

Patrícia Soares Baltazar Bodoni¹
Mayara dos Santos Baladin²
Amanda Baltazar de Almeida³
Angela de Souza Marques³
Anderson André Francisco³
Bruna Aline de Almeida³
Juliana Aparecida Paulino³
Micheli Bruna Fermino³
Samara Daiane de Souza³
Maria de Lourdes Merighi Tabaquim⁴

GRUPO TERAPÊUTICO COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY GROUP IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

RESUMO

Articulação temporomandibular (ATM), responsável por ligar o maxilar e a mandíbula ao crânio. Distúrbios nessa musculatura, caracterizam Disfunção Temporomandibular (DTM), comprometendo o sistema estomatognático. O objetivo deste estudo, identificar a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em pacientes crônicos de DTM. Participaram 11 pacientes, média de 30,01 anos, 10 femininos e 1 masculino. Realizou-se dez encontros, 1h e 30 min, totalizando 15h, com avaliação pré e pós intervenção, os instrumentos utilizados: questionário DTM, Inventário de Stress, Inventário de Coping, questionário de Qualidade de Vida e Protocolo de Ansiedade e Depressão. Foi operacionalizado um Programa Terapia Cognitivo Comportamental (PTCC) como auxiliador na identificação e percepção dos aspectos associados à dor. Quanto aos resultados obteve-se diminuição de sintomas de ansiedade ($p = 0,01$) e depressão ($p = 0,02$), redução do estresse, fase de alerta ($p = 0,04$), quase exaustão ($p = 0,01$) e exaustão ($p = 0,01$). Os resultados de Coping, indicaram diminuição na habilidade de afastamento ($p = 0,01$). Não houve mudanças significativas na qualidade de vida. Concluiu-se melhoras na sintomatologia depressiva, ansiosa e de estresse. A qualidade de vida e Coping tiveram melhoras discretas. O PTCC proporcionou nova compreensão e perspectiva perante a dor, como importante contribuição para o tratamento DTM

Palavras-chave: Articulação Temporomandibular; Psicoterapia de grupo; Comorbidade

ABSTRACT

Temporomandibular joint (TMJ) responsible for connecting the mandible and jaw to the skull. Disorders in this musculature, characterize Temporomandibular Dysfunction (TMD), compromising the stomatognathic system. Objective: to identify the efficacy of Cognitive Behavioral Intervention in chronic TMD patients. Participated 11 patients, average of 30.01 years old, 10 female and 1 male. Ten meetings, of 1h and 30 minutes, the total amount of 15h, with pre and post intervention evaluation, were used: DTM Questionnaire, Stress Inventory, Coping Inventory, Quality of Life Questionnaire and Anxiety and Depression Protocol. Cognitive Behavioral Therapy Program (CBTP) was implemented as a helper in the identification and perception of aspects associated with pain. The results were obtained decreased anxiety symptoms ($p = 0.01$) and depression ($p = 0.02$), stress reduction, alert phase ($p = 0.04$), near exhaustion ($p = 0.01$) and exhaustion ($p = 0.01$). Results of Coping indicated a decrease in the removal ability ($p = 0.01$), with statistical significance. There were no significant changes in quality of life. It was concluded improvements in depression, anxious and stress symptomatology. Quality of life and Coping had small improvements. CBTP provided a new insight and perspective on pain as an important contribution to TMD treatment

Keywords: Temporomandibular Joint; Comorbidity; Psychotherapy Group

¹ Mestrado - (PROFESSOR) - Bauru - SP - Brasil.

² Mestrado - (Mestrado).

³ Graduação - (Graduada).

⁴ Livre Docente - (Professora Associada-Livre Docente).

Correspondência:

Patrícia Soares Baltazar Bodoni.
Instituição: Universidade de São Paulo/ HRAC e
Faculdade Anhanguera de Bauru.
Rua Maria José Losnak 4-39 Parque São Geraldo.
Bauru, São Paulo.
CEP: 17021-082.
E-mail: patriciabodoni@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de
Gestão de Publicações) da RBTC em 04 de julho
de 2018. cod. 667.

Artigo aceito em 27 de agosto de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20180019

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é responsável por ligar o maxilar e a mandíbula ao crânio. É uma das articulações mais complexas do corpo humano, que desempenha a função de mastigação, deglutição e fonação (Rizzolo & Madeira, 2015). Quando há desordens nessa musculatura, ocorre a denominada Disfunção Temporomandibular (DTM). Essa disfunção é de origem multifatorial e compromete os músculos da mastigação, as articulações temporomandibulares e estruturas anatômicas no sistema estomatognático. Em decorrência desse comprometimento, o processo de deglutição ocasiona dores crônicas, estalos e ruídos em torno da articulação comprometida (Avrella et al., 2014; Resende et al., 2013).

A DTM está relacionada a diferentes sintomas, podendo ser psicológicos, cognitivos e físicos. Em relação às condições físicas, a literatura relata dor miofascial, deslocamento do disco, dor nas articulações e degeneração ou inflamação da ATM (Resende et al., 2013). As condições psicológicas interferem diretamente no aspecto emocional das pessoas acometidas, podendo haver descontrole por impulso emocional, isolamento social, ansiedade e tristeza; quanto aos sintomas cognitivos, pode estar associada a pensamentos automáticos e crenças irreais (Massena & Frassetto, 2015; Calderon et al., 2011).

Se a DTM não for tratada precocemente, seu quadro clínico pode evoluir e se associar à outras patologias, caracterizando comorbidades. Os mais comuns são os Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Humor: Depressão, Distúrbios do Sono e baixos índices de Qualidade de Vida (QV). Portanto, torna-se importante identificar a condição atual do sujeito diagnosticado com DTM, bem como as variáveis interferentes para essa condição (Calderon et al., 2011).

A dor em decorrência da DTM, pode ser compreendida tanto como um estado físico como cognitivo, temporária (aguda) como permanente (crônica), gerando consequências que variam de acordo com o grau e intensidade. A pessoa acometida pela dor crônica, com o passar do tempo perde sua qualidade de vida, tornando-se vulnerável ao desenvolvimento de distúrbios psíquicos associados, dentre esses a depressão. O aparecimento de comorbidades da DTM com a depressão, pode ser tanto pelas alterações fisiológicas, como também pelo isolamento social e vulnerabilidade provocadas pela dor (Rodrigues, Brisky & Soczek, 2017). A percepção da dor não ocorre somente por vias biológicas, mas também por vias psicológicas e cognitivas. (Marques, Stefanello, Mendonça & Furlaneto, 2013; Pinheiro, Uchida, Mathias, Perez & Cordeiro, 2014; Braga & Souza, 2016).

A DTM também pode provocar o surgimento de níveis elevados de estresse e ansiedade, em decorrência de seus sinais e sintomas serem contínuos e crônicos. Dessa forma, estresse e ansiedade associados a uma condição de DTM podem contribuir para o prolongamento e intensidade da dor por meio da alteração de impulsos nociceptivos do sistema nervoso central e da liberação de neurotransmissores (Schmidt, Ferreira & Wagner, 2015).

Entretanto, estudos evidenciam condições de DTM originárias do estresse e da ansiedade (Graciola & Silveira, 2015; Pinheiro, Uchida, Mathias, Perez & Cordeiro, 2014; Braga & Souza, 2016). O estresse e a ansiedade como condições primárias desencadeiam o aparecimento de hábitos parafuncionais, tais como: apertar e/ou ranger os dentes, mastigar chicletes, morder bochecha, lábios e língua, pressionar a língua contra os dentes, morder unhas/cutícula, roer objetos como lápis/canetas ou outros, que prejudicam a ATM. Tais hábitos promovem um aumento muscular desnecessário, alterando o fluxo sanguíneo normal dos tecidos musculares, ocasionando acúmulo de produtos metabólicos nas células destes tecidos, acarretando sintomas de fadiga, dor e espasmo, atuando como fatores desencadeantes para a DTM (Bortolletto, Moreira & Madureira, 2013; Resende et al., 2013).

Geralmente pessoas acometidas pela DTM apresentam limitações em suas atividades diárias e isso contribui diretamente para a piora da qualidade de vida (Resende et al., 2013). Tanto a manutenção de QV, como o tratamento de doenças associadas, tais como o estresse, ansiedade e depressão, devem se basear em tratamentos medicamentosos para minimizar os diferentes sintomas, porém, apenas o tratamento medicamentoso isolado não proporciona o seu controle. Será necessário a utilização de estratégias de enfrentamento para lidar com a dor, hábitos parafuncionais, dentre outras condições dificultadoras. Essas estratégias de enfrentamento, podem ser as conhecidas como *Coping*, que são métodos conscientes e pensados para regular emoções negativas e gerenciar situações exigentes (Gadanh, 2014).

O processo de desenvolvimento do coping envolve quatro características principais: a) interação do indivíduo com o ambiente; b) administração da situação estressora; c) avaliação da situação; d) mobilização de esforços, através dos quais os indivíduos irão empreender ações cognitivas e comportamentais para administrar as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980). Coping, pode ser entendido como lutar com sucesso ou em igualdade de condições, se for traduzido do verbo inglês *to cope*, cujo significado também pode ser descrito como a ação de lidar adequadamente com uma situação, superando as dificuldades ou limites, porém o termo *coping*, foi mantido sem tradução para sua melhor compreensão (Bussler, 2016).

Considerando as limitações físicas, funcionais e comorbidades causadas pela DTM, se discute melhores protocolos para o seu tratamento, que visem alcançar um modelo biopsicossocial e interdisciplinar. Por envolver diferentes etiologias, estruturas e sinais clínicos, o tratamento para a DTM é muito heterogêneo, respeitando as diferenças de cada caso (Resende et al., 2013).

Dentre as possibilidades de tratamento, a intervenção psicológica, baseada na abordagem Cognitivo Comportamental, juntamente com intervenções interdisciplinares, odontológicas, fonoaudiológicas, fisioterapêuticas, dentre outras, é uma das opções para melhor reabilitação e prognóstico aos pacientes acometidos por tal disfunção, já que essas diferentes formas de intervenção se complementam (Avrella et al., 2014).

No plano terapêutico a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), atua como auxiliadora no processo de identificação e percepção dos aspectos que exercem grande influência na dor. A TCC possibilita o reconhecimento de pensamentos e comportamentos associados à dor e que, principalmente, a mantém. Quando o indivíduo identifica a influência dos seus pensamentos e comportamentos no desencadeamento da dor, este tende a modificar comportamentos inadequados e não assertivos. A Terapia Cognitiva Comportamental focaliza a alteração de padrões de pensamentos, concepções e comportamentos inadequados, influenciando uma modificação de comportamento no indivíduo, por meio da combinação de técnicas cognitivas e comportamentais (Peron & Sartes, 2015).

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo identificar a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental nos sintomas físicos, psicológicos, cognitivos e sociais em pacientes com Disfunção Temporomandibular crônica.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo teve como delineamento científico a pesquisa quase-experimental, decorrente do projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Anhanguera de Bauru, sob o número CAAE 90654918.0.0000.5493, atendendo à resolução do CNS 466/12.

Foram adotados os procedimentos éticos e os pacientes convidados a participar do estudo. A princípio a amostra foi composta por 17 indivíduos diagnosticados com Disfunção Temporomandibular – DTM, que buscaram o serviço escola para acompanhamento psicológico da DTM. Estes 17 participantes preencheram os critérios de inclusão, tais como: Diagnóstico de DTM e faixa etária acima de 16 anos, bem como critérios de exclusão: não participarem de outro processo psicoterapêutico simultaneamente a esse oferecido.

Deste grupo, 11 indivíduos realizaram a pré-avaliação, a intervenção e a avaliação pós-intervenção, os demais (6 participantes) não finalizaram o programa e as avaliações pós-intervenção. Dessa forma, foram apresentados resultados de 11 participantes que concluíram o programa interventivo, com média de idade foi de 30,01 anos, sendo 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Quanto aos critérios diagnósticos, uma equipe de Fonoaudiologia, treinada para identifica-los, avaliaram os pacientes e consideraram: dor persistente ocorrendo com certa frequência, dificuldade em abrir a boca e mastigar, e, ruídos persistentes, adotando a classificação de *ausência, leve, moderada e severa*, de acordo com o Critério diagnóstico DTM (Fonseca, Bonfante, Valle & Freitas, 1994). Todos os participantes foram atendidos previamente e diagnosticados por essa equipe antes de iniciarem o Programa de Terapia Cognitivo Comportamental para DTM (PTCC-DTM).

A avaliação pré-intervenção consistiu na utilização dos seguintes instrumentos: 1. Inventário de sintomas de stress para adultos (Lipp, 2000); 2. Inventário de estratégias de Coping (Folkman & Lazarus, 1980). Versão Brasileira do Questionário de qualidade de Vida – SF-36 (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão & Quaresma, 1999); 4. BAI e BDI das Escalas de Ansiedade e Depressão (Beck, Steer & Brown et al, 1996). Após a intervenção remediativa, os instrumentos foram reaplicados, visando a comparação dos resultados.

O PTCC-DTM foi desenvolvido em dez encontros de 1h30min (perfazendo um tempo total de 10h30min para cada participante), realizados em dois grupos de 5 e 6 participantes, alocados nos grupos de maneira randomizada. As avaliações do PTCC-DTM seguiram os mesmos critérios avaliativos e a sistemática de intervenção para ambos os grupos, seguiu uma linha cognitivista-comportamental, abordando a dor como foco do problema, enfatizando a auto regulação na forma como o indivíduo avalia a situação estressora (Calderon, 2008).

O primeiro encontro consistiu na apresentação do programa, contrato terapêutico, e avaliação preliminar (dor, depressão, ansiedade, estresse, coping e Q.V). O segundo encontro, no reconhecimento de repertórios, conceitos de dor e DTM e aplicação da técnica de relaxamento; no terceiro, quarto, quinto e sexto encontros foi desenvolvida a reestruturação cognitiva, por meio da identificação de pensamentos automáticos, sentimentos e comportamentos, análise do problema, identificação de situações estressoras e comportamentos manifestos decorrentes; no sétimo encontro, treino de classes de Habilidades Sociais, como a assertividade, para a expressão de sentimentos ajustados às contingências ambientais, estratégias para diminuição da dor e facilitação do convívio social. No oitavo encontro, realizou-se o treino de autonomia, análise sobre as estratégias utilizadas, e o estabelecimento de tarefas baseadas no conceito de independência e motivação para novos alvos terapêuticos. O nono encontro foi dedicado à reavaliação (pós testagem), utilizando a metodologia utilizada na avaliação preliminar. No décimo encontro foi realizado o feedback individualmente, por meio do relato do desempenho do participante em relação ao grupo e aos resultados dos testes. Os participantes diagnosticados com necessidade de uma continuidade de intervenção psicológica foram encaminhados para atendimentos psicoterapêuticos individuais na próprio serviço-escola e comunidade.

Na caracterização da amostra foi considerada a média e o desvio-padrão para as variáveis quantitativas e a porcentagem para as variáveis qualitativas. Para a comparação do desempenho do grupo nos momentos pré e pós intervenção foi utilizado o Teste de *Wilcoxon*. A associação entre as variáveis foi realizada com o Teste de Correlação de *Spearman*. O nível de significância adotado em todas as comparações foi de 5%.

RESULTADOS

Para a caracterização da amostra foi construído o perfil sociodemográfico, identificando o sexo, a idade, a escolaridade do estado civil e a atividade profissional remunerada dos participantes, assim como, a condição clínica por meio da classificação da DTM.

A amostra composta por 11 participantes, predominantemente do sexo feminino (90%), média de idade de 30,01 (DP = 11,14), estado civil solteiro (63,6%), escolaridade do ensino médio completo (54,5%), e não exercendo atividade remunerada (54,4%). A avaliação da classificação do DTM antes do início do tratamento indicou 72,7% na condição moderada-grave indicando condição de dor significativa para a maioria dos participantes. Os achados são apresentados na Tabela 1.

Após o programa de intervenção, os participantes foram reavaliados quanto ao coping, níveis de ansiedade, depressão, sintomatologia de estresse e qualidade de vida. Os resultados comparativos da pré e pós avaliação, são demonstrados na Tabela 2, com média (M), desvio padrão (DP), o valor dos postos (T), a medida do efeito (Z) e o p-value, com as diferenças consideradas estatisticamente por meio da Correlação de *Spearman*.

Os dados obtidos com a avaliação psicológica foram comparados nos momentos pré e pós intervenção. Os níveis de ansiedade apresentaram mudanças significativas ($p = 0,01$), assim como os níveis de depressão ($p = 0,02$). O número de sintomas de estresse elencados pelos participantes também

apresentou redução significativa, tanto na ordem física, quanto psicológica, da fase de alerta ($p = 0,04$), fase de quase exaustão ($p = 0,01$) e fase de exaustão ($p = 0,01$). Quando avaliadas as habilidades de coping, os resultados indicaram que houve diminuição significativa na habilidade de afastamento ($p = 0,01$). Os outros domínios, como, confronto ($p = 0,17$), autocontrole ($p = 0,33$), suporte social ($p = 0,80$), aceitação de responsabilidade ($p = 0,80$), fuga e esquiva ($p = 0,11$), resolução de problemas ($p = 0,29$) e reavaliação positiva ($P = 0,16$) não apresentaram mudanças significativas após a intervenção, assim como os níveis de qualidade de vida, Tabela 2.

A correlação entre os resultados pós avaliação apontou correlação negativa moderada entre a classificação da DTM e os níveis de afastamento do questionário de coping ($r = -0,67$). Os níveis de depressão apresentaram correlação negativa moderada com o índice de reavaliação positiva ($r = -0,65$) e em relação à qualidade de vida, correlação negativa moderada com aspectos da vitalidade ($-0,78$) e saúde mental ($r = -0,71$). Os níveis de ansiedade apresentaram correlação negativa moderada com aspectos do coping em reavaliação positiva ($r = -0,70$); em relação à qualidade de vida a correlação foi negativa moderada em limitação por aspectos físicos ($r = -0,80$), dor ($r = -0,80$), vitalidade ($r = -0,61$), aspectos sociais ($r = -0,66$) e saúde mental ($r = -0,76$); a correlação em relação aos sintomas de stress de alerta somando os físicos e psicológicos foi moderada ($r = 0,75$), em relação aos sintomas de quase exaustão a correlação foi moderada ($r = 0,69$), assim como em relação à exaustão ($r = 0,72$).

Tabela 1. Perfil sócio demográfico e clínico da amostra.

Caracterização da amostra	n	%
SEXO		
Feminino	10	90,91
Masculino	1	9,09
IDADE		
	Média: 30,01 ($\pm 11,14$)	
CLASSIFICAÇÃO DA DTM		
Leve	3	27,3
Moderada	6	54,5
Severa	2	18,20
ATIVIDADE REMUNERADA		
exerce	5	45,6
não exerce	6	54,4
ESCOLARIDADE		
Ensino Superior Completo	4	36,4
Ensino Médio Completo	6	54,6
Ensino Fundamental Completo	1	9
ESTADO CIVIL		
Solteiro	7	63,6
casado	4	36,4

Tabela 2. Comparação da performance do grupo pré e pós intervenção

Domínio avaliado	1ª avaliação	2ª avaliação	T	Z	p-value
	M (DP)	M (DP)			
COPING					
Confronto	1,1 (0,49)	0,82 (0,55)	11,00	1,36	0,17
Afastamento	1,11 (0,53)	0,54 (0,49)	0,00	2,67	0,01
Autocontrole	1,3 (0,57)	1,09 (0,60)	22,00	0,98	0,33
Suporte social	1,75 (0,63)	1,78 (0,53)	25,00	0,25	0,80
Aceitação de responsabilidade	1,6 (0,42)	1,13 (0,65)	13,50	1,73	0,08
Fuga e esquiva	2,21 (0,95)	1,45 (0,79)	12,00	1,58	0,11
Resolução de problemas	2,05 (0,80)	1,93 (0,69)	10,50	1,05	0,29
Reavaliação positiva	1,52 (0,59)	1,29 (0,61)	8,00	1,40	0,16
BAI					
Nível de ansiedade	12,82 (4,31)	6,18 (4,09)	3,00	2,67	0,01
BDI					
Nível de depressão	12 (6,54)	7,18 (6,79)	7,00	2,31	0,02
ISSL					
Sintomas estresse fase de alerta	4,55 (1,51)	2,73 (1,90)	9,50	2,09	0,04
Sintomas estresse fase quase exaustão	5,73 (2,61)	3,82 (2,96)	3,00	2,50	0,01
Sintomas estresse fase exaustão	7,64 (3,32)	4,91 (3,73)	0,00	2,80	0,01
QUALIDADE DE VIDA					
Capacidade Funcional	86,82 (13,47)	75,54 (31,12)	15,00	0,42	0,67
Limitação por aspectos físicos	65 (36,4)	77,27 (28,4)	12,00	0,84	0,40
Dor	60 (18,8)	63,36 (19,33)	20,00	0,30	0,77
Estado geral de saúde	59 (20,04)	70,45 (13,79)	11,00	1,68	0,09
Vitalidade	54,54 (17,39)	64,54 (21,85)	15,50	1,22	0,22
Aspectos sociais	70,41 (23,86)	72,13 (23,97)	26,50	0,10	0,92
Limitação por aspectos sociais	60,45 (35,96)	48,27 (37,64)	11,50	0,91	0,36
Saúde mental	66,91 (15,19)	79,91 (16,01)	12,00	1,87	0,06

Os níveis de estresse de alerta se correlacionaram com o índice de reavaliação positiva de coping de maneira moderada e negativa ($r = -0,63$) e qualidade de vida em limitação por aspectos físicos ($r = -0,89$) e dor ($r = -0,86$); os níveis de estresse de quase exaustão tiveram correlação moderada negativa com qualidade de vida em limitação por aspectos físicos ($r = -0,62$), em dor ($r = -0,67$) e em limitação por aspectos sociais ($r = -0,60$); e em exaustão, correlação moderada negativa com habilidade de confronto do coping ($r = -0,69$), e limitação por aspectos físicos ($r = -0,74$) e saúde mental ($r = -0,62$) do questionário de qualidade de vida.

DISCUSSÃO

O aumento das dores orofaciais crônicas relacionadas à DTM tem merecido maior destaque nas investigações em saúde pública. Resende et al. (2013), identificaram no seu estudo foram a evolução nas avaliações pré e pós intervenção em função das suas comorbidades (Depressão, Ansiedade e Stress) e uma análise geral com relação à Qualidade de Vida (Q.V) e as estratégias de enfrentamento desta condição.

No presente estudo, a maioria dos participantes foram mulheres (90,9%) e os níveis de DTM em moderado e severo atingiram 72,7% dos participantes, sendo um número significativo em função da presença de sintomas. Em um estudo sobre DTM e Estresse com 515 estudantes, a amostra representou: 76,8% do sexo feminino, com média de idade de 24 ± 7 anos. Em relação ao estado civil, 87,9% eram solteiros e com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos, sendo que o grau mais evidente foi a DTM moderada e grave. (Augusto, Perina, Penha, Santos & Oliveira, 2016)

A análise do inventário de qualidade de vida SF-36 no momento pré-intervenção indicou índice abaixo do esperado. Dentre as subcategorias avaliadas pelo instrumento, apenas capacidade funcional e aspectos sociais se mostraram acima do limiar 70 (em uma escala de 0 a 100) sendo um índice esperado para Q.V. Quanto aos aspectos: limitação por aspectos físicos (65), dor (60), Estado Geral de Saúde (59), Vitalidade (54,54), Limitações por Aspectos Sociais (60,45) e saúde mental (66,91), indicaram índices baixos, menores que 70.

Para o estudo de Lemos, Paulino, Forte, Beltrão e Batista, (2015) com 135 universitários, quanto maior o grau de comprometimento da DTM, maior o impacto nos aspectos que levam a índices mais altos de Q.V relacionada com a saúde oral. A mesma evidência foi apontada pelo estudo, de Rodrigues, Magri, Melchior e Mazeto, (2015) com 80 pacientes diagnosticados com DTM e o impacto dessa disfunção na Q.V, os aspectos, dor e desconforto psicológico, foram os que apontaram índices mais baixos. Outro estudo realizado com 303 estudantes, com idade de 15 a 19 anos de escolas públicas, os pesquisadores constataram que os alunos com sinais clínicos de DTM em comparação aos que não tinham DTM, também apresentaram escores mais baixos nos aspectos: dor e prevalência de fatores emocionais, cujo resultados evidenciaram a interferência negativa destes aspectos na qualidade de vida (Paulino et al., 2018).

Quanto ao índice de ansiedade, na avaliação pré-intervenção, constatou-se uma média de 12,82 e o nível de depressão o escore 12, mesmo tais resultados terem apontado índice leve à moderado, foi nítida a melhora em tais sinais na avaliação pós intervenção. Dados de um estudo realizado com jovens do ensino fundamental com DTM, fomentam esses resultados obtidos, foi verificado que 80,8% apresentaram índices elevados de ansiedade (Motta et al., 2015). Outro estudo constatou que 84,38% dos sujeitos com DTM avaliados apresentaram grau moderado e grave de depressão (Piccin et al., 2016). Com isso, tanto a depressão quanto ansiedade apresentam evidências de correlação com a DTM, dados estes que corroboram com o presente estudo.

Como indicado na tabela 2, na avaliação pré-intervenção para níveis de estresse, a fase de alerta alcançou média de 4,55, a fase de quase exaustão, de 5,73, a fase predominante, foi a de exaustão, com média de 7,64. De acordo com um estudo realizado com 586 participantes, com objetivo de avaliar a prevalência de disfunção temporomandibular e sua associação com estresse e transtornos mentais em estudantes universitários, verificou-se que 288 estudantes (49,3%) apresentaram índices elevados de estresse, com prevalência naqueles com DTM severa (Piccin et al., 2016).

Em relação às estratégias de enfrentamento, os dados obtidos na pré-intervenção indicaram que os fatores Confronto e Autocontrole foram aqueles que os participantes apresentaram maior dificuldade na sua utilização. Entretanto, Fuga e Esquiva e Resolução de Problemas, foram as estratégias mais utilizadas. Um estudo sobre utilização de estratégias de coping em profissionais da saúde, o enfrentamento focalizado na emoção, negação e não aceitação do problema foram os mais evidentes nos resultados (Gonçalves, Ferreira, Zanini, Vasconcelos & Gonçalves, 2014). O uso de estratégias para evitar o problema leva não só a um maior relato de afetos negativos como a uma menor percepção de afetos positivos, além de estarem relacionados a piores níveis de saúde (Folkman & Lazarus, 1980).

Na avaliação pós-intervenção, percebe-se a evolução em domínios, como: índice de ansiedade e depressão, stress e em um dos fatores relacionados à utilização de estratégias de enfrentamento Coping. Tais resultados sugerem que sintomas da ansiedade e depressão podem ser controlados com técnicas diretas e assertivas que contribuem para uma melhora significativa a curto-prazo e o stress por meio do controle de variáveis ambientais.

Na literatura, estudos com pacientes ansiosos, depressivos e com estresse, tiveram melhora por meio da intervenção com a Terapia Cognitivo Comportamental em grupo (Dittz, Stephan, Gomes, Badaró & Lourenço, 2015).

Especificamente com relação aos sintomas de stress, apresentaram melhoras significativas. Pode-se verificar, conforme Tabela 2, que seus índices estavam mais elevados na avaliação pré-intervenção em comparação ao resultado da avaliação pós-intervenção, destaca-se que a fase de maior predominância, resistência, teve um declínio. Em um relato de caso, com apenas uma paciente com DTM e sintomas de estresse, a avaliação pós intervenção por TCC, termoterapia e agulhamento, constatou-se que houve um alívio importante dos sintomas e principalmente uma melhora biopsicossocial, uma vez que todas elas possuem uma relevância importante no alívio dos sintomas da DTM, especialmente durante o período de atividade laboral, na qual há interferência biopsicossocial nos sintomas, foi destacado neste estudo o fato do paciente ser o agente ativo de seu tratamento e que problemas podem ser controlados pela TCC, que incluíam transtornos e problemas específicos, de autocontrole e habilidades gerais de solucionar problemas (Avrella et al., 2014).

Nas estratégias de enfrentamento, apenas o fator afastamento, na avaliação pós-intervenção diminuiu, sugerindo que os participantes desenvolveram habilidade de enfrentar situações aversivas, ao invés de recorrerem à fuga e esquiva (Folkman & Lazarus, 1980). Observou-se ainda que os Fatores Resolução de Problema e Suporte Social, continuaram sendo os mais utilizados, pois oferecem melhores oportunidades de mudança da condição atual. Um estudo, com 26 participantes, sendo 88% composto por mulheres, com o objetivo de identificar e descrever os tipos de enfrentamento no campo das doenças crônicas, as estratégias de enfrentamento diretas e evitativas foram as mais utilizadas, a maioria dos entrevistados, que faz uso da estratégia funcional de solução do problema, também utiliza a estratégia disfuncional de fuga e esquiva (Gonçalves, Ferreira, Zanini, Vasconcelos & Gonçalves, 2014).

Mesmo sendo sutis as diferenças nos resultados pré e pós intervenção quanto à Q.V, é importante destacar que aspectos com Limitação por aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental apresentaram um aumento, evidenciando que apesar de ser um aspecto com resultados à longo prazo, já foi possível destacar evidências de melhora.

Quanto às correlações obtidas, pela significância estatística entre a classificação da DTM e os níveis de afastamento do questionário de coping apontam que geralmente pessoas com a classificação moderado apresentam dores, porém ainda conseguem evitar as situações desencadeadoras, reforçando assim a utilização da estratégia de coping – afastamento (Folkman & Lazarus, 1980). Confirmam que o coping focalizado no problema sugere um esforço despendido pelo sujeito para mudar ou administrar alguns aspectos do ambiente, envolvendo o afastamento do fator desencadeante ou estressante, não modificando a situação que a levou ao estresse, podendo assim apresentar comportamentos defensivos para evitar esse evento estressor (Ribeiro, Pompeo, Pinto & Ribeiro, 2015)

As associações encontradas na avaliação pós-intervenção entre os níveis de depressão e ansiedade e as estratégias de coping, indicaram que a diminuição dos sintomas depressivos leva ao aumento da capacidade que o indivíduo tem de perceber aspectos positivos das situações, em consonância a tríade de Beck (2013) que, dentre outros aspectos, pressupõe que pessoas com depressão tendem a ter uma visão negativa das situações.

Apenas a ansiedade correlacionou-se aos níveis de qualidade de vida referentes à limitação por aspectos sociais, dor, saúde mental e estresse, tanto na fase de alerta, quanto de exaustão, sugerindo que estas categorias, quando em desordem, podem apresentar natureza ansiogênica. Em um estudo com 3538 adolescentes, entre 10 e 19 anos, 73,3% relataram algum grau de DTM, destes, 80,7% eram do sexo feminino e 66,0%, do sexo masculino, os resultados mostraram que a prevalência de DTM e ansiedade é elevada, sendo apontada correlação positiva entre o grau de DTM e o nível de ansiedade. Foi também observado que o sexo feminino e que níveis altos de ansiedade aumentam maiores chances de desenvolver DTM (Motta et al., 2015).

CONCLUSÃO

A DTM é uma condição multifatorial relacionada a fatores fisiológicos, sociais, cognitivos e emocionais. A intervenção que teve como objetivo minimizar os níveis de estresse, ansiedade e depressão e aumentar a capacidade de enfrentamento e qualidade de vida dos participantes, possibilitou evidências importantes: diminuição da sintomatologia depressiva, ansiosa e níveis de estresse. A qualidade de vida e as habilidades de enfrentamento tiveram melhoras discretas.

A terapia cognitiva comportamental em grupo proporcionou o treino para controle de variáveis cognitivas, comportamentais e emocionais por meio da troca de experiências, tanto com o psicoterapeuta, como também com os demais pacientes. Uma nova compreensão e uma nova perspectiva perante a DTM, foi oferecida e construída perante a condição inicial.

Como o presente estudo tem delineamento quase-experimental, não é possível concluir se essas melhoras aconteceram somente em função do programa interventivo, porém existem evidências dessa relação. Dessa forma, sugere-se que o estudo seja replicado com um grupo controle para maior confiança em relação a esses resultados preliminares.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial à prof.^a Dr^a Giedre Berretin Felix e seu grupo de estagiários em Fonoaudiologia em intervenção de DTM da Faculdade de Fonoaudiologia da USP/Bauru, que contribuíram com os critérios diagnósticos.

REFERÊNCIAS

- Augusto, V. G., Perina, K. C. B., Penha, D. S. G., Santos, D. C. A. D., & Oliveira, V. A. S. (2016). Temporomandibular dysfunction, stress and common mental disorder in university students. *Acta ortopédica brasileira*, 24(6), 330-333. doi:10.1590/1413-785220162406162873
- Avrella, A., Heck, E. M., Hurtig G. D., Ceron L. P., Pasinato, M. D. E., Spohr, P., Stefenonb, L., Bacchib, F. T., & Mozzinib, C. B. (2014). Terapia em paciente com disfunção temporomandibular muscular – relato de caso. *J Oral Invest*, 3(2), 4-7. doi: 10.18256/2238-510X
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. (2a ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bortolletto, P. P. B., Moreira, A. P. S. M., & Madureira, P. R. D. (2013). Análise dos hábitos parafuncionais e associação com Disfunção das Articulações Temporomandibulares. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 67(3), 216-221.
- Braga, A. C., & Souza, F. D. (2016). Transtornos psicológicos associados à disfunção temporomandibular. *Psicologia e Saúde em Debate*, 2(1),100-120. doi: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V2N1A6>
- Bussler, N. R. C. (2016). *A utilização do Coping na construção de equipes de alto desempenho orientadas ao Coaching*. (Monografia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul) Recuperado de <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/3971?show=full>
- Calderon, P. S. (2008). *Avaliação da eficácia de um programa remediativo cognitivo-comportamental e do uso de amitriptilina em pacientes portadores de disfunções temporomandibulares crônicas* (tese de doutorado, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo). Recuperado http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=12&Itemid=77&lang=pt-br&filtro=Calderon%202008
- Calderon, P. D. S., Tabaquim, M. D. L. M., Oliveira, L. C. D., Camargo, A. P. A., Ramos Netto, T. D. C., & Conti, P. C. R. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and amitriptyline in patients with chronic temporomandibular disorders: a pilot study. *Brazilian Dental Journal*, 22(5), 415-421. doi: 10.1590/0103-7307201507801
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a Língua Portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF 36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3),143-149. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=296502&indexSearch=ID>

- Dittz, C. P., Stephan, F., Gomes, D. A. G., Badaró, A. C., & Lourenço L. M. (2015). A terapia cognitivo-comportamental em grupo no Transtorno de Ansiedade Social. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(3), 1061-1080. doi: <https://doi.org/10.12957/epp.2015.19428>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/2136617>
- Fonseca, D. M., Bonfante, G., Valle, A. L., & Freitas, S. F. T. (1994). Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 42(1) 23-32. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/biblio-854978>
- Gadanh, T. F. P. (2014). *Relação entre estratégias de coping e resiliência após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa.). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19916/1/ulfpie047308_tm.pdf
- Gonçalves, L. O., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L. B., & Gonçalves, S. S. S. (2014). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da SPAGESP*, 16(1),107-121. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100009
- Graciola, J., & Silveira, A. M. (2015). Avaliação da influência do estresse na prevalência de disfunções temporomandibulares em militares estaduais do Rio Grande do Sul. *Journal of Oral Investigations*,2(1), 32-37. doi: <https://doi.org/10.18256/2238-510X>
- Lemos, G. A., Paulino, M. R., Forte, F. D. S., Beltrão, R. T. S., & Batista, A. U. D. (2015). Influência da presença e gravidade da disfunção temporomandibular na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista Dor*, 16(1), 10-14. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150003>
- Lipp, E.M., (2000) *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp* (3a ed.). São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Marques, C. A.; Stefanello, B.; Mendonça, C. N.; & Furlanetto, L. M. (2013). Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *Journal bras. psiquiatr.* 62(1), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000100001>
- Massena, P., & Frassetto, S. (2015). Aspectos psicológicos associados à disfunção temporomandibular: uma revisão sistemática da literatura. *Aletheia*, 47(48), 169-182. doi: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942015000200014&lng=pt&tlng=pt
- Motta, L.J., Bussadori, S. K., Godoy, C. L. H. D., Biazotto-Gonzales, D.A., Martins, M. D., & Silva, R. D. S. (2015). Disfunção temporomandibular segundo o nível de ansiedade em adolescentes. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 31(3), 389-395. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015031899389395>
- Paulino, M. R., Moreira V.G., Lemos, G. A., Silva P. L. P., Bonan. P.R. F., & Batista. A. U. D. (2018). Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 173-186. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.18952015>
- Peron, N. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 42-49. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150006>
- Piccin, C. F., Pozzebon, D., Chiodelli, L., Boufleus, J., Pasinato, F., & Corrêa, E. C. R. (2016). Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. *Revista CEFAC*, 18(1), 113-119. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161817215>
- Pinheiro, R. C.; Uchida, R. R.; Mathias, L. A. S. T.; Perez, M. V.; & Cordeiro, Q. (2014). Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *Journal Bras Psiquiatria*, 63(3), 213-9. doi: 10.1590/0047-2085000000028
- Resende, C. M. B. M., Alves, A. C. M., Coelho, L. T., Alchieri, J. C., Roncalli, A. G., & Barbosa, G. A. S. (2013). Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Braz. Oral res*, 27(2), 116-121. doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242013005000006>
- Ribeiro, R. M., Pompeo, D. A., Pinto, M. H., & Ribeiro, R. C. H. M. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500037>
- Rizzolo R.C., & Madeira M.C. (2015) *Anatomia facial com fundamentos de anatomia geral* (5a ed.). São Paulo: Savier.
- Rodrigues, G. F.; Brisky, I. A.; & Soczek, K. L. (2017). *A relação entre fibromialgia e depressão*. (Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Sant'ana). Recuperado de <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/tcc/article/download/84/31>
- Rodrigues, C. A., Magri, L. V., Melchior, M. de O., & Mazeto, M. O. (2015). Avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes com disfunção temporomandibular. *Revista Dor*, 16 (3), 181-185. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150036>
- Schmidt, D. R., Ferreira, V. R. T., & Wagner, M, F. (2015). Disfunção temporomandibular: sintomas de ansiedade, depressão e esquemas iniciais desadaptativos. *Temas psicologia*, 23(4), 973-985. doi 10.9788/TP2015.4-13