráter optativo ou obrigatório, disciplina ou programa de formação em dor orofacial e disfunções temporomandibulares. Essa lacuna no ensino acarreta prejuízos na formação profissional do cirurgião-dentista, o qual se sente, muitas vezes, incapaz de lidar com pacientes portadores de DTM/dor orofacial (MCNEILL et al., 1992; HOLMES et al, 1997; ATTANASIO, 2002).

Ainda são necessárias mais pesquisas que analisem os processos psicossomáticos como desencadeadores de sintomas das DTMs e das dores orofaciais. Até o momento, não se estabeleceram limites quantitativos precisos em termos de causa e consequência ao considerar a DTM e os desequilíbrios psicológicos. Todavia, os atuais estudos da área já apontam para a importância de abordar a DTM, o estresse e a ansiedade de modo concomitante, visto que, combinando os tratamentos, é possível observar uma redução significativa dos sintomas dolorosos e psíquicos, além da manutenção do benefício terapêutico (ELI, 2003).

As disfunções temporomandibulares possuem alta incidência na população, e por isso necessitam de atenção especial dos profissionais de odontologia, que precisam ver o homem como um ser biopsicossocial, não sendo possível separar o biológico do psicológico, a fim de possibilitar o bem-estar social, físico e emocional dos pacientes afetados por essas disfunções. Além dos aspectos psicológicos estarem relacionados ao surgimento da DTM, foi reconhecido que eles também são responsáveis por sua perpetuação, influenciando de maneira negativa no tratamento.

Mesmo que alguns estudos destaquem a importância de fatores emocionais do paciente na qualidade de resposta ao tratamento com DTM, de modo geral, ainda são valorizados os fatores físicos no tratamento das DTMs em detrimento dos psicológicos. Por esta razão,

os profissionais que tratam os pacientes com DTM deveriam estar cientes do envolvimento comportamental ou psicológico na resposta ao tratamento. Portanto, para que o tratamento seja efetivo, é importante o envolvimento de diversos profissionais, incluindo o psiquiatra e o psicólogo, no atendimento aos pacientes com DTM.

7 CONCLUSÃO

Com base nos objetivos propostos neste trabalho, foi possível concluir que:

- Os fatores emocionais, dentre eles a ansiedade, estão diretamente ligados aos sinais e sintomas das DTMs;
- É essencial a abordagem interdisciplinar no diagnóstico e no tratamento de pacientes com DTM;
- O tratamento realizado melhorou significativamente a sintomatologia dolorosa da paciente; no entanto, os níveis de ansiedade diminuíram apenas no início do tratamento, comprovando que uma intervenção exclusivamente odontológica não é capaz de influenciar os sintomas da ansiedade;
- Para que o tratamento executado pelo cirurgião-dentista seja efetivo, é necessário que seja realizado um atendimento integrado ao paciente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN Academy of Orofacial Pain. Disponível em: <<http://www.aaop.org/>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ANDRADE, L. M. B. Stress e Disfunções Craniomandibulares. In: LIPP, M. E. N. (Org.). *O stress no Brasil: Pesquisas Avançadas*. Campinas, SP: Papirus, 2004.

ASSOCIAÇÃO Americana de Psiquiatria. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Cláudia Dornelles. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ATTANASIO, R. The study of temporomandibular disorders and orofacial pain from the perspective of the pre doctoral dental curriculum. *Journal of Orofacial Pain*, Carol Stream, v. 16, n. 3, p.176-180, 2002.

BARBERÍA, E. et al. Analysis of anxiety variables in dental students. *International Dental Journal*, Geneva, v. 54, n. 6, p. 445-449, 2004.

BARROS, V. M. et al. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorder. *Journal of Orofacial Pain*, Carol Stream, v. 23, n. 1, p.28-37, 2009.

BELL, W. R. *Dores orofaciais – classificação, diagnóstico e tratamento*. 3a ed. São Paulo: Quintessence, 1991.

BEZERRA, B. P. N. et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. *Revista Dor*, São Paulo, v. 3, n. 13, p. 235-242, jul. 2012.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. *Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares*. São Paulo: Manole, 2005.

BOULOUX, G.F. Use of opioids in long-term management of temporomandibular joint dysfunction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, s. l., v. 69, n. 7, p.1885-1889, 2011.

BOVE, S. R. K.; GUIMARÃES, A. S.; SMITH, R. L. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e

dor orofacial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, s. l., v. 13, n.1, p.686-691, 2005.

BRAGA, A. C.; SOUZA, F. L. D. Transtornos psicológicos associados à disfunção temporomandibular. *Psicologia e Saúde em Debate: Patos de Minas – MG, Patos de Minas*, v. 2, n. 1, p.100-120, 2016.

BRANCO, C. A. et al. Acupuncture as a complementary treatment option to temporomandibular dysfunction: review of the literature. *Revista de Odontologia da UNESP. São Paulo*, v.34, n.1, p.11-16, 2005.

CESTARI, K.; CAMPARIS, C. Fatores Psicológicos: sua Importância no Diagnóstico das Desordens Temporomandibulares. *Jornal Brasileiro de Oclusão*, s.l., p. 55-60, 2002.

COHEN, M.; ALMEIDA, G. J. M.; PECCIN, M. S. O stress e as dores músculoesqueléticas. In: LIPP, M. E. N. (Org.) *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DINIZ, M.R. et al. Psychological factors related to temporomandibular disorders: an evaluation of students preparing for college entrance examinations. *Acta Odontológica Latinoamericana*, v. 25, n. 1, p. 74-81, 2012.

DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *Journal of Craniomandibular Disorders*, 6(4), p. 301-355, 1992.

ESGALHA, L. R. Disfunção temporomandibular (DTM): impacto do relaxamento sobre ansiedade e estresse. 2009. 55 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita e Filho, Bauru, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97424>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

FERNANDES, A. U. R. et al. Desordem temporomandibular e ansiedade em estudantes de odontologia. *Brazilian Dental Science*. São Paulo, p. 70-77, mar. 2007. Disponível em:

<<http://ojs.fosjc.unesp.br/index.php/cob/article/view/423/349>>. Acesso em: 28 out. 2016.

FERREIRA, K. D. M. et al. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Passo Fundo, v. 14, n. 3, p.262-267, set. 2009.

FERREIRA L. A.; BARRA, V. S. O.; GUIMARÃES, S. M. R. Quadro biopsicossocial de pacientes com desordens temporomandibulares: avaliação do estresse e da qualidade de vida. *Revista do Serviço ATM*, s. l., v. 2, n. 1, p. 36-43, 2002.

FLOR, H. *Psychobiologie des Schmerzes*. Bern: Huber Verlag, 1991.

GARCIA, A.R. et al. Fatores Associados à Ocorrência de Vibrações Articulares. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 24-28, jan./abr. 2009.

GUARDA-NARDINI, L.; MANFREDINI, D.; FERRONATO, G. Temporomandibular joint total replacement prosthesis: current knowledge and considerations for the future. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, v. 37, n. 1, p. 103-110, 2008.

HOLMES, D. C.; DIAZ-ARNOLD, A. M.; WILLIAMS, V. D. Alumni self-perception of competence at time of dental school graduation. *Journal of Dental Education*, Washington, v. 61, n. 6, p. 465-472, 1997.

KAJITA, G.T; FASOLO, S.P. Tratamento da fisioterapia em disfunção temporomandibular decorrente de bruxismo: estudo de um caso. *IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação* – Universidade do Vale do Paraíba. Jacareí, p. 1349-1351, 2006.

LEEUW, R. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. 4a. ed. São Paulo: *Quintessence*. 2010.

- LEON, G. I.; GARCIA, C. R. Influência del estrés em la eficacia del tratamiento em pacientes com transtornos temporomandibulares. *Revista Cubana de Estomatología*, s. 1., v. 46, n. 4, p. 49-58, 2009.
- MACFARLANE, T. V. et al. Twenty-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: temporomandibular disorders. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. v.135, n. 6, p.692-697, 2009.
- MAIA, E. A. V.; VASCONCELOS, L. M. R.; SILVA, A. S. Prevalência das desordens temporomandibulares: uma abordagem sobre a influência do estresse. *Revista Associação Brasileira de Odontologia Nacional*, v. 9, n. 4, p. 228-232, 2001.
- MARCHIORI, A. V. et al. Prevalência de sinais e sintomas da Disfunção Temporomandibular e Ansiedade: estudantes brasileiros do ensino fundamental. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 257-262, jul./set. 2007.
- MARTINS, R. J. et al. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.2089-2096, 2008.
- MARTINS, R.J. et al. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, s. 1., v. 10, n. 2, p. 215-222. 2007.
- MAYDANA A.V. Critérios diagnósticos de pesquisa para as desordens temporomandibulares em uma população de pacientes brasileiros. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciências da Saúde, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MERCURI, L. G.; LASKIN, D. M. The Specificity of Response to Experimental Stress in Patients with Myofascial Pain Dysfunction Syndrome. *Journal of Dental Research*. Illinois, p. 1866-1871, 1979.
- MICHELOTTI, A.; IODICE, G. The role of orthodontics in temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, s. 1., v. 37, n. 6, p. 411-429, 2010.

MOULTON, R. E. Psychiatric considerations in maxillofacial pain. *Journal of American Dentists Association*, v. 51, n. 4, p. 408-14, 1955.

MOODY et al. Recent life changes and myofascial pain syndrome. *Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 48, p. 328-330, 1982.

MOTTA, L. J.; GUEDES, C. C.; DE SANTIS, T. O. Association between parafunctional habits and signs and symptoms of temporomandibular dysfunction among adolescents. *Oral Health & Preventive Dentistry*, v.11, n.1, p.3-7, 2013.

OKESON, J. P. *Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PALLA, S. (Coord). *Mioartropatias do sistema mastigatório e dores orofaciais*. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

PEREIRA, K. N. F. et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev. CEFAC*, v.7, n.2, p. 221-228, 2005.

PETERSON, L. J. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RUGH, J.D.; SOLBERG, W. K. Psychological implication in temporomandibular pain and dysfunction. In: ZARB, G.A.; CARLSSON, G. E. *Temporomandibular joint function and dysfunction*. Copenhagen: Munksgaard, p. 3-30, 1976.

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 of Oral & Facial Pain and Headache*, v. 28, n. 1, p. 6-27, 2014.

SIQUEIRA, J. T. T. Disfunção Temporomandibular: classificação e abordagem clínica. In: _____. *Dor Orofacial – Diagnóstico, Terapêutica e Qualidade de Vida*. Curitiba: Maio, 2001. p. 373-379.

SOUTHWELL, J. et al. Personality and anxiety in temporomandibular joint syndrome patients. *Journal of Oral Rehabilitation*. Edinburgh, p. 239-243, jan. 1990.

APÊNDICE**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Assinado****CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento aos cursos de graduação e pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e áreas afins, para, por intermédio de seus professores, assistentes, e alunos devidamente autorizados, utilizarem radiografias, slides, fotografias, vídeos, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultado de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento e tratamento em mim executado, e que constituem propriedade exclusiva deste curso. Portanto, dou pleno direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais, revistas científicas ou não, ou outros meios de comunicação nacionais ou internacionais, respeitando os respectivos códigos de ética.

Florianópolis, 24 de abril de 20 17

Laís Tavares dos Santos Andrade - 378.433.678-70

Nome e CPF do paciente ou do responsável

Laís T. S. Andrade

Assinatura do paciente ou do responsável

ANEXO A

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Pesquisador: André Porporatti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63173816.5.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.047.111

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa coordenado pelo Prof. André Porporatti do Departamento de Odontologia da UFSC. Esta pesquisa será composta de dois eixos principais, dos quais novos subprojetos serão fomentados de acordo com a demanda necessária: 1) revisões da literatura; 2) e relatos de casos. Com relação ao segundo eixo (relatos de caso), a pesquisa clínica de casos de alta complexidade em Disfunção Temporomandibular (DTM) será incentivada. Desde o diagnóstico, até o acompanhamento do caso, passando pela elaboração do plano de tratamento e sua execução serão realizados por alunos de graduação e coordenados pelos professores de odontologia da UFSC. Os pacientes serão triados nas clínicas de Odontologia da UFSC, onde os pacientes irão relatar o seu problema, preencher uma ficha de anamnese e serão examinados clinicamente. O caso será documentado (vídeo, fotos e, se necessários, exames radiográficos). Todos os casos serão discutidos e planejados em sala de aula para implementar o melhor tratamento. Ainda, os alunos serão estimulados a fazer uma análise crítica do atendimento, tomar decisões e serão capacitados a vislumbrar todos os passos da escolha do melhor tratamento e de sua execução. Com esse projeto busca-se obter alguns objetivos principais, dentre eles: aumentar a interrelação aluno-professor; ampliar o interesse do aluno com o atendimento diário; facilitar a comunicação aluno-professor; diminuir as dúvidas recorrentes do procedimento a ser

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retórica II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.047.111

realizado diariamente; ampliar a visualização de toda uma sequência do procedimento odontológico em DTM; e diminuir os erros decorrentes de um planejamento mal elaborado. Serão analisados 50 pacientes divididos da seguinte forma: pacientes com DTM articular (20 pacientes), DTM muscular (20 pacientes) e DTM mista (10 pacientes).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Buscar evidências contemporâneas para o tratamento da DTM em adultos.

Objetivos específicos:

- Pesquisar quais terapias são suscetíveis e apresentam melhor resposta em pacientes com DTM;
- Pesquisar quais terapias são suscetíveis ao efeito placebo;
- Estudar as terapias para DTM melhor embasadas cientificamente;
- Definir abordagens contemporâneas específicas no tratamento da DTM, dependendo da sua classificação, seja muscular, articular ou mista;
- Tomar a UFSC um polo regional de pesquisa e atendimento de pacientes com DTM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver parecer n. 63173616.5.0000.0121.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer n. 63173616.5.0000.0121.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados e o TCLE foi adequado conforme as solicitações do CEPESH.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores adequaram todas as pendências relacionadas ao cronograma, riscos e benefícios da pesquisa, bem como ao TCLE. Portanto, o projeto está aprovado por este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retortia II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.047.111

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_802244.pdf	15/03/2017 11:26:02		Aceito
Outros	Respostas.docx	15/03/2017 11:24:38	André Porporatti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/03/2017 11:23:42	André Porporatti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	15/12/2016 11:19:00	André Porporatti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	20/10/2016 15:30:00	André Porporatti	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_Pesquisadores.pdf	20/10/2016 15:29:40	André Porporatti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	20/10/2016 15:28:45	André Porporatti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6054 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Abordagens Contemporâneas no Tratamento da Disfunção Temporomandibular” dos pesquisadores André Luís Porporatti, Beatriz Dulcinea Mendes de Souza, Kamile Leonardi Dutra, e Graziela de Luca Canto, professores do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e da pesquisadora Fabiane Miron Stefani, professora do Curso de Fonoaudiologia da UFSC, com os quais poderá manter contato para eventuais esclarecimentos. Esta pesquisa atende a Resolução CNS 466/2012 e o projeto conta com a aprovação do CEPESH/UFSC. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

O estudo se destina a diagnosticar e tratar adequadamente, com abordagens contemporâneas e baseado em evidências, pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM) e fazer relatos dos casos em congresso e /ou revistas científicas. Ele é importante porque ainda não existe um atendimento específico na UFSC dos pacientes com estes distúrbios, logo os pacientes e alunos serão beneficiados. Os resultados esperados são a melhora dos pacientes que sofrem com estes distúrbios e o aprendizado dos alunos. Esse estudo começará em Maio de 2017 e terminará em outubro de 2020. Os atendimentos serão realizados nas clínicas da Odontologia da UFSC, onde os pacientes irão relatar o seu problema, preencher uma ficha de anamnese e serão examinados clinicamente. O caso será documentado (vídeo, fotos e, se necessários, exames radiográficos). Todos os casos serão discutidos e planejados em sala de aula para implementar o melhor

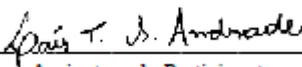
tratamento. Os possíveis incômodos e riscos são sensibilidade passageira nos dentes e cansaço nos músculos do rosto, os quais são riscos difíceis de ocorrer e acometem poucos incômodos. Estes incômodos, quando necessários, serão manejados pelo professor responsável por esta pesquisa. A participação do paciente será no diagnóstico (anamnese, exame clínico, documentação) e no tratamento. É assegurada assistência ao participante durante toda a pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim tudo o que ele (a) queira saber antes, durante e depois da sua participação. As informações conseguidas através da participação do paciente não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a autorização do (a) participante. O (a) participante receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos. O Sr(a) não terá nenhuma despesa decorrente desta pesquisa e tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer represália/prejuízo a seu atendimento, através dos telefones **(48) 37214952/991382914** ou e-mail **andre.porporatti@ufsc.br**. O pesquisador declara que cumprirá as exigências contidas na Resolução CNS 466/2012 (especialmente nos itens IV.3 e IV.4), que o sigilo/privacidade dos participantes será garantido durante todas as etapas da pesquisa, inclusive na divulgação dos resultados, que os participantes terão direito ao ressarcimento de eventuais despesas e indenização diante de eventuais danos produzidos pela pesquisa. Caso seja necessário contato, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC se localiza no prédio da Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 401, Bairro Trindade, Florianópolis; Telefone **(48) 3721-6094**.



CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, Laís Tavares dos Santos Andrade, portadora do CPF 378.433.678-70, concordo em participar desta pesquisa, bem como com a utilização dos dados coletados, desde que seja mantido o sigilo de minha identificação, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A minha participação é voluntária podendo ser suspensa a qualquer momento. Pelo presente consentimento, declaro que fui esclarecida sobre a pesquisa a ser realizada, de forma detalhada, livre de qualquer constrangimento e obrigação, e que recebi uma cópia deste termo, assinada pelos pesquisadores.

Florianópolis, 24 de abril de 2017.



Assinatura do Participante



Assinatura do Pesquisador Responsável

Prof. Dr. André Luis Porporatti

RG: 48003654

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima
Complemento: s/n - Trindade,
Cidade/CEP: Florianópolis – SC/ 88040-900
Telefone: 48- 3721 4952
Ponto de referência: Centro de Ciências da Saúde

Contato de urgência: Prof. André Luís Porporatti

Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima
Complemento: s/n - Trindade,
Cidade/CEP: Florianópolis – SC/ 88040-900
Telefone: 48- 3721 4952
Ponto de referência: Centro de Ciências da Saúde

ANEXO C

Anexo C – Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o con-				

trole				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO D

Anexo D – Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento		X		
2. Sensação de calor		X		
3. Tremores nas pernas		X		
4. Incapaz de relaxar			X	
5. Medo que aconteça o pior			X	
6. Atordoado ou tonto			X	
7. Palpitação ou aceleração do coração			X	
8. Sem equilíbrio		X		
9. Aterrorizado	X			
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação			X	
12. Tremores nas mãos				X
13. Trêmulo				X
14. Medo de perder o con-				

trole				
15. Dificuldade de respirar			X	
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado	X			
18. Indigestão ou desconforto no abdômen			X	
19. Sensação de desmaio			X	
20. Rosto afogueado	X			
21. Suor (não devido ao calor)			X	

ANEXO E

Anexo E – Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento	X			
2. Sensação de calor		X		
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar			X	
5. Medo que aconteça o pior		X	X	
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração			X	
8. Sem equilíbrio	X			
9. Aterrorizado	X			
10. Nervoso			X	
11. Sensação de sufocação	X			
12. Tremores nas mãos				X
13. Trêmulo				X
14. Medo de perder o con-		X		

trole				
15. Dificuldade de respirar		X		
16. Medo de morrer		X		
17. Assustado		X		
18. Indigestão ou desconforto no abdômen			X	
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado		X		
21. Suor (não devido ao calor)			X	

ANEXO F

Anexo F – Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento	X			
2. Sensação de calor		X		
3. Tremores nas pernas		X		
4. Incapaz de relaxar			X	
5. Medo que aconteça o pior		X		
6. Atordoado ou tonto			X	
7. Palpitação ou aceleração do coração		X		
8. Sem equilíbrio			X	
9. Aterrorizado	X			
10. Nervoso		X		
11. Sensação de sufocação		X		
12. Tremores nas mãos				X
13. Trêmulo				X
14. Medo de perder o con-		X		

trole				
15. Dificuldade de respirar		X		
16. Medo de morrer		X		
17. Assustado			X	
18. Indigestão ou desconforto no abdômen			X	
19. Sensação de desmaio		X		
20. Rosto afogueado	X			
21. Suor (não devido ao calor)			X	

ANEXO G



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 17 dias do mês de setembro de 2017, às 15:30 horas,
em sessão pública no (a) auditoria desta Universidade, na presença da
Banca Examinadora presidida pelo Professor

André Porporatti

e pelos examinadores:

1. Deotiz D. Souza

2. Marysara de Freitas

o aluno _____

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado.

Relatório Técnico Imediato e 20 dias após

Integridade do Aluno

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando

Prof. André Porporatti
Presidente da Banca Examinadora

Pomir
Examinador 1

Marysara de Freitas
Examinador 2

Priscilla de Oliveira
Aluno