

TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Amélia da Cunha Braga⁶

Fernando Leonardo Diniz Souza

RESUMO

O objetivo desse estudo foi realizar um levantamento da literatura relacionada a distúrbios psicológicos associados à disfunção temporomandibular (DTM). **Método:** Foram encontrados, inicialmente, 634 artigos nas bases de dados *Scielo*, *Pub Meed* e *Medline*. As palavras chave utilizadas na busca foram: transtornos psicológicos e DTM, estresse e DTM, depressão e DTM, ansiedade e DTM. Após a leitura do resumo desses artigos, foram selecionados 30 artigos para compor o presente estudo. A seleção desses artigos se deu em função de dois critérios - pertinência ao tema e ano da publicação. Foram selecionados os estudos publicados entre 2004 e 2014, que tratavam especificamente da relação entre DTM transtornos psicológicos. **Resultados:** a maioria dos estudos analisados apresentaram correlações entre transtornos psicológicos e DTM. No entanto, as metodologias utilizadas e o tipo de investigações feitas não permitem que relações causais sejam estabelecidas, ou seja, não se pode afirmar que transtornos psicológicos causam DTM ou que DTM causa transtornos psicológicos. Dentre as correlações encontradas, foi possível observar que a incidência de DTM associada a algum tipo de transtorno psicológico é maior no gênero feminino.

Palavras-chave: Transtornos psicológicos e DTM. Estresse e DTM. Depressão e DTM. Ansiedade e DTM.

ABSTRACT

The aim of this study was to rummage the literature related to psychological disorders associated to temporomandibular disorders (TMD). **Method:** Initially, was found 634 articles in *Scielo*, *Pub Med* and *Medical* databases. The following keywords were used in the research: psychological disorders and TMD, TMD and stress, depression and TMD, anxiety and TMD. After reading the summaries of those articles, 30 articles were chosen to compose this study. The assortment of these articles occurred based in two standards: relevance to the theme and year of publication. The published studies from 2004 to 2014 were selected

⁶ Endereço eletrônico de contato: amelinhacunha@hotmail.com

which reported specifically about the relation between TMD and psychological disorders. **Results:** most of the studies that were analyzed showed correlations between psychological disorders and TMD. Nevertheless, the methodologies and the sorts of investigation which were used do not allow establishing causal relations. In other words, it is not possible to say that psychological disorders cause TMD or TMD causes psychological disorders. Among the correlations was observed that the incidence of TMD associated to some kind of psychological disorder is higher in women.

Keywords: Psychological disorders and TMD. Stress and TMD. Depression and TMD. Anxiety and TMD.

1 INTRODUÇÃO

No campo da anatomia, a articulação temporomandibular (ATM) é uma junção sinovial bicondilar entre o osso temporal e a mandíbula. Também é considerada como uma articulação diartrodial, pois pode desenvolver movimentos de rotação e translação. Nesse caso, é uma articulação que interliga a mandíbula ao crânio e normaliza o movimento mandibular, em que os côndilos posicionados no final da mandíbula funcionam ao mesmo tempo.⁽¹⁾

A disfunção temporomandibular (DTM), é um conjunto de problemas articulares e musculares associados à dor nos músculos da mastigação, ruídos na ATM e um mau funcionamento da mandíbula.⁽²⁾ Sendo uma doença dolorosa, os sintomas se apresentam de modo variado e vinculado aos componentes anatômicos, podendo levar a dor mio facial, deslocamento de disco, dores nas articulações ou inflamação.⁽³⁾

Convém ressaltar que o côndilo mandibular acopla-se na cavidade glenoidea do temporal e o menisco divide a articulação entre a cavidade superior e inferior, posicionando-se entre a mandíbula e o temporal. Além disso, a articulação é reforçada por músculos colaterais externos e internos, sendo que os principais músculos presos à ATM são: temporal, masseter, pterigoideos (externo e interno) e os supra-hióideos e infra-hióideos. Quando estão em repouso, os músculos mandibulares estão em contração mínima, somente o necessário para manter o equilíbrio.⁽¹⁾

A DTM pode ser constatada a partir da presença de ruído, crepitação, magnitude reduzida de movimentos bem como anomalias, associadas na mastigação. Ademais pacientes que apresentam zumbido no ouvido, fadiga durante a mastigação, mordida desconfortável, edema e assimetria na face e desgaste dentário por causa dos movimentos para funcionais também podem ser diagnosticados com DTM. Levantamentos

epidemiológicos sobre o tema assinalam que entre 40 e 60% da população apresenta sintomatologia de DTM, sobretudo na idade de 20 a 40 anos, sendo mais prevalentes nas mulheres.⁽⁴⁾

Com relação à etiologia da disfunção temporomandibular estudos classificam-na como complexa, por ser multifatorial, compreendendo componentes fisiopatológicos, sociais, culturais e psicológicos. Fatores emocionais como estresse, ansiedade e depressão associados à presença de disfunção temporomandibular, podem levar ao desenvolvimento de hiperatividade muscular, causando dor intensa na região. Esse quadro pode evoluir com grande variabilidade, levando apenas alguns dias para aparecer à dor ou até mesmo meses e anos, tendo como agravante os hábitos parafuncionais.^(4,5,6)

É relevante ressaltar que os fatores emocionais desempenham um importante papel na origem e evolução dos sintomas da disfunção temporomandibular, em função da atividade muscular e tonificação dos músculos faciais geralmente presentes em estados emocionais alterados. Na verdade, questões emocionais podem predispor o paciente a maiores ou menor reação dolorosa, pois estão correlacionados com o agravamento de apertamento dentário e bruxismo. Nessa perspectiva, estudos apontam que a ansiedade e depressão levam ao aumento dos sintomas da desordem temporomandibular, alteram a percepção da dor e aumentam a incidência de cefaleias produzidas pelo apertamento dentário.⁽⁷⁾

De fato, os sintomas dolorosos na disfunção temporomandibular podem ser ocasionados pela presença de hábitos parafuncionais, os quais podem ser desencadeados ou agravados pelo estado emocional do paciente, levando a uma hiperatividade muscular.^(3,8,9)

Diversos estudos apontam a necessidade de se identificar condições emocionais e/ou psicológicas dos pacientes acometidos de DTM, já que essas condições parecem exercer um importante papel na etiologia multifatorial da doença e têm grande relevância para o processo de tratamento.⁽⁸⁾ Vale ressaltar que um tratamento completo da DTM deve envolver diversos profissionais, como médicos ortopedistas, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. Dessa forma as múltiplas causas da patologia seriam abordadas e haveria maior chance de sucesso do tratamento.⁽¹⁰⁾

As condições psicológicas relacionadas à DTM podem ser variadas. No entanto, pesquisas da área apontam que transtornos ligados à ansiedade, estresse e depressão são mais frequentemente relacionados à DTM. A ansiedade, “é conceituada como um fenômeno adaptativo necessário ao homem para enfrentamento das situações cotidianas, com duração e intensidade que variam de indivíduo para indivíduo e de acordo com as diferentes situações”.⁽¹¹⁾ No entanto, o nível ou a frequência da ansiedade podem ser bastante intensos, causando danos aos indivíduos.

Nesses casos, a ansiedade torna-se patológica. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a característica essencial de um Transtorno de ansiedade é uma ansiedade ou preocupação excessiva (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses, acerca de diversos eventos ou atividades. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação e, geralmente, esse quadro vem acompanhado de três sintomas adicionais de uma lista que inclui inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade ou preocupação é claramente desproporcional a real probabilidade ou impacto do evento temido.⁽¹²⁾

Há vários tipos de Transtornos de Ansiedade (fobias, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, etc.). A presença de qualquer um deles pode estar correlacionada à DTM. Em função dos objetivos do presente trabalho, “Transtorno de Ansiedade” será abordado de forma mais genérica. O importante aqui é a constatação de que independentemente do tipo de transtorno de ansiedade observado, há a presença ansiedade excessiva e tal excesso parece correlacionar-se à DTM, segundo os estudos levantados.⁽¹²⁾

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para definir o diagnóstico de depressão o paciente deve apresentar cinco ou mais sintomas, como sensação de inutilidade, anedonia, dificuldade de concentração, estado deprimido, fadiga ou perda de energia, distúrbio do sono, problemas psicomotores, perda ou ganho significativo de peso, ideias recorrentes de morte ou suicídio, sendo que o estado deprimido ou falta de motivação de tarefas diárias devem estar entre eles há pelo menos duas semanas. Os sintomas da depressão interferem drasticamente com a qualidade de vida e estão associados a altos custos sociais.⁽¹²⁾

Outro transtorno psicológico relacionado à DTM é o estresse. Assim como a ansiedade, certo nível de estresse é adaptativo. O estresse pode ser definido como uma reação muito complexa, um estado antecipado ou real de ameaça ao equilíbrio do organismo e a reação do mesmo, que visa restabelecer o equilíbrio através de um complexo conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais, quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que ultrapassem sua habilidade de enfrentamento.^(14,15)

O estresse pode produzir efeitos negativos como fadiga e tensão muscular e quando é aliada à alteração oclusal, a liberação das tensões pelo aparelho estomatognático gera sintomas de dor e disfunção. Além disso, o bruxismo ou apertamento dental é gerado devido a uma hiperatividade muscular, que pode ser causado pelo estresse emocional.⁽⁷⁾

O estresse, a depressão e a ansiedade, segundo Martins *et al*, têm influências diferentes na ocorrência da DTM; essa influência estaria intimamente ligada ao nível (gravidade) de cada um dos transtornos e à maneira como o paciente responde a eles. Parece haver indivíduos mais tolerantes a certos graus de estresse do que outros, por exemplo.

Embora não esteja estabelecidas regras na literatura, alguns estudos demonstram essa associação, pois o nível de autoestima pode afetar a magnitude do desconforto percebido, alterando a percepção de dor. Silva *et al*, 2012 aponta que quanto mais elevado é o nível de DTM, menor é a autoestima do paciente, sendo que o gênero feminino é mais propenso a desenvolver alterações na autoestima em função da DTM. Essa diminuição da autoconfiança ou do autorrespeito podem trazer problemas na efetividade dos tratamentos propostos, pois é relevante a colaboração do paciente.⁽¹⁵⁾

Existem os mais diversos fatores psicológicos relacionados às DTM, sendo que eles não atuam isoladamente, apresentando uma interação entre si e com a situação física do paciente. Dentre eles podem-se citar fatores psicológicos cognitivos, comportamentais e afetivos ou emocionais.⁽¹⁶⁾

O presente estudo se justifica devido à alta incidência de Disfunção Temporomandibular na população e a falta de resposta às muitas dúvidas geradas sobre a etiologia e tratamento dessa disfunção. Os pacientes acometidos por tal problema comumente passam por vários tratamentos sem sucesso, tornando as dores e incômodos causados pela DTM bastante prolongados, podendo acarretar distúrbios psíquicos.

Alguns estudos da área encontraram altas correlações entre transtornos psicológicos e DTM. Esses estudos, no entanto, utilizam metodologias diferentes para avaliar a presença de transtornos psicológicos e para estabelecer tais correlações. Faz-se necessário que sejam organizados e comparados, afim de que a área se beneficie dos resultados encontrados por eles. Além disso, a partir de uma revisão sistemática sobre a relação entre estresse, depressão, ansiedade e DTM, pode-se desenvolver (em futuras pesquisas) uma metodologia padronizada para investigações dessa natureza. Isso possibilitaria que resultados fossem comparados diretamente, que replicações fossem realizadas e que dados mais confiáveis fossem produzidos. A partir disso, estudos aplicados poderiam ser realizados – e forneceriam dados para o desenvolvimento de tratamentos eficazes da DTM.

Ademais, trabalhos que sistematizem os achados da área podem favorecer o treinamento de odontólogos em formação. As informações sobre o tema são, atualmente, majoritariamente advindas de estudos isolados, sem nenhuma sistematização. Isso impossibilita a conclusão de qual a melhor forma de se estudar a questão e dificulta o ensino/treinamento em faculdades de odontologia.

Fatores psicológicos não são abordados em tratamentos odontológicos tradicionais e sabe-se pouco sobre a eficácia de tratamentos combinados (odontológico e psicológico). Observa-se ainda a baixa taxa de sucesso de tratamentos odontológicos isolados em casos de Disfunção Temporomandibular, o que indica que as variáveis responsáveis pelo aparecimento e manutenção da patologia odontológica não estão sendo abordadas por completo.

Dessa forma os cirurgiões dentistas saem da graduação sem o conhecimento ou prática necessários para diagnosticar e tratar a DTM. Visto que cada vez é mais frequente o aparecimento de pacientes com disfunção, isso exige do cirurgião dentista não só conhecimento desta doença, mas a forma apropriada de tratar esse paciente com uma visão multidisciplinar.

Para tanto, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a Disfunção Temporomandibular e alguns transtornos psicológicos presentes em pacientes acometidos pela patologia.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo realizado através de uma revisão sistemática da literatura. Foram levantados inicialmente 634 artigos nas bases de dados *Scielo*, *PubMed* e *Medline*. As palavras chave utilizadas na busca foram: transtornos psicológicos e DTM, estresse e DTM, depressão e DTM, ansiedade e DTM. Após a leitura do resumo desses artigos, foram selecionados 30 artigos para compor o presente estudo. Esses artigos são datados de 2004 a 2014.

Foi construído uma tabela (Tabela 1) com as seguintes categorias: sintoma clínico, transtorno psicológico, tratamento e tipo de estudo. As informações que compõe tal tabela foram retiradas dos artigos selecionados.

3 RESULTADOS

Os artigos selecionados apontaram correlações entre alguns transtornos psicológicos e Disfunção Temporomandibular (DTM). Seis artigos encontraram uma correlação entre depressão e DTM; quatro artigos encontraram uma correlação entre ansiedade e DTM; dois artigos encontraram uma correlação entre estresse e DTM; um artigo encontrou uma correlação entre aspectos emocionais e DTM; um artigo encontrou correlação entre distúrbios emocionais e DTM; um artigo encontrou correlação entre estado emocional (tenso-calmo) e DTM e alguns autores não diferenciaram as correlações existentes entre depressão e DTM, ansiedade e DTM, e estresse e DTM, colocando-os em uma mesma categoria. Dentre os artigos aqui levantados, nove deles enquadram-se nessa situação.

Diante dos resultados observados dos estudos analisados pelo presente trabalho, não se pode afirmar que depressão, ansiedade e/ou estresse causam Disfunção Temporomandibular (DTM). A relação entre esses transtornos psicológicos e DTM é uma correlação; ou seja, significa que os transtornos psicológicos e a DTM aparecem, frequentemente, juntos. Para que relações de causalidades sejam estabelecidas, estudos experimentais ou quase experimentais devem ser realizados. A compreensão desse aspecto é importante porque ele tem implicações no tratamento. Ao cometer-se o erro de atribuir uma relação de causalidade entre transtornos psicológicos e DTM, o tratamento poderá ficar

restrito ao “agente causador do transtorno psicológico”. Quando a compreensão da relação é acertada o tratamento escolhido será amplo e multidisciplinar.

Tabela 1: seleção e categorização dos artigos selecionados.

AUTOR	SINTOMA CLINICO	TRANSTORNO PSICOLOGICO	TRATAMENTO	TIPO DO ESTUDO
Marchiori <i>et al</i> (2007) ⁽⁹⁾		Ansiedade		Qualitativo
Santos e Cervaens (2013) ⁽¹⁾		Depressão, ansiedade		Revisão bibliográfica
Fernandes <i>et al</i> (2013) ⁽¹⁴⁾	Zumbido, dor facial	Depressão		Quantitativo
Resende <i>et al</i> (2013) ⁽³⁾	Dor	Ansiedade, depressão e estresse	Multidisciplinar	Quantitativo
Toledo, Capote e Campos (2008) ⁽⁶⁾		Depressão		Qualitativo
Simm e Lopes (2011) ⁽⁸⁾		Depressão, ansiedade		Qualitativo
Martins Junior, Kerber e Stuginski-Barbosa (2009) ⁽³⁸⁾	Cefaleia, estalos, ruídos			Qualitativo
Biasotto-Gonzalez <i>et al</i> (2009) ⁽³⁵⁾		Distúrbios emocionais		Qualitativo
Fernandes <i>et al</i> (2007) ⁽³⁷⁾		Ansiedade		Qualitativo

Bezerra <i>et al</i> (2012) ⁽⁵⁾		Ansiedade		Quantitativo
Selaimen <i>et al</i> (2007) ⁽²⁷⁾	Dor orofacial	Depressão	Multidisciplinar	Qualitativo e quantitativo
Bertoli <i>et al</i> (2007) ⁽²⁾	Cefaleia, estalos, ruídos.	Estado emocional-tenso-calmo		Qualitativo
Castro <i>et al</i> (2008) ⁽²⁰⁾	Dor orofacial	Ansiedade e depressão		Qualitativo e quantitativo
Kuhnen e Jardim (2011) ⁽²¹⁾		Ansiedade e depressão		Qualitativo
Ferreira <i>et al</i> (2009) ⁽⁴⁾	Estalo	Ansiedade e depressão	Multidisciplinar	Revisão de literatura
Gomes <i>et al</i> (2006) ⁽²⁵⁾	Dor, cefaleia tensional.		Terapêutica	Qualitativo e quantitativo
Moreno <i>et al</i> (2009) ⁽²⁶⁾	Cefaleia tensional			Qualitativo e quantitativo
Silva Junior <i>et al</i> (2014) ⁽²⁴⁾	Cefaleia tensional			Qualitativo e quantitativo
Franco <i>et al</i> (2008) ⁽²³⁾	Cefaleia tensional			Revisão de literatura
Martins <i>et al</i> (2007) ⁽⁷⁾		Estresse		Qualitativo e quantitativo
Aroucha <i>et al</i> (2014) ⁽³³⁾		Depressão, transtorno alimentar		Revisão bibliográfica
Kuroiwaie <i>t al</i> (2011) ⁽¹⁹⁾	Dor orofacial	Estresse	Multidisciplinar	Quantitativo

Minghelli, Kiselova e Pereira (2011) ⁽²²⁾	Curvatura cervical	Ansiedade e depressão		Qualitativo
Calderon <i>et al</i> (2011) ⁽³²⁾	Dor	Depressão	1º grupo: Amitriptilina 2º grupo: Amitriptilina e terapia comportamental 3º grupo: placebo e CBT 4º grupo: apenas placebo	Qualitativo
Silva <i>et al</i> (2012) ⁽¹⁶⁾		Distúrbios emocionais	Multidisciplinar	Quantitativo
Santos <i>et al</i> (2013) ⁽²⁹⁾		Depressão, ansiedade.		Revisão literatura
Schmidt e Ferreira (2014) ⁽⁴¹⁾	Dor, estalo, ruídos	Depressão, ansiedade e estresse		Revisão literatura
Nascimento (2004) ⁽⁴⁰⁾	Dor	Depressão		
Acosta <i>et al</i> (2014) ⁽³⁶⁾	Dor orofacial	Depressão	Multidisciplinar	
Martins-Basseto (2004) ⁽³⁹⁾	Cefaleia, zumbido	Ansiedade		

4 DISCUSSÃO

O levantamento permitiu identificar que os sintomas mais comuns da DTM são a curvatura cervical, ruídos, cefaleia tensional, zumbido e dor orofacial. Há, no entanto, alguns poucos estudos, como o de Minghelli, que não encontraram relações entre os sintomas acima citados e a DTM. Minghelli, por exemplo, não encontrou nenhuma associação significativa entre DTM e alterações na coluna cervical. Porém, tal resultado pode ser devido ao método de pesquisa empregado, que consistiu na avaliação postural – erros do avaliador podem ter ocorrido por tratar-se de um método subjetivo, que não continha medidas exatas ou modo de avaliação padronizado.⁽¹⁴⁾

A maioria dos estudos da área apresentam resultados diferentes dos obtidos por Minghelli. Ao analisar a relação crânio e a coluna cervical, esses estudos identificaram que os músculos mastigatórios estão associados com a musculatura do pescoço e tronco e que a posição da parte anterior da cabeça e acompanhada por alterações no posicionamento da mandíbula. Quando acontece um elevado nível de tensão muscular associado com hábitos parafuncionais acarreta uma excessiva contração dos músculos mastigatórios, isso pode provocar o deslocamento da mandíbula para cima e para trás, podendo levar a algumas consequências como microtraumas articulares e musculares induzindo a um processo inflamatório afetando a coluna e conseqüentemente levando a sua alteração.

Um dos sintomas citados nos artigos analisados foram os ruídos, pois pacientes com DTM tendem dar estalos, devido ao mau posicionamento da cartilagem articular. Isso acontece no momento da abertura da boca, no qual ocorre o deslocamento do côndilo da mandíbula superior.⁽¹⁷⁾

Na associação entre a DTM e a cefaleia, esta pode ter como etiologia, de acordo com estudos, em uma disfunção patológica neural ou vascular e estar vinculada a dores mandibulares e na região cervical. Entretanto, a cefaleia pode se originar de uma incidência dolorosa da ATM e músculos adjacentes. Um detalhe importante é que há mais que um tipo de cefaleia e que estas podem se associar à DTM e aos transtornos emocionais como a ansiedade, a irritabilidade, ao estresse e a depressão, sem que, precisamente, sejam a causa e consequência da DTM, apesar de tais fatores poderem causar a piora da dor, do desconforto, da irritação e levar à baixa autoestima.^(13,18,19,20,21)

Estudos demonstram uma associação entre DTM e zumbido/zumbido e depressão. É que impulsos dolorosos originados da face, ATM e pescoço podem aumentar a atividade do núcleo coclear das vias auditivas levando o paciente a um nível depressivo. A correlação

entre níveis elevados de depressão e zumbido é possível de ser bidirecional. O autor acredita que pessoas altamente depressivas são menos tolerantes ao zumbido e que o zumbido poderá também levar a um aumento do nível de depressão tornando assim um “giro vicioso” na vida do paciente, ou seja, a DTM está aliada a um nível alto de depressão e esta, por sua vez, pode estar aliada com dolorosa DTM.⁽²²⁾

Fatores anatômicos e patofisiológicos, má oclusão, hábitos parafuncionais, estresse emocional, traumas, lesões musculoesqueléticas são responsáveis por causar e intensificar problemas na DTM causando dor orofacial.⁽²³⁾ As dores orofaciais vão estar associadas a diferentes níveis de ansiedade, depressão e, sobretudo, como o paciente enfrentará a doença, pois a mesma provoca intenso sofrimento e incapacidade.⁽²⁴⁾

No entanto, apesar desses sintomas clínicos serem os mais comuns dentre os artigos citados, a presença isolada de cada um deles não define a existência da DTM.

Praticamente todos os artigos analisados para o presente trabalho apontaram correlações entre transtornos psicológicos e DTM. Nenhum desses estudos, no entanto, fez manipulações que permitam atribuir qualquer relação causal entre ambos os distúrbios. Não se pode, dessa forma, assegurar que a depressão, por exemplo, acontece devido à DTM ou que a DTM é consequência da depressão ou ainda que elas tenham suas origens em uma terceira variável comum. Não foi esclarecido ainda na literatura de que forma as desordens temporomandibulares são associadas à depressão e de que maneira a depressão pode atuar no início de tais desordens e como contribui para a manutenção do problema.

Tal constatação (ausência de relação causal entre DTM e transtornos psicológicos) se aplica não só à depressão, mas também à ansiedade e ao estresse.

Outro fator evidenciado no levantamento refere-se ao fato de que pacientes que não apresentaram uma boa resposta ao tratamento da DTM, apresentavam depressão. Diante disso, é possível levantar a hipótese de que a depressão influencia os resultados obtidos nos tratamentos da DTM e, nesse caso especificamente, torna os pacientes menos responsivos às intervenções odontológicas.⁽²⁵⁾

No que se refere à correlação entre ansiedade e DTM, está evidente nos resultados dos estudos analisados, que não se pode afirmar que a ansiedade provocou ou mesmo foi uma decorrência da DTM.

Em um dos estudos realizado sobre a ansiedade, ela é considerada uma característica da DTM de sintomatologia aguda. Em outro estudo, considerou-se a ansiedade uma característica de uma DTM de sintomatológica crônica. É provável que as DTM crônicas e dolorosas detenham grande parte dos sintomas e podem levar a uma condição aguda em seus diferentes aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais normalmente vinculados a estas desordens.⁽⁴⁾

Há autores que consideraram a ansiedade e a depressão como fatores causadores da DTM e não apenas características da DTM ou co-morbidade da mesma, apesar de não terem realizado nenhuma manipulação experimental que permita tal afirmação. Essa suposição baseia-se no fato de que a ansiedade e a depressão podem favorecer o desenvolvimento de hábitos parafuncionais e tensão muscular, o que resultaria em uma hiperatividade muscular e assim desencadearia a DTM.⁽¹⁴⁾

A presença do estresse excessivo pode influenciar o desenvolvimento da DTM, pois o estresse, muitas vezes, favorece o bruxismo. O bruxismo, por sua vez, produz uma hiperatividade muscular que desencadeia ou agrava a DTM. Contudo, paciente com bruxismo não manifesta qualquer sintomatologia de DTM, entretanto pacientes com sintomatologia de DTM apresentam bruxismo.^(7, 22)

Teve autores que colocaram depressão e ansiedade em uma mesma categoria de transtornos psicológicos, muito provavelmente, isso ocorreu devido ao fato de a ansiedade ser comorbidade da depressão em 90% dos casos. Dessa forma é difícil separar o quanto a ansiedade apenas ou a depressão apenas contribuem ou estão correlacionadas isoladamente à DTM.^(4,8,16,24,26,27)

Diante dos dados analisados entre os fatores psicológicos evidenciados através da sintomatologia associada ao acometimento da DTM, evidencia-se que supostamente a disfunção temporomandibular pode ser um processo de adoecimento psicossomático.⁽²⁸⁾

Em relação ao fato da DTM estar associada à doença psicossomática, é preciso compreender que a sintomatologia da doença é complexa, de origem multifatorial, e está muitas vezes associada aos fatores emocionais do paciente. O tratamento não pode limitar-se apenas a abordagem dos sintomas clínicos odontológicos. Para o tratamento ser efetivo é preciso que fatores desencadeantes da doença devam ser levados em consideração e com o olhar multiprofissional.⁽¹³⁾

No levantamento bibliográfico apenas seis estudos apontaram que tratamentos multidisciplinares são mais efetivos. Para os autores os tratamentos multidisciplinares são considerados mais humanizados que tratamentos únicos, pois abordam os pacientes de maneira global, propiciando uma melhora na qualidade de vida e não apenas alívio dos sintomas da DTM.^(2,4,13,23,25,29)

Para um tratamento efetivo é de suma importância o trabalho em equipe de cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, otorrinolaringologista, neurologistas e clínicos da dor, para a avaliação de todos os sintomas e juntos avaliarem os possíveis fatores causais e cada qual em sua área de atuação, intervir.⁽²⁹⁾

No tratamento da DTM, a terapia comportamental cognitiva (TCC) se mostrou bastante eficaz em amenizar o sintoma psíquico. E, em casos de maior intensidade, o uso da amitriptilina indicado pelo dentista, apresentou uma atenuação da dor (28). É importante ressaltar, no entanto, que o uso isolado do medicamento não solucionaria a origem do sintoma psíquico. Para este fim, seria necessária a realização da terapia psicológica.⁽³⁰⁾

Os tratamentos multidisciplinares quando utilizados, apontam para a consciência da inserção do paciente na terapia psicológica logo que o tratamento da DTM seja iniciado pelo odontólogo. Caso contrário, os transtornos psicológicos agravarão o quadro da doença e influenciarão os resultados alcançados pelo tratamento.⁽³¹⁾

No que refere ao tratamento odontológico à utilização de placas oclusais se faz necessário para diminuir sintomas, pois ocorre um relaxamento da musculatura através de uma desprogramação da memória proprioceptiva, reduzindo o grau e presença de episódios de cefaleia lembrando que elas só serão efetivas quando o paciente as estiver usando corretamente. Há também a utilização de palpação manual e algometria de pressão no abrandamento das modificações musculares e articulares, para que haja uma diminuição de sensibilidade dos músculos submetidos à algometria de pressão.⁽³²⁾

De acordo com a OMS, qualidade de vida é definida “como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽³³⁾

Sendo assim, qualidade de vida abrange muitos fatores que em conjunto oferece ao ser humano condições de vida considerada satisfatórias, enfim, fatores que aumentam a expectativa de vida e transforma a sobrevivência em algo prazeroso. De certa forma, qualidade de vida contém a saúde.

Como a Saúde é um fator importante na qualidade de vida, a DTM associada aos diversos sintomas como dor orofacial, cefaleia, zumbido, estalos, juntamente com fatores psicológicos, podem influenciar na qualidade do sono, sofrendo um impacto negativo na qualidade de vida do paciente.^(3,21,23,34)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos estudos analisados apresentaram correlações entre distúrbios psicológicos e DTM. No entanto, as metodologias utilizadas e o tipo de investigações feitas não permitem que relações causais sejam estabelecidas, ou seja, não se pode afirmar que transtornos psicológicos causam DTM ou que DTM causa transtornos psicológicos. Dentre as correlações encontradas, foi possível observar que a incidência de DTM associada a algum tipo de transtorno psicológico é maior no gênero feminino. A maioria dos estudos não fez uma categorização de grau de transtorno psicológico. Sugere-se novas pesquisas que estudam a área faça essa categorização mais específica entre transtornos psicológicos e DTM. Além do valor teórico dessas informações, elas poderiam subsidiar tratamentos mais efetivos.

6 REFERÊNCIAS

1. Santos T, Cervaens M. Relação entre os distúrbios e factores psicológicos e as disfunções temporomandibulares: uma revisão bibliográfica. [Monografia]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. 2013.
2. Bertoli FMP, Antoniuk AS, Bruck I, Xavier GRP, Rodrigues DCB, Losso EM. Avaliação dos sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em crianças com dores de cabeça. *ArqNeuro-Psiquiatr.* 2007;65(2).

3. Resende CMBM, Alves ACM, Coelho LT, Alchieri JC, Roncalli AG, Barbosa GAS. Qualidade de vida e saúde em geral em pacientes com disfunção temporomandibular. *Braz Res orais*. 2013;27(2).
4. Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT, Ferraz Júnior AML, Ferreira LA. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares: revisão de literatura. *RFO*. 2009;14(3):262-267.
5. Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL, Farias ABL, Fontes LBC, Nascimento SR, et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. *Rev Dor*. 2012;13(3):235-42.
6. Toledo BAS, Capote TSO, Campos JADB. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. *CiencOdontol Bras*. 2008;11(4).
7. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Revbras de epidemiologia*. 2007;10(2).
8. Simm W, Lopes IKC. Avaliação e correlação entre sintomas de disfunção temporomandibular e o índice de ansiedade e depressão em alunos do curso de odontologia do Centro Universitário de Maringá. In: *Anais do VII Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*; 2011; Maringá, BR. Maringá: Editora CESUMAR, 2011.
9. Marchiori AV, Garcia AR, Zuim PRJ, Fernandes AUR, Cunha LDP. Prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e ansiedade: estudantes brasileiros do ensino fundamental. *RGO*. 2007;55(3):257-262.

10. Ricardo Filho A, Belfort NLN. Interdisciplinaridade no tratamento de disfunções temporomandibulares. Nova Fisio [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 03 jul 2015]. Disponível em: <http://www.novafisio.com.br/interdisciplinaridade-no-tratamento-de-disfuncoes-temporomandibulares/>
11. Grazziano ES, Bianchi ER. F. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. *RevLatinoAmEnferm*. 2004;12(2).
12. DSM-IV-TRTM - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Cláudia Dornelles (trad.). 4a ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
13. Fonseca AA, Coutinho MPL, Azevedo RLW. Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *PsicolReflexCrit*. 2008;21(3).
14. Fernandes G, Gonçalves DAG, Siqueira JTT, Camparis CM. Desordens temporomandibulares dolorosas, auto-referiram zumbido e depressão são altamente associados. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2013;71(12).
15. Zuardi AW. Fisiologia do estresse e sua influência na saúde. 2015 [acesso em: 20 abr 2015]. Disponível em: <http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf>
16. Silva JAMG, Dibai Filho AV, Machado AA, Oliveira LEM, Navega MT. Correlação entre autoestima e grau de severidade da disfunção temporomandibular em sujeitos controle e afetados. *Revodontol UNESP*. 2012;41(6).
17. Lipp MEN, Tanganelli MS. Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicol. Reflex. Crit*. 2002;15(3):537-548.

18. Anselmo SM. Estudo da Correlação dos Distúrbios Psiquiátricos Menores e as Desordens Temporomandibulares [Dissertação]. Piracicaba:Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2003.
19. Kuroiwai DN, Marinelli JG, Rampani MS, Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey. *Rev. Dor.* 2011;12(2).
20. Castro AR, Siqueira SRDT, Perissinotti DMN, Siqueira JTT. Avaliação psicológica e lidar com neuralgia do trigêmeo e desordem temporomandibular. *ArqNeuro-Psiquiatr.* 2008;66(3b).
21. Kuhnen M, Jardim ATB. Prevalência de ansiedade e/ ou depressão em pacientes com disfunção temporomandibular, cefaleia tipo tensional e migrânea. *Anuário da Prod de InicCient Discente.* 2001;14(26).
22. Minghelli B, Kiselova L, Pereira C. Associação entre os sintomas da disfunção temporomandibular com factores psicológicos e alterações na coluna cervical em alunos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve. *RevPort de Saúde Públ.* 2011;29(2).
23. Franco AL, Godoi DA, Castanharo SM, Camparis CM. Interação entre cefaleias e disfunção temporomandibular: uma revisão da literatura. *Rev de Odont da UNESP.* 2008;37(4):401-406.
24. Silva Júnior AA, Brandão KV, Faleiros BE, Tavares RM, Lara RP, Januzzi E, et al. Desordens temporomandibulares são importante comorbidade da enxaqueca e pode ser clinicamente difícil distingui-los a partir de cefaleia do tipo tensional. *ArqNeuro-Psiquiatr.* 2014;72(2).

25. Gomes MB, Guimarães FC, Guimarães SMR, Claro Neves AC. Limiar de dor à pressão em pacientes com cefaleia tensional e disfunção temporomandibular. *CiencOdontol Bras.* 2006;9(4):84-91.
26. Moreno BGD, Maluf SA, Marques AP; Crivello-Júnior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Revbrasfisioter.* 2009;13(3).
27. Selaimen C, Brilhante DP, Grossi ML, Grossi PK. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. *Ciênc& Saúde Coletiva.* 2007;12(6):1629-1639.
28. Cerchiari, EAN. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicol. cienc. prof.* 2000;20(4).
29. Santos CMT, Pereira CU, Tôrres PTRL, Matos THA, Silva MFO, Oliveira DP. Cefaleia e disfunção têmporo-mandibular. *RBM.* 2013;70(7):272-277.
30. Donnarumma, MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev. CEFAC.* 2010;12(5).
31. Germano Z. Reflexões sobre uma experiência de supervisão em psicoterapia de orientação analítica. *Psicol. Ensino & Form.* 2010;1(2).
32. Calderon PS, Tabaquim MLM, Oliveira LC, Camargo APA, Ramos Neto TC, Conti PCR. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental e amitriptilina em pacientes com desordens temporomandibulares crônicas: um estudo piloto. *Braz Dent J.* 2011;22(5).

33. Aroucha JMCNL, Ximenes RCC, Vasconcelos FMN, Nery MW, Sougey EB. Disfunção Temporomandibular e transtornos alimentares: uma revisão da literatura. *Tend de Psiquiatria*. 2014;36(1).

34. Seidl EMF, Zannon CML. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Públ*. 2004;20(2).

35. Biasotto-Gonzalez DA, Mendes PCC, Jesus LA, Martins MD. Qualidade de vida em portadores de disfunção temporomandibular: um estudo transversal. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(2):128-32.

36. Acosta VCS, Mateus MFM, Marson FC, Progiante PS. Relação entre disfunção temporomandibular e dor orofacial com variáveis psicossociais e comportamentais em pacientes obesos mórbidos e submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev UNINGÁ Review*. 2014;20(1):07-14.

37. Fernandes AÚR, Garcia AR, Zuim PRJ, Cunha LDAP, Marchiori AV. Desordem temporomandibular e ansiedade em graduandos de odontologia. *Cienc Odontol Bras*. 2007;10(1):70-77.

38. Martins Junior RL, Kerber FC, Stuginski-Barbosa J. Atitudes e conhecimento de médicos cefalíatras em relação à disfunção temporomandibular. *Migrâneas cefaleias*. 2009;12(1):10-15.

39. Martins-Bassetto J, Klagenberg KF, Zeigelboim BS, Jurkiewicz AL, Jacob LCB. Sinais e sintomas otoneurológicos na disfunção temporomandibular. *Distúrbios da Comunicação*. 2004;16(2):167-173.

40. Nascimento MN. Avaliação dos níveis de depressão e dor em pacientes portadores de disfunção temporomandibular – DTM. *Revciencialetr de psicol.*2004;1(2).

41. Schmidt DR, Ferreira VRT. Aspectos Psicológicos Associados à Disfunção Temporomandibular. In: *Anais da VII Mostra de iniciação científica e extensão comunitária; 2014; VI Mostra de pesquisa e pós-graduação IMED; 2014; Passo Fundo, BR. Passo Fundo: IMED; 2014.*