

Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura

Related psychological factors in chronic temporomandibular disorder – literature review

Karla Daniella Malta Ferreira*

Josemar Parreira Guimarães**

Carlos Henrique Theodoro Batista***

Antônio Márcio Lima Ferraz Júnior****

Luciano Ambrosio Ferreira*****

Resumo

A dor é caracterizada como uma expressão multidimensional, envolvendo aspectos quantitativos, sensitivos e emocionais, e as dores orofaciais enquadram-se entre aquelas originadas das desordens temporomandibulares (DTM), frequentemente ligadas a sintomatologia crônica. Tais condições se associam a vários aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais. Esta revisão de literatura tem o objetivo de referir os principais fatores psicológicos que afetam pacientes com DTM de sintomatologia crônica, enfatizando a importância na identificação de fatores emocionais. O diagnóstico depende de um exame clínico criterioso, com vistas a um diagnóstico precoce e identificação de fatores psicológicos do paciente com DTM crônica, os quais são contribuintes para o aparecimento ou perpetuação da desordem por meio do aumento da atividade muscular, presença de fatores cognitivos e comportamentais. Os aspectos psicológicos mais frequentes nesses indivíduos são a depressão e a ansiedade, motivo pelo qual necessitam de intervenção interdisciplinar em razão da natureza físico-psicológica, necessitando da psicologia para otimização do tratamento odontológico.

Palavras-chave: Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular. Doença crônica. Estresse psicológico. Dor. Literatura de revisão como assunto.

Introdução

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial, ou descrita em termos, nos quais não apenas os componentes físicos e químicos envolvidos no evento doloroso são considerados, mas também os aspectos subjetivos e psicológicos, cruciais na compreensão da queixa¹.

Dentre as dores orofaciais têm-se as originadas das desordens temporomandibulares (DTM), cujos sinais e sintomas mais frequentes incluem dor persistente, progressiva, recorrente ou crônica na articulação temporomandibular (ATM), nos ouvidos e nos músculos mastigatórios, associada a limitações ou a outras alterações na abertura bucal, estalidos ou crepitações²⁻⁴. Além disso, a dor crônica originada pela DTM é também relacionada ao estado psicológico dos pacientes, apresentando grande influência no comportamento social e gerando um grande impacto na qualidade de vida⁵.

A DTM é um dos principais motivos pelos quais os pacientes procuram tratamento para dor orofacial de origem não dental⁶. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão da lite-

* Acadêmica-bolsista do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares da FO/UFJF - MG.

** Doutor em Odontologia – Ortodontia pela FO/UFRJ, mestre em Ciências Odontológicas – Ortodontia pela FO/UFRJ, especialista em Patologia Bucal pela FO/UFRJ, professor Adjunto IV – FO/UFJF, coordenador do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares da FO/UFJF - MG.

*** Especialista em Desordem Temporomandibular e Dor Orofacial pela FO/UFJF - MG, especialista em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia Suprema - JF, professor do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares da FO/UFJF - MG.

**** Pós-graduando em Implantodontia pela Faculdade de Odontologia Suprema - JF, aluno do curso de mestrado em Clínica Odontológica pela FO/UFJF, professor do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares da FO/UFJF.

***** Especialista em Imaginologia Dento-Maxilo-Facial pela FO/UFJF, pós-graduando em Acupuntura Tradicional Chinesa pelo Incisa/Imam - JF, professor do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares da FO/UFJF - MG.

ratura na busca por respaldo científico para referir os principais fatores psicológicos em portadores de DTM de sintomatologia crônica, enfatizando sua importância.

Revisão de literatura

Desordem temporomandibular

Segundo a Associação Americana de Dor Orofacial⁷ (2008), a DTM é um termo designado a um subgrupo de dores orofaciais, cujos sinais e sintomas incluem dor ou desconforto na ATM, nos ouvidos, nos músculos mastigatórios de um ou ambos os lados, nos olhos, na face, nas costas e região cervical⁸. Normalmente, a sintomatologia se apresenta de forma variada e associada aos sítios anatômicos que entram em colapso pela desordem. É verificada também a presença de estalido, crepitação, amplitude limitada de movimento e/ou desvios e dificuldade de mastigação^{8,9}. Além dessa diversidade, Ferreira et al.⁸ (2002) citam zumbido no ouvido, fadiga durante a mastigação, mordida desconfortável, saltos, edema nos seios da face, assimetria facial e desgaste dental por hábitos parafuncionais.

Estudos epidemiológicos sobre DTM^{4-6,9,10} apontam que 40 a 60% da população apresentam algum sinal ou sintoma dessa. A idade dos indivíduos acometidos é mais frequente entre vinte e quarenta anos, em proporção mulher: homem de 3:1, chegando até 9:1. Essa proporção bastante expressiva sugere ser relacionada ao fato de as mulheres procurarem mais ajuda quando comparadas aos homens^{5,10}, à presença de receptores de estrógeno na ATM e por se demonstrarem mais susceptíveis ao estresse psicossomático^{11,12} e à influência ao potencial hormonal dos contraceptivos orais¹³.

A etiologia da DTM é considerada complexa e multifatorial^{3,4,9,11}, com a presença de fatores predisponentes, iniciantes e perpetuantes, entre os quais são incluídos o estresse emocional, trauma, instabilidade ortopédica e hiperatividade muscular⁹. Tais condições têm curso evolutivo em dias, meses ou anos, ocasionalmente transitórias e auto-limitantes, agravando-se com a função e/ou hábitos parafuncionais^{3,4,9}.

A literatura descreve que os aspectos emocionais desempenham um importante papel na etiologia e evolução sintomatológica da DTM, contribuindo para o aparecimento ou perpetuação da desordem por meio do aumento da atividade muscular e tensão dos músculos da face. Além disso, fatores cognitivos sugerem influenciar a resposta do indivíduo à dor, ao passo que fatores comportamentais determinam a atitude do paciente, ao mesmo tempo em que a tensão emocional ainda permite iniciar ou agravar o apertamento e o bruxismo^{5,9,14}. Nesse sentido, estudos apontam que a ansiedade e depressão levam à exacerbação dos sintomas e modificam a percepção à dor^{9,13,14}. Seger⁵ (2002) também cita as alterações

emocionais como promotores da perpetuação álgica, as quais tendem a levar ao apertamento dentário frequente, à contração dos músculos mastigatórios, e suscitar danos teciduais aos componentes do sistema estomatognático, criando um ciclo vicioso de dor-estresse-dor.

A demora no diagnóstico e o tratamento incorreto contribuem para o início e a perpetuação de dor⁴. O tratamento bem-sucedido depende da identificação e controle dos fatores etiológicos⁹ e, normalmente, requer a atuação de uma equipe multidisciplinar^{2-5,9,15}, associando abordagens odontológicas com outras áreas, como as que utilizam diferentes terapias físicas, farmacológicas ou comportamentais⁴.

O tratamento físico odontológico baseia-se em ajustes oclusais, cirurgias, uso de aparatologia ortodôntica e placas oclusais². Esta última modalidade de tratamento convencionalmente adotada pelos cirurgiões-dentistas consiste na utilização de um aparelho reversível denominado placa “neuromior-relaxante”, referenciado pelo seu baixo custo, alta efetividade, boa estética, por não ser um método invasivo, de ajuste fácil, além de contribuir para o alívio dos sintomas, proteção contra atrito e de cargas traumáticas¹⁶.

Dor crônica

A dor é um fenômeno que não pode ser mensurável³ e sempre existe quando alguém relata queixa¹⁷. É caracterizada como uma expressão multidimensional, que envolve aspectos quantitativos, sensitivos e emocionais, induzindo as repercussões biopsicossociais desfavoráveis^{3,18}; não possui um órgão individualizado de percepção, mas abrange o corpo como um todo, tendo sua interpretação relacionada ao sistema nervoso central¹⁷.

Normalmente, a dor é dividida clinicamente em aguda ou crônica⁴, de forma que dor aguda é caracterizada como aquela que apresenta curta duração, geralmente associada a uma causa bem definida, com finalidade biológica de proteger e avisar o organismo do perigo e de ataque repentino. Idealmente, finaliza ao fim do tratamento e, se não tratada e diagnosticada em tempo hábil, pode evoluir para a crônica^{5,17-19}. Já a dor crônica é constante, apresenta tratamento difícil e dispendioso, necessita da intervenção de profissionais de diversas áreas da saúde⁹ e está presente há, pelo menos, seis meses^{5,11,15,19,20}; é complexa e não linear, com aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais que reforçam e perpetuam o comportamento⁵, manifestando-se com grande diversidade de apresentações clínicas¹⁸. Para o paciente, a dor crônica tem um significado negativo, relacionado a uma punição, ou positivo, em que é usado para obtenções de ganhos secundários, visto que estar doente firma-se como vantajoso para o indivíduo^{3-5,17,21}.

O processo de cronicidade da dor tem como principal participante o paciente, o qual permite à dor falar por ele²¹, tornando-se cada vez mais o centro

de sua vida. Esses pacientes apresentam distúrbios do sono, fadiga, alteração de concentração e humor, dificuldades nas atividades de vida diária, crenças, atitudes e comportamentos errôneos aprendidos pela experiência de dor aguda^{3,18}.

Siqueira e Teixeira³ (2002) pressupõem que a dor crônica pode estar ligada ao envolvimento psicológico do paciente pelo seu significado emocional, de maneira que o paciente se torna um facilitador e mantenedor da dor pela atuação da dor física como punição, ou pelo fato de que a dor física atua como defesa psicológica, relacionada a ganhos secundários.

A depressão e a ansiedade são os fatores emocionais mais comumente associados à dor crônica, influenciando a percepção e agravando a magnitude da queixa. Esses sintomas se associam a distúrbios do sono, da fome, irritabilidade, flutuação de humor, perda de autoestima e outros quadros de ordem vegetativa, gerando potencial para o suicídio, refletindo em fatores sociais, culturais, psicológicos e comportamentais. Foi relatado que pacientes hipocôndriacos podem se tornar revoltados contra o médico que não cura a doença, ou em relação a sentimentos de perda. A somatização também é bastante frequente, na qual o indivíduo expressa seus problemas psicológicos por meio de sintomas físicos, acrescentando mais uma dificuldade ao tratamento do quadro algico^{3,5,17,18}.

Na situação de dor crônica o tratamento apropriado requer um diagnóstico precoce. A compilação da história clínica, o exame físico detalhado e os exames complementares auxiliam nos diagnósticos etiopatogênico e nosológico dos doentes com dor crônica, assim como na identificação dos fatores que perpetuam ou agravam a dor¹⁸. Siqueira e Teixeira³ (2002) fizeram referência ao uso de instrumentos de autorrelato e escalas visuais que avaliam a dor e o impacto na vida dos indivíduos. Outros autores preconizam ainda a atenção multidisciplinar^{3,5,9,17,18}, em que a terapêutica deve visar à melhora da qualidade de vida, à readaptação e reabilitação social e profissional dos indivíduos¹⁸, interferindo, assim, em todos os fatores autopertpetuantes⁵.

Dor crônica x DTM

A dor é o principal sintoma nos portadores de DTM e, frequentemente, é acompanhada de fatores comportamentais que podem contribuir para seu estabelecimento e manutenção^{4,10}. Assim, sua persistência permite transformá-la numa condição de dor crônica, compartilhando a maioria das características de outras desordens em cronicidade^{2,3}. A dor fala pelo paciente, representa seu sofrimento e conflitos, expressando-se como “maior, mais intensa e mais doída” que a do outro, sendo praticamente impossível que o sujeito não tenha nada a relatar sobre quanto e como o padece²¹. A DTM em cronicidade requer um longo tempo de tratamento e sua etiologia envolve múltiplos sistemas⁵ que precisam ser devidamente identificados³.

Uma DTM de sintomatologia aguda pode evoluir para uma de sintomatologia crônica se não for detectada precocemente ou se o tratamento não obtiver sucesso^{11,15,19}. Para prever a cronicidade deve-se analisar de maneira global um conjunto de fatores físicos e psicológicos inerentes à sintomatologia e ao comportamento dos indivíduos com DTM^{11,20}.

Em relação à frequência de DTM de sintomatologia crônica, Ferreira et al.⁸ (2002) avaliaram o quadro biopsicossocial de pacientes com DTM e relataram que 72% se queixaram de dores presentes por um período acima de seis meses. Isso veio confirmar os dados de Epker et al.²⁰ (1999) e Wright et al.²² (2004), os quais encontraram cronicidade em 71 e 77% da amostra, respectivamente.

As pessoas com maior risco de desenvolverem uma DTM de sintomatologia crônica são as mulheres, indivíduos com desordem muscular, alto índice de dor e de sintomas físicos não específicos^{6,11,19,20,22}.

Os pacientes com dor originada pela DTM, principalmente a crônica, sugerem exibir históricos de maior procura por atendimento assistencial à saúde, uso contínuo de fármacos, inúmeros tratamentos realizados, níveis maiores de ansiedade ou depressão, além de maior índice de conflitos familiares e sociais, o que pode contribuir para o início e perpetuação da dor^{3,4,10}. Um paciente portador de DTM com quadro de dor crônica relata inúmeros e diversos tratamentos, na maioria das vezes pouco satisfatórios²¹.

A depressão, ansiedade, distúrbios do sono, somatização, irritabilidade, flutuações de humor, perda de autoestima são as características emocionais principais presentes em pacientes portadores de DTM de sintomatologia crônica^{3,5,20}. Entre os fatores físicos destacam-se os sintomas não específicos, como a dor de cabeça, dor nas costas, dor de estômago, sudorese e tremores, geralmente associados à somatização de emoções².

Materiais e método

Com determinação clara do tema a ser revisado, as referências das publicações foram obtidas a partir da consulta a bancos de dados comumente utilizados na área da saúde (Pubmed, Medline, Lilacs, BBO), com artigos relevantes à odontologia e suas diversas especialidades, incluindo a DTM. As palavras-chave foram escolhidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) por sua importância na delimitação do tema (*temporomandibular disorder, chronic pain*). Dentre os artigos encontrados foram selecionados para leitura aqueles publicados a partir de 1990.

Resultados

A partir da consulta à literatura foram encontrados 54 artigos relacionados ao tema; após uma seleção mais refinada do assunto, 22 foram utilizados para o embasamento desta revisão de litera-

tura. Os artigos serviram de base para fundamentação teórica e discussão, juntamente com outras publicações e livros que fazem parte das referências bibliográficas.

Discussão

Dentre as condições patológicas crônicas que afetam a região orofacial existem algumas que são associadas à dor persistente e potencialmente debilitantes. As condições de dor orofacial mais prevalentes e dolorosas são as de origem musculoesquelética, dentre as quais está a DTM. Dworkin e Massoth² (1994) quantificam que 95% dos pacientes com DTM que procuravam auxílio profissional o faziam em virtude da dor, relacionada a uma expressão multidimensional com aspectos quantitativos, sensitivos e emocionais^{3,18}, podendo variar de pessoa a pessoa e acarretando diferentes manifestações em cada uma delas. Por esse motivo, a descrição dos fatores emocionais agregados à dor tem sido sempre abordada pelas pesquisas envolvendo pacientes com desordem temporomandibular.

Mesmo com o considerável número de pesquisas sobre esta temática, a identificação dos aspectos psicossociais iniciadores ou modificadores carece de interpretações mais profundas, que poderiam esclarecer este intrincado sistema biocomportamental, no qual a dor de característica crônica teria maior participação.

A distinção básica entre dor aguda e crônica se dá pelo período de duração, sendo a crônica caracterizada quando presente por mais de seis meses^{5,11,15,19,20}. Tal afirmação gera contradição com algumas pesquisas, como a de Siqueira e Teixeira³ (2002), que relataram que a dor já é considerada crônica quando ultrapassa a barreira dos três meses, diferindo de Lobato¹⁷ (1992), que a considera assim quando ultrapassa quatro meses. Esta característica muitas vezes é utilizada na classificação das DTMs, onde se diz que a desordem é de sintomatologia aguda ou crônica^{15,20,22}. Por ser muito controversa a tentativa de identificação da dor crônica, quando for pesquisada, o parâmetro isolado “tempo de dor” deve ser avaliado juntamente com as características psicossomáticas que o acompanham.

Segundo Okeson⁹ (2000), um fator adicional que se deve considerar é a continuidade, pois uma condição algica constante, sem períodos de remissão completa, permite que as manifestações clínicas crônicas ocorram rapidamente. Uma associação entre duração e continuidade do impulso nociceptivo predispõe à cronicidade e, à medida que se desenvolve, os sintomas da desordem se tornam menos locais e passam a ser mais regionais ou globais. Tais dados comprovam a importância para os clínicos da oportunidade para identificação da DTM em estádios precoces, reduzindo, assim, a probabilidade do desenvolvimento da cronicidade da doença²⁰.

Estima-se, pela maioria dos autores, que 40 a 60% da população sofram de DTM^{4-6,9,10}, porém é relatado por Siqueira e Teixeira³ (2002) que o índice na população americana com algum sinal ou sintoma de DTM é de 80%; para Epker et al.²⁰ (1999), este valor varia de 65 a 85%. Contudo, todos os achados demonstram que a DTM é uma condição bastante frequente na população. Quanto às características demográficas (raça, estado civil), não apresentam diferenças significativas quanto ao risco^{11,19,20,22}, opondo-se aos achados de Walber⁶ (2008), que encontraram uma maior incidência no grupo de baixa renda.

A literatura descreve que as DTMs possuem uma dimensão ou natureza etiológica multifatorial^{3,4,9,11}. Muitos autores citam que vários fatores de risco devem ser considerados dentro de um universo mais amplo, ultrapassando a abordagem física isolada^{3,4,9,11}. Nesse contexto, pesquisas revelam alguns fatores emocionais que contribuem para a etiologia das desordens, como a depressão, ansiedade, distúrbios do sono, somatização, irritabilidade, flutuações de humor e perda de autoestima^{3,5,20}. Autores como Gatchel et al.¹⁵ (1996) concordam com a maioria dos fatores citados, porém associam a ansiedade a características de uma DTM de sintomatologia aguda. Por outro lado, Garofalo et al.¹¹ (1998) associam este fator como de característica principal presente na DTM de sintomatologia crônica.

É possível que as DTMs numa condição crônica dolorosa compartilhem a maioria das características de outras desordens também em cronicidade^{2,3} e envolvam vários aspectos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais, comumente agregados a estas desordens¹⁸. Porém, nem sempre há relatos na literatura de alterações significativas da função mandibular observadas durante a execução do exame físico. Por tal motivo, os pacientes não podem ser avaliados somente por esse exame e, sim, analisados num contexto global de sua dor crônica, observando seu comportamento como um todo. Assim, estudos enfatizam que os profissionais precisam dar uma maior atenção à anamnese, usando a percepção e observando gestos e falas dos pacientes, procurando identificar fatores que possam agir perpetuando ou agravando a dor, devendo instruí-los para não praticar automedicação e não modificar atividades de vida diária por conta da dor⁵.

É de comum conclusão a vários estudos que o diagnóstico de DTM deve ser precoce e o tratamento multidisciplinar^{3,5,9,17,18}. Resultados de várias pesquisas apontaram que, se não for detectada precocemente ou se o tratamento não obtiver sucesso, uma DTM de sintomatologia aguda pode evoluir para uma DTM de sintomatologia crônica^{11,15,19}. É ressaltado ainda que pacientes com maior risco de desenvolver uma DTM de sintomatologia crônica precisam de um cuidado especial, como o tratamento cognitivo-comportamental e a intervenção precoce na natureza biopsicossocial²² em decorrência dos

inúmeros fatores biocomportamentais inerentes a esta condição.

Considerações finais

Esta revisão de literatura permite considerar que:

- Para a identificação de fatores que perpetuam e agravam a dor relacionada à DTM, o profissional deve aplicar uma anamnese criteriosa, interpretar os dados físicos e emocionais fornecidos pelo paciente, sua história clínica e não abrir mão de um exame físico detalhado.
- Aspectos psicológicos ou biopsicossociais são fatores contribuintes à manutenção de um quadro de DTM, principalmente na de sintomatologia crônica.
- A depressão e a ansiedade são os principais fatores emocionais associados tanto à DTM quanto à dor crônica na maioria dos estudos que as relacionam.
- Os quadros crônicos de DTM necessitam de intervenção interdisciplinar em razão da natureza físico-psicológica, necessitando da psicologia para otimização do tratamento odontológico.
- Íntima interação entre fatores emocionais e DTM crônica preconiza o diagnóstico precoce para melhor eficácia do tratamento.

Abstract

Pain is characterized as a multidimensional expression, involving quantitative, sensitive and emotional aspects. Orofacial pain is classified in those kinds of pain resulting from Temporomandibular Disorders (TMD), frequently related to chronic symptomatology. Such conditions are associated to various pathophysiological, psychological, social and cultural aspects. The objective of this literature review is to refer the main psychological factors that affect patients with chronic TMD, emphasizing the importance of the identification of emotional factors. The diagnosis depends on a careful clinic examination, aiming at an early diagnosis and the identification of the patient's psychological factors with chronic TMD which are contributing to the onset or perpetuation of the disorder by increasing muscle activity, the presence of cognitive and behavioral factors. The most frequent psychological aspects in these individuals are depression and anxiety that is why they need interdisciplinary intervention because of their physical and psychological nature and need psychology for optimizing the dental treatment.

Key words: Temporomandibular joint dysfunction syndrome. Chronic disease. Psychological stress. Pain. Review literature as topic.

Referências

1. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci* 2003; 11(2):138-43.
2. Dworkin SF, Massoth DL. Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? *J Prosthet Dent* 1994; 72(1):29-38.
3. Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor Orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. 2. ed. Curitiba: Maio; 2002. 673 p.
4. Scarpelli PB. Análise do comportamento de dor em disfunção temporomandibular [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2007.
5. Seger L. Psicologia & Odontologia – uma abordagem integradora. In: Psicologia Aplicada à Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM). São Paulo: Santos; 2002. p. 202-40.
6. Walber LF. Estudo sobre a validade diagnóstica e prognóstica dos critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares (RDC/TMD) [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia; 2008.
7. American Academy of Orofacial Pain. Disponível em: <<http://www.aaop.org/>> Acesso em: 10 de Setembro; 2008.
8. Ferreira LA, Barra VSO, Guimarães SMR. Quadro biopsicossocial de pacientes com desordens temporomandibulares: avaliação do estresse e da qualidade de vida. *Rev Serviço ATM* 2002; 2(1):36-43.
9. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. 500 p.
10. Barros V. Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia; 2005.
11. Garofalo J, Gatchel RJ, Wesley AL, Ellis III E. Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorders using the research diagnostic criteria. *J Am Dent Assoc* 1998; 129:438-45.
12. Phillips JM, Gatchel RJ, Wesley AL, Ellis III E. Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc* 2001; (132):49-56.
13. Monteiro AZ, Rocha ARF. Associação entre fatores psicológicos e desordem temporomandibular. *Rev Serviço ATM* 2003; 3(1):59-63.
14. Moreira MMSM, Alencar FGP, Bussadori CMC. Fatores psicológicos na etiologia da disfunção craniomandibular. *Rev Ass Paul Cirurg Dent* 1998; 52(5):377-81.
15. Gatchel RJ, Garofalo JP, Ellis E, Holt C. Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. *J Am Dent Assoc* 1996; 127:1365-74.
16. Costa MF, Silva SC. Revisão de literatura sobre placas oclusais. Trabalho de Graduação. São José dos Campos: Universidade Vale do Paraíba, Faculdade de Odontologia; 2001.
17. Lobato O. O problema da dor. In: Melo Filho J, editor. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 165-78.
18. Teixeira MJ. Dor: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2006. 562 p.
19. Gatchel RJ, Stowell AW, Wildenstein L, Riggs R, Ellis III E. Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder – related pain. A one-year outcome study. *J Am Dent Assoc* 2006; 137:339-47.
20. Epker J, Gatchel RJ, Ellis III E. A model for predicting chronic TMD: a practical application in clinical settings. *J Am Dent Assoc* 1999; 130:1470-5.

21. Rocha ARF, Silva JCB. A dor e seus dizeres: um outro ponto de interrogação. Rev Serviço ATM 2003; 3(1):69-73.
22. Wright AR, Gatchel RJ, Wildenstein L, Riggs R, Buschang P, Ellis III E. Biopsychosocial differences between high-risk and low-risk patients with acute TMD-related pain. J Am Dent Assoc 2004; 135:474-83.

Endereço para correspondência:

Karla Daniella Malta Ferreira
Rua Evaristo de Sá Alves, 70/401
Bairro Morro da Glória
36035180 Juiz de Fora - MG
Fone: (32) 32184718 / (32) 88030884
E-mail: karlaferreira9@hotmail.com

Recebido: 11/12/2008 Aceito: 24/08/2009