

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Mestrado em Psicologia da Saúde

O Rosto da Psicologia em Territórios Odontológicos: factores psicológicos e transtornos da disfunção temporomandibular

Reg. 15 817
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Paula Cristina Carvalho Manuel

Dissertação de Mestrado realizada sob
a orientação da **Professora Doutora Isabel Leal**,
apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**
para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, em
conformidade com o disposto na Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro e em
cumprimento da alínea “b” do n.º 2 do art.º 5º do Dec.-Lei n.º 216/92, de 13 de
Outubro.

Resumo

Nas últimas décadas, a Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (DATM) tem sido abordada numa perspectiva multifactorial, sublinhando os factores psicológicos na origem, curso, tratamento e prognóstico da mesma disfunção. Esta perspectiva, assume uma mais valia nas trajectórias da saúde enquanto contributo preventivo ou de controlo deste tipo de disfunção. Assinala-se por um lado, as Estratégias de *Coping*, Capacidade de Adaptação à dor, Actividades Sociais e Percepção dos Acontecimentos de Vida, enquanto dimensões psicossociais, e, por outro, os Hábitos Parafuncionais e Nocturnos, enquanto dimensões comportamentais. Descortina-se assim, a dimensão holística do campo odontológico em conjunto com a Psicologia da Saúde. O presente estudo de carácter exploratório, pretende estudar as relações entre as características da personalidade, estratégias de confronto e stress psicológico, com a Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular, por forma a determinar a existência de um possível perfil psicológico característico deste tipo de doentes. A amostra é constituída por 141 indivíduos dos grupos experimental e de controlo, com média de idades de 39 e 37 anos, respectivamente. Foram utilizados como instrumentos, o BSI (Brief Symptom Inventory), o COPE, o BRIEF COPE, o WHYMPI (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory) e o NEO-PI-R (Inventário da Personalidade NEO Revisto), para além da grelha das variáveis médicas. Nos resultados, denotaram-se diferenças significativas entre os grupos, reforçando-se que, por um lado, esta disfunção surge com mais frequência na mulher, e por outro que não existe um traço da personalidade responsável pela referida disfunção. Desta forma sobressai a importância dos factores psicológicos cuja intervenção psicológica seria uma mais valia para a prevenção ou controlo da DATM.

Abstract

In the last decades, the study of the Temporomandibular Joint Dysfunction has been approached on several perspectives, focussing the psychological factors in the origin, course, treatment and prognostic of this dysfunction. This perspective assumes a clear importance in the prevention or control of this type. On one hand, psycho-social factors considered are the Strategies of Coping, Capacity of Adaptation to pain, Activities and Perception of the Events of Life and the parafunctional habits as behavioural factors.

This study while exploratory in nature, aims to examine the relations between personality characteristics, psychological strategies and stress, and the Temporomandibular Joint Dysfunction, as a way to determine the existence of a psychological profile characteristic to these patients.

The sample comprised of 141 individuals in the experimental and control groups, with average ages of 39 and 37 years, respectively. BSI (Brief Symptom Inventory), COPE, BRIEF COPE, WHYMPI (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory) and the NEO-PI-R (Inventory of Personality NEO Revised) were the instruments applied in this study, as well as a set of medical variables. From the results, significant differences between the groups were found, specifically that this dysfunction occurs more frequently in women. Furthermore, no evidence of a personality trait responsible for this dysfunction was found. As such, the importance of psychological factors as a form of prevention or control of DATM is strengthened.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que me ajudaram à concretização deste trabalho, em especial aos meus pais, irmão e António por terem estado ao meu lado nos momentos mais difíceis, à Dra. Maria do Rosário Dias, que foi quem me motivou a iniciar todo este percurso e que muito me ajudou neste trabalho, à Professora Isabel Leal, à Professora Estrella Durá, ao Engenheiro Leonel, à equipa de Medicina Dentária e aos meus amigos, por terem colaborado e incentivado nas fases mais complicadas.

A todos aqueles que participaram no preenchimento dos questionários, porque sem eles não seria possível a presente investigação.

Um Bem Hajam a todos!

INDICE

INTRODUÇÃO	12
I. FACTORES PSICOLÓGICOS E TRANSTORNOS DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	16
1. Sobre o Objecto de Pesquisa	16
1.1. Categorias Etiológicas da Disfunção da Articulação Temporomandibular	16
1.2. As Investigações no âmbito da Disfunção da Articulação Temporomandibular	38
1.3. Contributos sobre o Objecto de Pesquisa	51
2. A Construção do Objecto de Estudo	60
2.1. Metodologia	60
2.1.1. Objectivos do Estudo	60
2.1.1.1. Objectivos Gerais	60
2.1.1.2. Objectivos Especificos	60
2.1.2. Instrumentos	62
2.1.2.1. Descrição dos Instrumentos	64
2.1.2.1.1. NEO-PI-R	64
2.1.2.1.2. WHYMPI	77
2.1.2.1.3. COPE	83
2.1.2.1.4. BRIEF COPE	86
2.1.2.1.5. BSI	89
2.1.2.2. Descrição da Grelha das Variáveis Médicas	93
2.1.3. Procedimento	94
II. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	97
1. Análise Descritiva da Amostra	98
1.1. Descrição das Variáveis Sócio-Demográficas	98
1.1.1. Idade	99
1.1.2. Escolaridade	100
1.1.3. Género	101
1.1.4. Estado Civil	102
1.2. Descrição das variáveis da Grelha Médica	102
1.2.1. Dor: Ausência, Descontínua e Contínua	103
1.2.2. Localização dos momentos de Intensidade da Dor	104
1.2.3. Sons da Articulação	105
1.2.4. Diagnóstico	106
2. Análise das Diferenças entre os grupos nas variáveis psicológicas	107
2.1. NEO-PI-R	107
2.2. BSI	112
2.3. COPE	113
3. Análise Descritiva das Variáveis Psicológicas do grupo com ATM	115
3.1. WHYMPI	116
3.2. BRIEF COPE	117
4. Análise da relação entre Variáveis	118
4.1. Variável Sócio-Demográfica	119
4.1.1. Idade	119
4.2. Variáveis Médicas	120

4.2.1. Tipo de Dor: Contínua e Descontínua	120
4.2.1.1. WHYMPI	121
4.2.1.2. COPE	122
4.2.1.3. BRIEF COPE	124
4.2.1.4. BSI	125
4.2.1.5. NEO-PI-R	127
4.3. Variável Descrita no WHYMPI	128
4.3.1. “Outro Significativo”	128
4.3.1.1. WHYMPI	129
4.3.1.2. COPE	130
4.3.1.3. BRIEF COPE	131
4.3.1.4. BSI	132
4.3.1.5. NEO-PI-R	133
4.4. Correlação das variáveis psicológicas dos instrumentos utilizados	134
4.4.1. WHYMPI	134
4.4.2. BSI	136
4.4.3. COPE	137
4.4.4. BRIEF COPE	139
4.4.5. NEO-PI-R	141
4.5. Relação de algumas variáveis psicológicas	142
5. Análise dos Resultados	146
6. Limitações do Estudo	158
7. Discussão	160
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Descrição dos planos na alexitimia	42
QUADRO 2: Descrição dos questionários utilizados	62
QUADRO 3: Secções, Escalas e Itens do WHYMPI	79
QUADRO 4: Escalas e Questões do WHYMPI	79
QUADRO 5: Escalas e Questões do COPE	85
QUADRO 6: Escalas e Questões do BRIEF COPE	89
QUADRO 7: Dimensões e Questões do BSI	93
QUADRO 8: Localização dos momentos de intensidade da dor	104
QUADRO 9: “Localização” dos clicks da DATM	105
QUADRO 10: Facetas do NEO-PI-R (Mann – Whitney)	108
QUADRO 11: Facetas do NEO-PI-R (T-Student)	110
QUADRO 12: Domínios do NEO-PI-R	111
QUADRO 13: Variáveis do BSI (Mann-Whitney)	112
QUADRO 14: Variáveis do BSI (T-Student)	113
QUADRO 15: Variáveis do COPE (Mann – Whitney)	114
QUADRO 16: Variáveis do COPE (T-Student)	114
QUADRO 17: Variáveis do WHYMPI	116
QUADRO 18: Variáveis do BRIEF COPE	118
QUADRO 19: Tipo de Dor e WHYMPI	121
QUADRO 20: Tipo de Dor e COPE	123
QUADRO 21: Tipo de Dor e COPE (continuação)	123
QUADRO 22: Tipo de Dor e BRIEF COPE	124
QUADRO 23: Tipo de Dor e BRIEF COPE (continuação)	124
QUADRO 24: Tipo de Dor e BSI	126
QUADRO 25: Tipo de Dor e NEO-PI-R	127
QUADRO 26: “Outro Significativo” e WHYMPI	129
QUADRO 27: “Outro Significativo” e COPE	130
QUADRO 28: “Outro Significativo” e BSI	132
QUADRO 29: “Outro Significativo” e NEO-PI-R	133
QUADRO 30: “Outro Significativo” e NEO-PI-R (continuação)	133
QUADRO 31: Correlação das Variáveis do BSI	136
QUADRO 32: Correlação dos Domínios do NEO-PI-R	141

QUADRO 33: Correlação de algumas variáveis do BSI, WHYMPI e BRIEF COPE	143
QUADRO 34: Correlação da Opressão Dental, Ansiedade e Stress	145

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Média das Idades dos Grupos com e sem DATM	99
GRÁFICO 2: Escolaridade Grupo com DATM (G1)	100
GRÁFICO 3: Escolaridade Grupo sem DATM (G2)	100
GRÁFICO 4: Género Grupo com DATM (G1)	101
GRÁFICO 5: Género Grupo sem DATM (G2)	101
GRÁFICO 6: Estado Civil do Grupo com DATM	102
GRÁFICO 7: Estado Civil do Grupo sem DATM	102
GRÁFICO 8: Ausência ou Presença de Dor	103
GRÁFICO 9: Localização dos clicks do lado direito	105
GRÁFICO 10: Localização dos clicks do lado esquerdo	106
GRÁFICO 11: Diagnóstico da ATM	106

LISTA DAS FIGURAS

FIGURA 1: Atitudes e Comportamentos na Dor	32
FIGURA 2: Preditores do Diagnóstico e Tratamento	34
FIGURA 3: Modelo Teórico	96

LISTA DOS ANEXOS

ANEXO A – Variável Sócio-Demográfica do Grupo com DATM	
ANEXO B – Relação entre as variáveis Psicológicas do grupo com DATM com o “outro significativo”	
ANEXO C – Correlação entre as variáveis que constituem os instrumentos psicológicos	
ANEXO D – Coeficiente Fiabilidade	
ANEXO E – Inventário de Personalidade – NEO-PI-R	

ANEXO F – The West Haven – Yale Multidimensional Pain Inventory –

WHYMPI

ANEXO G – COPE

ANEXO H – BRIEF COPE

ANEXO I – Brief Symptom Inventory - BSI

ANEXO J - Grelha Médica

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (DATM), é um dos problemas articulares da Medicina Odontológica, cujo quadro clínico assinala múltiplos critérios, sinais e sintomas que, na ausência de avaliação e intervenção odontológica, podem ser evidentes em grande parte da população. Coloca-se esta evidência, porque alguns desses sinais e sintomas, como as cefaleias, sons derivados da articulação (clicks), dores na face e limitações no movimento da mesma articulação, podem surgir na população, o que não implica necessariamente o diagnóstico de DATM, até porque este surge em número restrito devido à sua variedade etiológica.

O interesse e a relação entre este tipo de Disfunção e a Psicossomática tem vindo a aumentar desde as últimas três décadas, pelo facto de, para além dos factores biológicos inerentes, existir, ao que parece, a participação de factores psicológicos como o stress, personalidade e aspectos psicossociais. Desde então que se relaciona a DATM com traços da personalidade, assumindo-se que estes podem ter um papel preponderante no desenvolvimento da referida Disfunção, uma vez que os doentes parecem ser descritos como ansiosos, obsessivos, dependentes, perfeccionistas, com humor depressivo e com recurso a mecanismos de repressão. Porém, assiste-se também a investigações com resultados contrários, seja pela ausência destes sinais, seja pelo facto destes surgirem após diagnóstico e não como preditores da DATM.

A contradição de resultados tem levado à elaboração de várias investigações, iniciadas em meados de 1969, altura em que já se estudava a possibilidade da presença de factores psicológicos na Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular. Todavia, o interesse por este tipo de Disfunção remonta desde o ano de 1966,

momento em que se iniciou um estudo preliminar sobre a personalidade da mulher com DATM.

É no enredar de todo o percurso clínico associado a esta Disfunção, que surge o presente estudo, cujos objectivos foram delineados no sentido de procurar compreender a relação entre as variáveis psicológicas, como a personalidade, estratégias de confronto e stress psicológico, com a referida Disfunção, bem como a possibilidade de identificar a existência, ou não, de um possível perfil psicológico característico destes doentes.

No cruzar destas relações, pretende-se aliar à intervenção odontológica o acompanhamento psicológico, orientado para a avaliação, intervenção e envolvimento de equipas multidisciplinares. Desta forma, a Psicologia da Saúde poderá ser uma mais valia para a qualidade de vida, contexto social, bem estar psicológico e para aspectos psicossociais relacionados com a dor, dos quais se realçam a sintomatologia depressiva e somática.

O desenvolvimento destes contributos será efectuada a partir do presente estudo, cuja estrutura está organizada em duas partes, Parte I e Parte II. A primeira, subdividida em dois Capítulos, pretende definir, quer as categorias Etiológicas da Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular, com enquadramentos e contributos científicos, quer a orientação metodológica, no âmbito da qual são formuladas as questões central e específicas. Neste percurso, incluem-se, ainda, a descrição dos instrumentos e do procedimento metodológico.

A segunda Parte inclui sete capítulos, baseados na apresentação e análise dos resultados, nos quais se fará a descrição da amostra, das variáveis da grelha médica, a análise das variáveis psicológicas, bem como as correlações entre as mesmas, promovendo a possível identificação do perfil psicológico deste tipo de doente.

Numa fase seguinte à exposição dos resultados, surge a discussão baseada nas questões central e específicas.

Finalmente, na conclusão sobressaem os principais resultados da investigação, suportadas nas reflexões do desenvolvimento teórico e nas hipóteses de trabalho. Para além deste tipo de reflexões, identificar-se-ão, também os limites do estudo, os quais podem ser reequacionados em futuras investigações.

PARTE I

**FACTORES PSICOLÓGICOS E TRANSTORNOS DA
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: A
PROBLEMÁTICA**

1. SOBRE O OBJECTO DE PESQUISA

1.1. CATEGORIAS ETIOLÓGICAS DA DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

A entidade médica, enquanto integrada na equipa de profissionais de saúde que presta cuidados necessários aos doentes, explicita uma relação médico-doente que, no enquadramento político-médico, deverá ser orientada no sentido da integridade da pessoa doente, da sua qualidade de vida, do contexto social em que se insere e do seu bem estar psicológico (Davis & Fallowfield, 1991). A multiplicidade de critérios, conceitos e resultados de diagnóstico, oblitera, com frequência, os factores psicológicos a eles inerentes. Contudo, as respostas aos tratamentos diferem de indivíduo para indivíduo, o que evidencia a existência de factores psicológicos susceptíveis de comprometerem a evolução do estado de saúde do mesmo. Com efeito, iremos considerar diferentes estudos que sublinham a interacção entre factores biomédicos e psicológicos, contextualizados numa realidade psicossocial que escamoteia, por vezes, a objectividade científica .

Detemo-nos na Disfunção da Articulação Temporomandibular (DATM), cuja etiologia e cronicidade são muito variadas (Helo, 1980; Wanman, 1987; Rugh, 1991; Kampe, Edman & Hannerz, 1991; Ohrbach & Dworkin, 1999; Zhen-Kang, Xu-Chen, Su, Zhi-Yuan & Kai-Yuan, 1999), admitindo-se, por um lado, como um problema odontológico e, por outro, como um problema para a saúde pública em geral.

Esta disfunção abrange um número amplo de problemas clínicos que envolvem os músculos responsáveis pela mastigação, bem como a articulação temporomandibular,

ou ambos (Yap, 1999). A etiologia deste tipo de disfunção preconiza e valoriza a presença de factores psicológicos, como referem Yap, Tan, Hoc, Yap e Jaffar, em 2001, numa investigação em que concluem que os doentes com depressão moderada ou severa revelam limitações articulares, quando comparados com doentes que não apresentam sintomatologia depressiva.

Não obstante a precisão de diagnóstico, alguns estudos referem que os sinais e sintomas deste tipo de disfunção podem ser evidentes em grande número de indivíduos (Rugh, 1991). Porém, perante uma avaliação e intervenção odontológicas, apenas a um número limitado de indivíduos é diagnosticada a Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular com necessidade de tratamento. Exemplo disso são os estudos realizados, em 1991, na Universidade de Ciências Médicas do Texas, em Westwern, e em 1999 por Yap, nos quais se constatou que 70% a 80% da população evidenciava um ou mais sintomas e sinais – dores na face, articulação ou muscular - descritos como critérios de diagnóstico para a DATM, embora apenas a 5% dos indivíduos tenha sido diagnosticado este tipo de disfunção (Rugh, 1991; Goulet, Lavigne & Lund, 1995).

Um ano mais tarde, Shiau e Chang (1992) efectuaram um estudo sobre a prevalência de Disfunção da ATM, a um total de 2033 de estudantes universitários de Taiwan. Os resultados indicaram que em 42,9% dos estudantes são verificados um ou mais sinais de DATM, com maior frequência no género feminino.

Concluíram, também, que, de todos os sinais, o mais comum é o dos clicks derivados da articulação, evidenciando, ainda, que factores como o stress, a ansiedade, a

emoção e a raiva são elevados no grupo com DATM, ao passo que a ambição, depressão e competição, se revelam como factores não significativos.

No seguimento do objectivo desse estudo, os autores observaram que a prevalência de DATM é elevada, ao contrário de aspectos como a severidade e tratamento, que são baixos.

Este aspecto, que à partida parece contraditório, assimila a ideia do que temos verificado até então - a maioria das pessoas não se apercebe deste tipo de disfunção, independentemente dos factores psicológico e odontológico, como é o caso dos *clicks* da articulação.

Na mesma linha destes resultados, situa-se, também, o estudo de De Kanter et al. (1993) cujas conclusões reforçam que, de uma população de 7000 adultos, 20% possui indicações clínicas de DATM. Desta amostra, 5% dos indivíduos evidencia sintomatologia severa, embora apenas 1,4% procure cuidados médicos.

No elenco da diversificação de sintomas, sinais e diagnósticos, surge uma proliferação de modelos competitivos, capazes de evidenciar, exacerbar ou manter os mesmos sinais e sintomas, bem como diferentes diagnósticos e etiologias. Como exemplo, refiram-se as descobertas de Stockstil e Callahan, em 1991, que reforçam os mecanismos de *stress* como sendo um dos critérios para o desenvolvimento da mesma disfunção, em geral, quando associada ao bruxismo¹ e ao movimento parafuncional nocturno da mandíbula.

¹ Opressão Dental – Ranger dos Dentes

No cerne de todas estas etiologias, existem algumas propostas sobre os critérios de diagnóstico da Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular. Verifica-se que toda esta concepção, em torno dos eixos físico e psicológico, teve origem nos critérios de diagnóstico da DATM assinalados, em 1982, pelo *National Institute of Dental Research*. Valorizou-se, assim, que o eixo I preconizava os factores físicos, enquanto que o eixo II avaliava as desordens provocadas pela dor, depressão, ansiedade e somatização. A acrescentar a estas condições físicas e psicológicas, importa assinalar outros preditores da percepção de sintomas, ao invés do tratamento da disfunção, como sejam o stress e angústia (Pankhurst, 1997; Steed, 1997; Steed, 1998).

Em 1992, Dworkin e LeResche fundamentaram outras considerações em torno destes dois eixos, físico e psicológico, que, em conjunto, preconizam aspectos psicossociais da dor (sintomatologia depressiva e somatização), independentes da componente fisiológica, bem como a determinação de causas clínicas potenciais.

Apenas o eixo físico, orientado por parâmetros clínicos, é subdividido em três subgrupos: a) desordens ou patologias musculares; b) deslocamentos discais (*disk displacement*); c) artrialgias, artroses e artrites. Estas subdivisões são também contornadas pela ausência, ou presença, quer da limitação da abertura maxilar, quer da redução da mobilidade articular. Por outro lado, o eixo psicológico baseia-se, por vezes, em comportamentos do doente com disfunção da ATM, como sejam a intensidade da dor, a depressão e a somatização. Do exposto, é importante salientar que alguns dos critérios descritos fazem parte integrante da grelha das variáveis

médicas preenchida, durante a recolha da amostra clínica da presente investigação, pelo médico assistente responsável.

Quatro anos mais tarde, os estudos de Rudy, Greco, Turk, Zaki e Herlisch (1996), identificaram, de acordo com um conjunto de sinais e sintomas, diferentes grupos de doentes com o diagnóstico de DATM. Estes foram ordenados consoante a gravidade do quadro clínico, ou seja, por ordem crescente de cronicidade. De acordo com esta leitura, o primeiro grupo correspondia às desordens musculares, podendo não existir dor. Pormenorizadamente, 34% desta amostra apresentava, por um lado, queixas de dores intensas durante a palpação muscular e, por outro, ausência de dor durante a abertura máxima da mandíbula. Neste seguimento, 26% da amostra é definida pela elevada frequência de *clicks*² na articulação temporomandibular, limitação da abertura da mandíbula, e níveis moderados de dor na articulação e músculos. Esta constelação de sintomas sustenta a etiologia já caracterizada, em 1992, por Dworkin e LeResche, designada por deslocamentos discais (*disk displacement*). O terceiro grupo correspondia a 22% da amostra, com descrição do diagnóstico de osteoartroses, caracterizado pelos elevados níveis de crepitação e limitação da abertura da mandíbula. Por último, apenas 18% dos sujeitos da amostra manifesta dores intensas durante a palpação e mastigação, quer ao nível dos músculos, quer ao nível da articulação temporomandibular, bem como a limitação da abertura da mandíbula e *clicks* na articulação. Conjectura-se, assim, que este último grupo parece corresponder, embora com carácter adicional e acumulativo, a todas as queixas clínicas descritas nos grupos anteriores.

² Sons derivados da articulação, durante a palpação, mastigação ou abertura da boca.

No elenco destes constructos surgem algumas similaridades no que concerne ao “*focus holístico*”, capaz de definir, paralelamente ao desenvolvimento da Medicina Odontológica, a importância da Psicologia da Saúde, com a evidência de que alguns problemas odontológicos, como seja o caso da Disfunção da Articulação Temporomandibular, possam ser oriundos de uma panóplia de questões psicossociológicas.

Já em 1997, Turk e Wash incluem duas categorias etiológicas no que respeita a este tipo de disfunção: a miogénica e a artialgíca. Importa referir que a primeira categoria é subdividida em níveis de “*hiperarousal muscular*”, devido ao stress, e de “anormalidade” muscular, relacionada com hábitos parafuncionais orais, como é o caso do *bruxismo*¹.

Por outro lado, a segunda categoria etiológica corresponde às “anormalidades” estruturais, como é o caso da articulação degenerativa. Neste contributo, os autores consideram e relevam a importância das medidas físicas, comportamentais e psicológicas, reforçando a complexidade desta patologia. Desta forma, postulam, também, que não é possível um tratamento isolado, ou seja, um tratamento que se focalize apenas numa dimensão, seja ela do foro odontológico ou psicológico (Epker & Gatchel, 2000; Gatchel, Garofalo, Ellis & Holt, 1996).

A etiologia do *bruxismo* não é clara, mas, ao que parece, existe associação entre este hábito parafuncional e o stress, desordens de oclusão, alergias e posição do sujeito enquanto dorme. Adicionalmente a estas queixas, são também de referir a dor durante a mastigação, fadiga, dores de cabeça, sensibilidade dentária, infecção oral e

¹ Opressão dental - ranger dos dentes

DATM. Os sinais do bruxismo incluem o desgaste dos dentes, bem como a hipertrofia dos músculos mastigatórios e articulações.

Neste âmbito, será importante referir que, de acordo com aqueles autores, bem como com Fricton e Olsen (1996), os adultos com este tipo de problema deveriam receber terapia para redução do stress, alteração da posição de dormir, terapia medicamentosa, treino biofeedback, bem como serem sujeitos a uma avaliação sobre alguns aspectos físicos.

Na evidência destes resultados surgiu também em 1993, um estudo elaborado por Fischer & O'Toole, que se focaliza na determinação da existência, ou não, de traços de personalidade em doentes com bruxismo. Os autores chegam mesmo a hipotetizar que estes doentes tendem a ser rígidos, cautelosos, afastados, a evitar compromissos, com sentimentos de inferioridade, bem como muito “obcessivos” com trabalho.

Ainda no âmbito odontológico, Restrepo, Alvarez, Jaramillo, Velez e Valencia (2001), preconizam o bruxismo como sendo derivado de elevados níveis de ansiedade, maloclusão, disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais orais. Nesta linha analítica, os mesmos autores reforçam, ainda, que o auxílio de técnicas psicológicas será de extrema importância e chegam mesmo a propôr dois tipos de técnicas: relaxação muscular directa e “*competence reaction*”, durante um período de seis meses.

Muito embora tenham sido definidas algumas “categorias etiológicas”, por Turk e Wash (1997), também mais tarde, em 1998, Michelotti, Martina, Russo e Romeo,

classificam os doentes com Disfunção Temporomandibular em dois subgrupos: doentes com dor miofacial e doentes com Disfunção na Articulação Temporomandibular propriamente dita. Pese embora seja feita esta distinção em sub-grupos, os autores salientam que ambos não sofrem alterações significativas, quer no que respeita à tríade neurótica, definida por hipocondria, depressão e histeria, quer nas características de personalidade.

Aliado a este resultado, julgamos oportuno referir que a dor é, também, um dos sinais que é comum entre os dois sub-grupos assinalados.

Preocupa-nos, de facto, quando pensamos sobre o impacto da dor na sociedade, bem como na inquietação dos profissionais de saúde no que respeita ao seu controlo e desmitificação, em especial quando se trata de dor crónica (Ribeiro, 1998; Santos, 1987).

Quando falamos em Dor Crónica, associamos de imediato a ideia de uma desordem bastante séria, uma vez que acarreta elevados custos, quer para a pessoa doente, quer para a sociedade (Hanson & Gerber, 1990; Soares, Figueiredo & Lemos, 1999). As suas graves consequências, nas esferas pessoal e familiar, fazem com que esta constitua uma das grandes áreas de preocupação actual da Psicologia da Saúde, reproduzindo uma situação mal definida para todos os actores da doença (Baszanger, 1989).

Estas possibilidades são também assumidas por alguns resultados apresentados pelo Centro de Estatística da Saúde Americana, os quais referem que 80% da população

recorre aos cuidados de saúde devido à dor, não fosse esta considerada como um dos sintomas primários envolvidos na procura de tratamentos e de cuidados médicos.

Ainda assim, a dor é igualmente definida pelo tempo que persiste, assumindo-se diferentes “tempos” consoante a explicitação de alguns estudos que ressalvam o facto da dor crónica ser considerada como tal, se persistir ao fim de seis meses (Sternbach, 1974), enquanto que outros a consideram no intervalo de tempo compreendido entre três e seis meses (Andersson, Ejlertsson, Leden & Rosenberg, 1993; The Classification of Chronic Pain, 1986; Volinn, Van Koevering & Loeser, 1991).

Compreendemos, então, que a dor, seja aguda ou crónica, exige diferentes atitudes e vulnerabilidades face aos conteúdos de aprendizagem e condicionamento, capazes de proporcionar alterações no estilo de vida, actividades e relacionamentos sociais do doente (Okifuji, Turk, & Sherman, 2000; Turk & Stieg, 1987).

Parece-nos oportuno abordar a influência da dor na procura de cuidados de saúde. Ao longo do presente estudo, e mediante a revisão bibliográfica, assistimos à valorização do termo dor, enquanto factor aliado a outras variáveis que pretendemos estudar. Tais variáveis, já então referidas, podem estar “dependentes” da intensidade da dor que é sentida pelo doente, conduzindo-o à procura de cuidados de saúde.

Compreendemos, assim, o motivo que está subjacente à procura da maioria dos doentes que recorre, pela primeira vez, à consulta de odontologia/oclusão para alívio da dor facial. Todavia, é nesta fase que se denota uma elevada comorbilidade de sintomas associados ao stress (Korszun et al., 1998; Rollman e Gillespie, 2000).

Com efeito, esta procura de cuidados médicos odontológicos é também implicada por um sinal principal - Dor - que tende a intensificar-se com a mastigação ou outras funções articulares, para além das limitações dos movimentos articulares, dor muscular à palpação, cefaleias e sons oriundos da articulação (Vassend, Krogstad & Dahl, 1995; Yap, 1999). Tal como referem Schiffman, Friction e Haley (1991), a manifestação deste grupo de patologias parece constituir um aglomerado de sintomas cuja severidade máxima se manifesta através do síndrome de dor crónica, capaz de comprometer os níveis comportamental e psicossocial.

No seguimento destas interacções, temos assistido à aceitação de que os processos psicológicos influenciam a percepção de dor, o que integra toda a objectividade e evolução científica (Ribeiro, 1998). Contudo, existem outros factores que parecem intervir no processo de procura médica e exacerbação dos sintomas: o género, nomeadamente o feminino. Neste enquadramento, Korszun et al. (1998), Yap (1999) e Phillips, Gatchel, Wesley e Ellis, já em 2001, elegem a mulher como doente da DATM, dadas as associações que circunscrevem a depressão, *stress* e ansiedade.

De encontro a estes resultados evidencia-se, também, o estudo de Rollman e Gillespie (2000), no qual se concluí que a DATM surge na mulher em dois a três vezes mais casos que no homem.

Será de referir que estas conclusões parecem ter sido postuladas já em 1990, por Dworkin, Huggins, LeResche et al., tendo estes autores igualmente assumido que a mulher procura quatro a sete vezes mais tratamento do que o homem, o que sugere a existência de diferenças psicossociais no que respeita ao género. Contudo, verifica-se também uma contradição de resultados, quando outros estudos referem que não

existem diferenças entre os géneros no que respeita às queixas somáticas ou ansiedade nos doentes com DATM (Krogstad, Jokstad, Dahl & Vassend, 1996).

A explicação para esta diferença de proporções é verificada pela ideia da mulher recorrer, em maior número, aos serviços de saúde (Dworkin, Huggins, Le Resche et al., 1990; Greco, Rudy & Herlisch, 1998; Riley, Robinson, Wise, et al., 1998; Weir, Browne, Tunks, Gafni & Roberts, 1996), uma vez que tendem a revelar, com maior prevalência, níveis elevados de dor intensa e problemas somáticos (Egermark, Carlsson & Magnusson, 2001; Unruh, Ritchie & Merskey, 1999). Aliada a estas conclusões assinala-se que, relativamente ao impacto da dor, as maiores ameaças prendem-se com a interferência da dor e transtornos emocionais derivados da mesma (Unruh, Ritchie & Merskey, 1999).

Todavia, a semelhança entre os resultados obtidos nos estudos realizados nos anos 2000 e 2001, leva-nos a focalizar a nossa atenção sobre a diferença entre os géneros, partindo da ideia de que esta poderia, também, ser um dos resultados do presente estudo.

Embora os estudos anteriores assinalem que as mulheres revelam diferenças quanto à intensidade da dor, existem outras investigações, elaboradas no mesmo ano, que concluem pela não existência de diferenças entre o homem e a mulher no que respeita à dor, tratamentos anteriores e recurso aos analgésicos (Dworkin, LeResche & Von Korff, 1990), pese embora se tenha verificado que as mulheres, por evidenciarem, em maior número, índices elevados de depressão, recorram com maior prevalência à farmacologia antidepressiva do que os homens (Turk & Okifuji, 1999).

Numa outra perspectiva, e no contexto da explicitação dos contributos médicos, assinala-se que a incidência da DATM nas mulheres pode estar relacionada com o sistema neuro-endócrino. Esta contribuição sublinha que as hormonas reprodutoras da mulher têm uma implicação na etiologia deste tipo de disfunção, assumindo-se, desta forma, o carácter psicofisiológico que a caracteriza (Dao, Knight & Thon-That, 1998; Rollman & Gillespie, 2000).

Neste sentido, os mesmos autores referem, também, que o recurso a contraceptivos orais parece estar implicado na dor miofacial assinalada por doentes com DATM.

Aliados a esta implicação surgem outros resultados que revelam o stress psicológico, a ansiedade e a incapacidade de tolerância à dor como “pronúncios” mais marcados em doentes com dor miofacial do que em doentes com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (Bush, Whitehill & Martelli, 1989; Plehs, Wolfe & Lane, 1996; Hedenberg-Magnusson, Ernberg & Kopp, 1997).

Até ao momento, temos fundamentado o género enquanto variável a identificar nos dados biográficos do doente, embora não devamos ignorar a variável idade. De facto, segundo Andersson, Ejlertsson, Ledon e Rosenberg (1993), a prevalência de dor aumenta entre os 50-59 anos de idade em ambos os sexos.

Regista-se que, na presente investigação, também pretendíamos atender a estas duas variáveis, com o objectivo destas poderem ser discutidas em função dos resultados que temos vindo a descrever. Contudo, a variável género não poderá ser considerada, uma vez que o número de casos de DATM é muito superior nas mulheres, invalidando a comparação entre os géneros. Por esta razão, assume-se, mais uma vez, que este tipo de disfunção surge na sua maioria no género feminino, sendo por isso necessário referenciar o quadro sindromático que a define.

Propõe-se, assim, um espectro sindromático, associado ao *stress*, corroborado por queixas somáticas e psicológicas, incluindo a fadiga, cefaleias, distúrbios do sono, crepitação, *clicks*, ansiedade e depressão, limitação dos movimentos do maxilar, sons na articulação Temporomandibular, bem como fibromialgias e síndrome de fadiga crónica (Shiau & Chang, 1992; Kallenberg, Wenneberg, Carlsson & Ahlmen, 1997; Manu, 1998; Barsky & Borus, 1999; Yap, 1999; Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999; Rollman & Gillespie, 2000). Sobre este último critério, importa dissecar que é diagnosticado após seis meses de persistência, sendo também de salientar que, neste síndrome, os doentes podem ou não sentir dores, ao contrário do que acontece com os doentes que referem fibromialgias, os quais todos têm dor. Talvez por esta razão, Korszun et al (1998) considerem que os doentes com DATM representam o sub-grupo de fibromialgias, caracterizado por dor crónica e hipersensibilidade à dor durante a palpação.

Aliada a esta caracterização, assiste-se a uma percentagem definida entre 14 a 71% de doentes com o diagnóstico de depressão, cuja prevalência varia de acordo com o género, estimando-se entre 2,7% e de 4,6% nos homens e 4,6% a 6,5% na mulher.

Fala-se, assim, de um conjunto de condições clínicas que podem intervir significativamente na qualidade de vida dos indivíduos (Mohl, 1976; Reisine, Weber & Leber, 1989; Mohl, Ohrbach, Crow & Gross, 1990;). Pensamos, pois, em todo o processo de tratamento que implica o controlo e gestão da doença, assumindo que, à partida, os doentes com melhor adaptação à situação clínica conseguem um aumento da sua qualidade de vida, ao contrário daqueles que, assumindo uma atitude passiva, delegam no médico toda a responsabilidade do seu tratamento (Dias, 1997).

O perfil do primeiro tipo de doente corresponde à categoria de “Doente Detective”, criada por Dias (1997, 1999), descrito com o doente que adopta uma estratégia de procura minuciosa da informação, ao passo que o segundo, se enquadra na categoria de “Doente Desinformado” (Dias, 1997), denotando estratégias de denegação, de evitamento e fuga deliberada à informação. Este tipo de doente não faz perguntas, refugiando-se nas “vantagens” da ignorância (Dias, 1997).

A manutenção deste tipo de comportamentos está muitas vezes relacionada com a procura de atenção, recusa ao trabalho, mudanças posturais, bem como à nocicepção da dor (Bayés, 1991; Hanson & Gerber, 1990).

Detemo-nos, então, na relação entre a aprendizagem e dor crónica. Este tipo de relação confere um reforço, positivo ou negativo, à multiplicidade de actividades ou situações a que o doente se propõe, como é o caso de maior atenção por parte da família e privação da actividade profissional (Hanson & Gerber, 1990).

Alguns destes comportamentos são reforçados pelas queixas, gemidos, gritos, expressões faciais e sofrimento, que no âmbito do “conforto social” procuram mais atenção e dedicação, não só dos familiares e amigos, mas também dos profissionais de saúde (Fordyce, 1976; Okifuji, Turk e Eveleigh, 1999). É exemplo o estudo de Turk e Okifuji (1997) no qual os autores reforçam que a presença dos companheiros dos doentes que referem altos níveis de apoio conduz ao bem estar dos mesmos, o que preconiza baixos comportamentos de dor. Os mesmos autores assinalam, também, que alguns comportamentos de dor são muitas vezes derivados da interacção complexa entre as contingências sociais e os traços somáticos. Tal como já foi referido, surgem, em consonância com todos os comportamentos derivados da

dor, as alterações do estilo de vida, bem como limitações inerentes, agora assumidas com carácter de evitamento.

A este respeito, sabemos que um comportamento de evitamento é adaptativo quando ocorrem dores agudas, situação no qual o indivíduo tende a evitar a estimulação, reduzindo deste modo as actividades físicas. O mesmo não se passa quando falamos em dores crónicas, caso em que o comportamento de evitamento persiste, mesmo depois da cura dos tecidos. Assinalam-se, assim, as privações diárias e sociais, bem como das actividades de lazer (Edwards, Augustson & Fillingim, 2000; Hadjistavropoulos, Asmundson, Norton, 1998; Hanson & Gerber, 1990; Holman, & Turk, 1986; Soares, Figueiredo & Lemos, 1999).

Associados a estes comportamentos estão também os factores cognitivos capazes de contribuir para o reforço da dor (Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991).

Na premissa de qualquer uma destas variáveis, e considerando os ideais “catastróficos”, podemos assinalar que, já em 1979, Spanos e col., aludiam à relação entre os estilos cognitivos adoptados pelo indivíduo e a experiência da dor. Os autores descrevem que indivíduos com estilos cognitivos catastrofizantes experienciam mais dor que aqueles que não apresentam este tipo de cognição. O mesmo se verifica quando surgem comportamentos de ineficácia perante a evolução do tratamento, muitas vezes aliada à pouca adesão terapêutica, em que os baixos níveis de auto-controlo favorecem os ideais de derrotismo a curto prazo e de ineficácia a longo prazo. Estes comportamentos de ineficácia estão concomitantes com a alexitimia, enquanto variável psicológica referenciada pelo modelo de adaptação de Lazarus e a hipótese stress – alexitimia, de Martin e Phil, nos quais a alexitimia é implicada na promoção da saúde, na prevenção da doença e nos comportamentos de adesão (Lobo, Trindade, Teixeira, 1997).

Também muito recentemente, os estudos de Madland, Feinmann e Newman (2000), bem como de Turner, Dworkin, Manel, Huggins e Truelove (2001), referem as crenças na percepção da dor, os ideais “catastróficos” e o *coping* como variáveis a considerar nas conjecturas psico-fisiosociológicas neste tipo de doentes. Ao que parece, a desmitificação de determinados factores comportamentais pode contribuir, positivamente, para a evolução psico-odontológica deste tipo de disfunção.

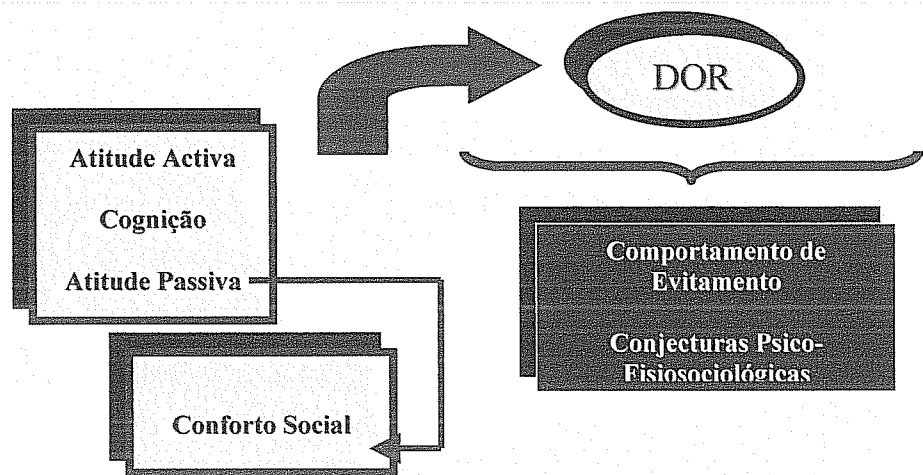


Figura 1 – Atitudes e Comportamentos na Dor

Em função de todos os contributos já descritos, reforçamos o facto da classificação de doentes com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular ser assinalada pela ausência ou presença de vários sintomas somáticos, como a dor e “*Joint Noises*” (*Clicks*), e de sinais físicos, como sejam a limitação da abertura da boca e a diminuição da força muscular, bem como os restantes sinais passíveis de serem verificados visualmente em exames complementares, como por exemplo radiológico (Eversole & Machado, 1985; Bell, 1986; Turk & Rudy, 1987; Stegenga, Bont & Boering, 1993; Okeson & Lexington, 1997).

No que respeita à personalidade do doente com DATM, importa referir o estudo de Parker, Holmes e Terezhalmay (1993), no qual se distinguem perfis de personalidade que, de acordo com o MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), são idênticos a doentes com outro tipo de dor crónica.

Não podemos esquecer que, também em 1979, Kobasa, numa perspectiva organizacional, considerou três sub-grupos que identificam a capacidade de confronto de acordo com a personalidade, reconhecendo-os como os três C(s) da Disfunção: *Control, Committed e Challenge*. A partir daqui, conseguimos destacar: (a) indivíduos que acreditam que conseguem *controlar* qualquer influência acrescida dos acontecimentos de vida (Locus de Controlo Interno); (b) indivíduos demasiadamente *envolvidos* nas actividades activas e diárias; e (c) indivíduos que encaram a *mudança* como um desafio capaz de promover oportunidades evolutivas na saúde (Kobasa, 1979; Rudy, Turk, Kubinski & Zaki, 1995).

Curiosamente, segundo Rudy et al. (1983), estes três sub-grupos não diferem no que respeita aos exames odontológicos, tais como a observação dental e a visualização radiológica. Neste registo, a reabilitação e a evolução do tratamento dependerão, não só dos factores médicos, mas também da detecção precoce da história antecedente e actual do indivíduo (Rudy, Turk, Kubinski & Zaki, 1995). Com efeito, assinala-se, mais uma vez, a necessidade de tratamentos não isolados, circunscritos à prática médica, mas também o envolvimento de equipas multidisciplinares capazes de assumir, quer os conhecimentos médicos, quer os factores de natureza socio-cultural. Na mesma linha de análise, também Turk e Rudy (1988) classificaram os doentes com DATM em três estilos de confronto, com características psicossociais e

condutas diferenciadas. No que respeita à classificação, diferenciam-se três tipos de padrões: padrão A – denominado por “Disfuncional” e caracterizado por elevados níveis de dor, interferência diária e *stress* afectivo, com baixos níveis de actividade e necessidade de controlo; padrão B, denominado por “*stress* interpessoal” e caracterizado por condições semelhantes ao anterior em consonância com poucos apoios sociais significativos; padrão C, denominado de “confronto adaptativo/positivo” e caracterizado pela presença de dor e condutas activas, baixos níveis de *stress* e interferência, e sensação de controlo. Estes padrões permitem prever qual o diagnóstico e resposta de tratamento da Disfunção Temporomandibular.

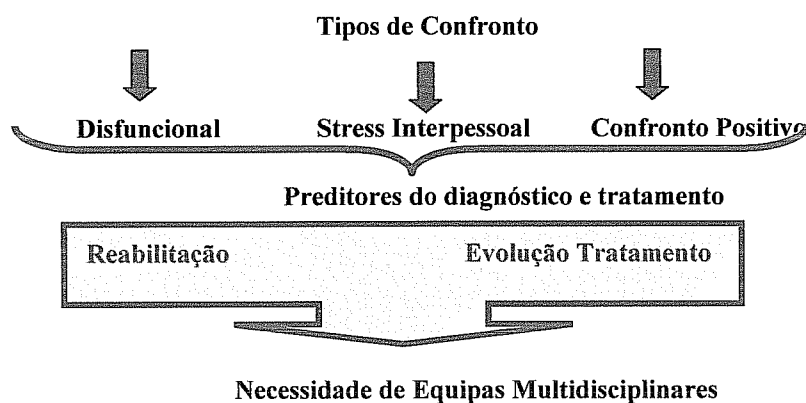


Figura 2 – Preditores do Diagnóstico e Tratamento

Paralelamente, importa referir que, no alicerce destas investigações, existe a definição de cada um destes padrões na validação do questionário WHYMPI (*West Haven – Yale Multidimensional Pain Inventory*) de Kerns, Turk e Rudy, em 1985, o qual será um dos instrumentos a ser utilizado na presente investigação.

Este tipo de classificação ajuda-nos a perceber que, embora os exames odontológicos possam permitir uma visualização idêntica em qualquer um dos grupos, existem as dimensões psicosociais que devem ser consideradas para o “tratamento agrupado” do

doente com DATM. Daqui, conseguimos postular qual o tratamento odontológico e psicológico do indivíduo, tendo em conta a “humanização do doente” e não a “objectificação do corpo” (Dias, 1997).

Descortina-se, assim, a dimensão holística do campo odontológico, em conjunto com a Psicologia da Saúde.

Ainda na abordagem de classificação, surge também o estudo de Stockstill e Callahan (1991), no qual é feita uma comparação entre um grupo de doentes com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular e um grupo sem a referida disfunção, tendo-se constatado que, por um lado, os primeiros possuem níveis de controlo e de confronto mais baixos do que o segundo e, por outro, que não existem diferenças significativas no que respeita aos níveis de ansiedade e depressão em ambos os grupos.

Mais tarde, McCreary et al. (1992), averiguaram, também, que, na fase que antecede o tratamento, são evidentes sinais como a dor, a ansiedade, a desconfiança e a somatização.

Sob a égide destes resultados, refiram-se outras investigações em torno da DATM. Em 1996, Turk, Rudy, Kubinski, Zaki e Greco tendem a sustentar resultados apenas do grupo com disfunção, especificando, no mesmo grupo, diferentes tipos de tratamento. Deste modo, os autores classificaram os sujeitos com Disfunção da Articulação Temporomandibular em dois grupos: um grupo que apenas visava o tratamento odontológico e outro que combinava, para além do tratamento odontológico propriamente dito, a terapia cognitiva para alívio do *stress*. Mediante os resultados, observou-se que ambos os grupos evidenciaram uma redução,

estatisticamente significativa, no que respeita às variáveis física, psíquica e comportamental. No entanto, importa não descuidar o facto de que os doentes com DATM que beneficiaram de terapia cognitiva denotaram redução significativa da sintomatologia depressiva, dor e recurso à medicalização.

De acordo com estas conclusões, podemos constatar a importância da interacção entre factores biomédicos e psicológicos, dos quais fazem parte a desmitificação de variáveis preditoras, bem como tratamentos que pretendem a modificação de hábitos parafuncionais e comportamentais relacionados com a Educação para a Saúde, que remetem para a alteração do estilo de vida, com a utilização de técnicas de relaxação e cognitivas para controlo do stress (Yap, 1999)

Neste registo, podemos acrescentar que este tipo de tratamentos parece, de alguma forma, contribuir para a melhoria e evolução do estado de saúde deste tipo de doentes, já que as queixas clínicas se traduzem em elevados níveis de dor, bem como baixa tolerância, para além do *stress* psicológico, baixos níveis de controlo e actividades, factores que reforçam as características disfuncionais deste tipo de patologia.

Também em 1996, Brown, Robinson, Riley e Gremilion reforçam a influência da depressão, ansiedade e revolta, bem como a intensidade da dor, como preditores e contributivos para a evolução da Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular. Tais resultados remetem para a “participação” acrescida de aspectos psicológicos como contributo na etiologia deste tipo de disfunção (Gale & Dixon, 1989; Clark, 1991; Pankhurst, 1997; Wexler & Steed, 1998).

Na sequência de todos estes estudos e no elenco dos factores emocionais que possam estar inerentes a esta disfunção, surgem, ainda, numa fase muito recente, alguns contributos que vincam o facto da DATM estar associada a múltiplas alterações emocionais, bem como às actividades diárias do doente (Glaros, 2001; Morris, Benjamim, Gray & Bennett, 1997).

No enigma deste problema, começa-se actualmente a conseguir responder a algumas questões que em tempos suscitavam ainda algumas dúvidas: o impacto da Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular é idêntico ao de outras disfunções em que a dor crónica esteja implicada, bem como o facto de a depressão ser um dos estados emocionais mais comuns associado à dor crónica (Dworkin & Massoth, 1994; Glaros, 2000; Sipila et al., 2001).

1.2. AS INVESTIGAÇÕES NO ÂMBITO DA DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO – MANDIBULAR

Após a revisão de literatura, verificamos a extensão de investigações que existem sobre a Disfunção da Articulação Temporomandibular. A maioria das investigações centram-se essencialmente na relação com os factores psicossociais, o que fez com que este síndrome contribuísse para o aumento do campo científico, quer odontológico, quer psicossomático.

Sob a égide da psicossomática, surgem muitas questões que, quando confrontadas com alguns resultados científicos, parecem assumir o envolvimento dos factores psicológicos neste tipo de disfunção.

Se, por um lado, identificámos estudos focalizados na comparação entre indivíduos com o diagnóstico de DATM e indivíduos saudáveis, outros há que permitem a comparação entre estes grupos, acrescidos do grupo psiquiátrico. Todavia, também encontramos alguns estudos sobre DATM, nos quais foi feita a distinção entre doentes com dor crónica e doentes com dor aguda.

Neste enquadramento, identificamos, pois, alguns factores que parecem ser constantemente avaliados nas diferentes investigações, como sejam a depressão e a ansiedade.

Na distinção entre DATM com dor aguda e crónica, surge o estudo de Gatchel et al. (1996), cujo objectivo foi o de avaliar as diferenças entre estes, recorrendo a medidas de avaliação que determinassem a presença de disfunção psiquiátrica segundo os critérios da Associação Americana de Psiquiatria. Os resultados demonstraram que os doentes com DATM crónico evidenciam diferenças significativas no que respeita aos elevados níveis de desordens afectivas e somatoformes, enquanto que os doentes com DATM agudo tendem a revelar índices elevados de ansiedade.

Note-se, desde já, que estes estudos avaliam a ansiedade no foro psíquico, sem e com a atribuição da somatização. Isto porque alguns estudos conotam a diferença de resultados quando comparam grupos de indivíduos com DATM e grupos de doentes psiquiátricos.

Com efeito, e assinalando a investigação que fomentou esta tendência, relevam-se os resultados do estudo efectuado em 2000, por Meldolesi, Picardi, Accivile, Toraldo di Francia e Biondi, no qual foram avaliados três grupos: Grupo de indivíduos com diagnóstico de Síndrome Disfuncional da Articulação Temporomandibular, Grupo de

indivíduos com presença de sintomatologia descrita no eixo I do DSM-IV, e um Grupo de indivíduos saudáveis que permanecessem numa consulta de rotina. Na descrição dos grupos, foi assinalado que o primeiro incluía sujeitos que revelavam sintomas como dores na articulação, nos músculos mastigatórios, *clicks* durante a abertura e encerramento da boca, enquanto que o segundo incluía indivíduos evidenciando desordens distímicas, depressivas, ansiosas ou outras. Finalmente, no que respeita ao grupo saudável, apenas foram avaliados os indivíduos que não revelassem qualquer disfunção de ordem médica. O objectivo era o de identificar a presença de psicopatologia e definir a personalidade dos indivíduos com DATM.

Com efeito, os autores recorreram à utilização de dois instrumentos psicométricos: MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Os resultados demonstraram que os indivíduos com DATM indicavam valores significativamente superiores ao grupo saudável no que respeita às subescalas do MMPI, nomeadamente, Hs, D e Hy (Histeria, Depressão e Hipocondria). Na realidade, estas sub-escalas marcam a trajectória da “tríade neurótica”, já considerada, em 1998, por Michelotti, Martina, Russo e Romeo, em doentes com dor miofacial e doentes com DATM, no qual foi assinalada a ausência de diferenças entre estes dois grupos.

Na análise destes resultados, assume-se que 60,7% dos indivíduos com disfunção na ATM se enquadram na descrição da tríade neurótica, assim designada pela elevação das sub-escalas já referidas. Para além deste resultado, constatou-se, também, a diferenciação entre a ansiedade psíquica e a ansiedade somática, assinalando-se que a primeira é significativa no grupo de doentes psiquiátrico e a segunda no grupo de indivíduos com DATM.

É com base nestes resultados que os mesmos autores preconizam a existência de psicopatologia *minor*, dadas as queixas somáticas, traços neuróticos e ansiedade. Na aliança desta conclusão assume-se, mais uma vez, a possibilidade do stress ser uma das variáveis comportamentais com maior potencialidade no compromisso, quer da saúde em geral, quer da saúde odontológica.

Por outro lado, este estudo contribuiu igualmente para reforçar o carácter pouco emotivo dos doentes com DATM, ou seja, a subescala Pt define a “ausência de emoção”, em particular em situações que remetem para o medo e ansiedade. Esta definição remonta para o conceito de “alexitimia” (Sifneos & Nemiah, 1973; Taylor, 1984), ligado à “*somatothymia*” (Stoudemire, 1991), enquanto linguagem somática capaz de comunicar todas as experiências emocionais do indivíduo.

Surge, então, a oportunidade de relacionarmos o conteúdo teórico até agora discutido com alguns conceitos e definições sobre a alexitimia.

Este termo, utilizado pela primeira vez por Sifneos, em 1973, apelava para as dificuldades do indivíduo na descrição dos sentimentos, para além do empobrecimento da fantasia e relações interpessoais (Lesser, 1981). No mesmo sentido, surge a definição de Taylor (1984), considerando a alexitimia como uma perturbação específica no funcionamento psíquico, caracterizada por dificuldades na verbalização dos afectos e na elaboração de fantasias.

Para além destas definições subsequentes a Sifneos, surgiram também alguns parâmetros descritivos sobre o conteúdo crítico do termo alexitimia. Estes parâmetros, assinalados por Nemiah, Freyberger e Sifneos, em 1976, definem: a) Incapacidade para descrever os seus próprios sentimentos; b) Incapacidade para

sentir e referenciar a dimensão física de um estado emocional, a não ser como sintoma de doença; c) Dificuldades na distinção de afectos comuns; d) Explosões afectivas curtas mas violentas que o indivíduo não consegue explicar; e) Pobreza ou ausência de fantasias referidas a sentimentos ou impulsos e conteúdo do pensamento caracterizado por descrições detalhadas e minuciosas de acontecimentos externos, incluindo as suas queixas somáticas e a reacção dos outros à sua doença (Marty e M'Uzan; 1963); f) Atitude rígida, formal e reservada, em que a ausência de colorido emocional do discurso e o excesso de detalhes tornam o doente “aborrecido” e pouco interessante para o observador.

Todavia, Taylor (1991) discordou deste conteúdo descritivo, reforçando a necessidade de distinguir a alexitimia das personalidades histérica e obsessiva, dada a identificação da alexitimia com a indiferença do histérico ou com a falta de afecto do obsessivo.

Porém, no que respeita às bases históricas do desenvolvimento do conceito, assistimos, também, a opiniões concordantes quando falamos de características principais sobre o funcionamento psicológico dos doentes psicossomáticos, que surgem como fenómenos ligados ao conceito de alexítimia.

Na descrição desses fenómenos, assinalam-se a personalidade infantil, a incapacidade de verbalizar sentimentos e o pensamento operatório (MacLean, 1949; Marty e M'Uzan, 1963; Reusch, 1948). O primeiro diria respeito a uma perturbação ao longo do desenvolvimento, o que, por seu lado, afectaria a expressão verbal e a capacidade de simbolização, enquanto que o segundo estaria ligado a uma perturbação neuro-anatómica e funcional, o que impossibilitava a simbolização,

aumentando a expressão directa dos afectos por vias autonómicas e viscerais. Por último, temos uma forma particular do pensamento que acompanha a carência da actividade fantasmática e onírica.

É a partir do conceito “alexitimia” que pretendemos explicar e interpretar os resultados contraditórios que surgem em algumas investigações. Isto porque, perante um acontecimento mais stressante, há a possibilidade de desorganização mental, manifestada por alterações na vida fantasmática, onírica e relacional do sujeito.

Estas alterações são definidas pelo quadro que se segue:

Plano Fantasmático	✓ Ausência de representações pré-conscientes;
	✓ Ausência de simbolismo, sem ligação com o inconsciente;
	✓ Ausência de associações de ideias num plano simbólico;
	✓ Comunicação verbal pobre
Plano Onírico	✓ Desaparecimento do sonho ou sonhos do tipo operatório sem elaboração mental
Plano Relacional	✓ Relações sem projecção ou interferência de imagos;
	✓ Pobreza de afectos, relação seca;
	✓ Todo o relacional “vazio”

Quadro 1 – Descrição dos planos na alexitimia

A presença da alexitimia foi também observada nos distúrbios somatoformes e psíquicos, os quais parecem estar associados à ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e comportamentos aditivos, embora inicialmente tivesse sido descrita no domínio das doenças psicossomáticas, tendo sido referida a sua elevada prevalência nas doenças somáticas como as doenças cardiovasculares, distúrbios respiratórios, dores crónicas, distúrbios gastrointestinais, doenças reumatológicas e artrite reumatoíde (Loas, Dhee-Perot, Chaperot et al.1998; Lumley & Roby, 1995)

Segundo Fernandes e Tomé, em 2001, a alexitimia tem suscitado a elaboração de vários modelos explicativos tais como: genéticos, embora estes modelos não expliquem em que circunstâncias aparecem as manifestações clínicas, neurofisiológicos, psicodinâmicos, socioculturais e cognitivo-comportamentais.

De acordo com qualquer um destes modelos surgem teorias que explicam a expressão somática sob a alexitimia.

Na Teoria Neurofisiológica são considerados dois modelos, assentando um deles na predominância de um hemisfério cerebral e na transferência de informação entre eles, enquanto que o outro assinala uma transmissão deficiente de informação entre o sistema límbico e o neocortex, assumindo-se, desta forma, uma hipofunção do hemisfério direito. Assim, esta teoria assume que a área anatómica das emoções estaria situada no sistema límbico, responsáveis pelas “emoções viscerais”, sendo o neocortex fundamental para o desenvolvimento das cognições, o que faz com que os indivíduos não experimentem pensamentos apropriados às emoções.

Em relação à Teoria Psicodinâmica, os psicanalistas defendem que a doença psicossomática é a consequência dos conflitos não resolvidos através da expressão e resolução verbal. Como refere Fonte (1993), os sintomas somáticos seriam, quer uma tentativa de reparação narcísica, quer uma expulsão da parte má do objecto pela parte somática.

Por outro lado, existe também a Teoria Cognitivo-Comportamental, defendida por Martin e Phil (1985), estudo no qual os autores referem que, perante uma situação de stress, o indivíduo com características alexitimicas vai responder de um modo específico, não conseguindo lidar com a situação de forma adequada. Este tipo de

inadequação deve-se à falta de conhecimento emocional, incapacidade de expressar emoções, o que promove uma resposta exacerbada com aparecimento de sintomas somáticos. A incapacidade da alexitimia para reconhecer a situação desencadeadora de stress vai proporcionar a exposição mais frequente a este tipo de situações, representando, assim, a dissociação entre as respostas subjectiva e fisiológica (Zept, Liedtke, Berns et al., 1981).

Na explicação dos comportamentos impulsivos derivados de situações promotoras de stress, surgem também os estudos de Shipko (1982 a;1982 b), nos quais o autor defende que um doente alexitimico, no confronto de uma situação potenciadora de stress, reage recorrendo ao pensamento operativo. Caso a utilização deste tipo de pensamento seja ineficaz, o doente tende a promover mecanismos de coping cada vez mais ineficazes. Desta forma, estabelece-se um ciclo vicioso, o que faz com que o sujeito alexitimico se retire da situação ou comece a reagir impulsivamente – *acting out*.

Por outro lado, Fukunishi e Rahe (1995) realçam a relação entre características alexitimicas e o meio sociocultural do indivíduo, assumindo a existência de uma Teoria Sociocultural. Com base nesta teoria, surgem vários estudos nos quais se verifica que a maior frequência de características alexitimicas surgem em doentes de baixo nível socio-económico, o que poderá ficar a dever-se às expectativas culturais ou expectativas de sobrevivência desencorajarem o processo afectivo em prol do processo racional . Por outro lado, também existem estudos que apontam o facto da alexitimia ser devida a uma causa e não a consequência, ou seja, os indivíduos com défices alexitimicos seriam menos instruídos, o que os levaria a pertencerem a

classes socio-económicas mais baixas (Kauhanen & Kaplan, 1993; Lumley, Mader, Gramzow, et al., 1996; Lumley, Stettner & Wehmer, 1996; Fukunishi, Kaji, Hosaka et al., 1997). Contudo, os resultados sobre a relação entre a alexitimia e as variáveis socioculturais são contraditórios, não sendo possível sustentar uma etiologia baseada neste factores.

Por último, a Teoria Multifactorial distingue a alexitimia primária, assumida através de um modelo deficitário neuroanatómico, e a secundária, associada a factores psicológicos e sociais.

De acordo com o que foi dito inicialmente sobre as doenças psicossomáticas e a alexitimia, Fernandes e Tomé (2001) assinalam o facto de, independentemente, desta estar associada às doenças psicossomáticas, por vezes não se manifesta através de sintomas psicossomáticos. O mesmo acontece com os doentes psicossomáticos, os quais não têm que manifestar, forçosamente, características alexitimicas.

Desta leitura, percebemos, então, que a alexitimia será um factor de risco para as doenças psicossomáticas, e não um factor precipitante.

Numa outra perspectiva, e para além da ansiedade, surgem outros resultados sobre o domínio coesivo da depressão na Disfunção da Articulação Temporomandibular. Em contrapartida, e como seria de esperar, emergem por vezes alguns resultados contraditórios, os quais iremos, também, salientar ao longo da presente investigação.

Rollman e Gillespie (2000), reforçam a relação entre a depressão e a Disfunção da Articulação Temporomandibular, embora acrescentem a ambiguidade quando à “origem” dessa mesma relação. Atente-se que esta ambiguidade também já foi referida quando falámos do Síndrome Fibromiálgico.

Alguns autores crêem que a depressão surge devido à dor sentida pela disfunção, enquanto que outros defendem que a disfunção resulta da depressão, sendo desta forma anunciada como “depressão mascarada”. De uma forma ou de outra, parece-nos pertinente referir que, no âmago deste tipo de disfunção, qualquer tratamento deveria incluir estratégias que ajudassem a gerir a dor, evitando o aparecimento da sintomatologia depressiva (Dworkin, 1994).

Independentemente destes resultados, que associam a relação entre a dor e depressão, encontramos alguns contributos que revelam o contrário, como é o caso das conclusões retiradas dos estudos de Turk e Okifuji (1997) e Rudy, Turk e Brena (1988). Nestas conclusões, os autores assumem que não existe uma associação explícita entre a dor e depressão, mas um auto-controle capaz de perceber a dor como uma forma menos incapacitante, aliada a poucas interferências nas diferentes esferas: pessoal, familiar, profissional e social. Todavia, acrescentam que, perante uma atitude de baixo controlo, o sujeito está predisposto a uma miríade de situações que, no seu conjunto, predizem níveis de depressão acentuados.

Tomando como premissa estes constructos, não podemos esquecer que tais resultados dependem, também, da idade do indivíduo, ou seja, à medida que esta aumenta, maior é a probabilidade da relação entre dor e depressão (Turk, Okifuji & Scharff, 1995).

De facto, conjectura-se que, actualmente, a dor crónica afecta, quer indivíduos de faixa etária jovem, quer indivíduos mais velhos (Andersson, Ejlertssen, Leden & Rosenberg, 1993; Hanson & Gerber, 1990), particularmente do sexo feminino..

Até agora, temos apresentado os resultados que discutem a dor e a depressão, interessando-nos, no entanto, sublinhar que, para além da depressão, existem também factores ansiogénicos que contribuem, em grande parte, para a dor. Neste sentido, conseguimos perceber que o doente com controlo sob a sua dor consegue antever a necessidade de farmacologia, enquanto que os doentes com elevados níveis de ansiedade, ou seja baixo controlo, contribuem para a dor, de tal modo que, quanto maior a ansiedade, maior a dor (Ribeiro, 1998).

Ao que parece, o auto-controlo assume uma carga preditiva entre a dor e factores ansiogénicos, não assumindo o mesmo tipo de relação quando consideramos a dor e depressão. Todavia, qualquer um destes resultados podem ser discutidos em função de outras investigações posteriores.

Acresce referir que parece instalar-se um “ciclo vicioso” envolvido entre o controle e a percepção da dor, incerteza, insegurança, sinais de ansiedade e stress (Bowers, 1968). Regista-se, também, que a falta de auto-controlo aumenta a ansiedade, o que perspectiva uma maior percepção de dor e do stress (Fillingim, Maixner, Kincaid, Sigurdsson & Harris, 1996; Turk & Okifuji, 1997).

Contudo, existem intervenções terapêuticas, como o biofeedback e terapia cognitivo-comportamental, que podem contribuir directamente para a redução da tensão muscular, aliviando a sintomatologia, o que constitui uma mais valia para a prevenção e tratamento deste tipo de doentes (Orbach et al., 1998).

De facto, após a leitura de qualquer um destes resultados, somos a pensar sobre a necessidade de intervenção terapêutica, ainda mais quando nos deparamos com situações em que o próprio doente não percebe o seu estado de saúde. Falamos da “Depressão Essencial”, caracterizada pela ausência de sintomas positivos por um

desaparecimento da libido, quer narcisica, quer objectal. Este tipo de depressão inicia-se como uma crise “silenciosa”, associada a uma angústia e a um sofrimento não percebidos pelo sujeito. Este silêncio que abordámos é camuflado pelo envolvimento contínuo do sujeito nas suas actividades profissionais e relacionais, sem alteração aparente, embora, por vezes, o sujeito manifeste uma queixa contínua de fadiga -atonía- que se esconde por detrás de uma boa relação social.

Todavia, a desorganização e desagregação da vida psíquica traduzem-se por um apagamento da dinâmica mental (Identificação, Introjecção, Projecção, Deslocamento, Condensação, Associações) e por um empobrecimento da vida onírica e fantasmática, que conferem o carácter mecânico e desvitalizado ao funcionamento do sujeito, com perda do valor simbólico do discurso e pobreza afectiva.

No enquadramento de todos estes conteúdos, surgem também as evidências de Gallagher et al. (1991), que denunciam a depressão como um dos factores de risco para o desenvolvimento da Disfunção da Articulação Temporomandibular, atribuindo quantitativamente que 41% dos doentes com ATM se inscrevem num quadro clínico de depressão major.

No âmbito destes resultados, Morris, Benjamim, Gray e Bennett (1997) reforçam que 33% dos doentes com Disfunção na Articulação Temporomandibular evidencia disfunções psicológicas. Na verdade, o estudo sugere ainda que alguns doentes com este tipo de disfunção têm um elevado nível de disfunções emocionais, ao passo que outros não manifestam índices de stress significativos.

Sendo assim, acresce ainda a possibilidade da depressão ser um dos factores mais importantes a ter em conta na dor miofacial, para além de não surgir como predisposição genética (LeResche & Massoth, 1995; Dohrenwend, Raphael, Marbach & Gallagher, 1999).

Quando falamos em depressão na Disfunção na Articulação Temporo-Mandibular, não podemos deixar de lembrar a caracterização do Síndrome Fibromiálgico (SF), sendo que os estudos já assinalados “sublinham” os níveis de depressão como presentes em qualquer doença crónica (Kirmayer, Robbins & Kapusta, 1988; Ahles, Khan, Yunus, Spiegel & Masi, 1991).

De encontro com os resultados destes estudos existem também outros resultados que explicam o facto da depressão estar explícita em doenças como o Síndrome Fibromiálgico, questionando-se a origem dos quadros depressivos, enquanto consequência ou preditor (List & Dworkin, 1996).

Nesta sequência, assistimos a diferentes discussões, umas em que as desordens depressivas fazem parte da história familiar (Hudson, Goldenberg, Pope, Keck & Schlesinger, 1992; Katz & Kravitz, 1996; Walker et al., 1997) e outras em que o Síndrome Fibromiálgico é uma variante das desordens depressivas, ou seja, é considerado como uma das primeiras manifestações psiquiátricas (Hudson, Hudson, Pliner, Goldenberg & Pope, 1985; Alfici, Sigal & Landau, 1989).

A discussão de qualquer uma destas componentes poderá ser confrontada com outras conclusões: 1) existem doentes com S.F. que não revelam quadros depressivos; 2) a associação entre a S.F. e a depressão é baseada no facto dos doentes com S.F. revelarem baixos níveis de serotonina - responsável pelo humor; 3) a depressão é

reactiva à severidade e cronicidade do Síndrome Fibromiálgico que, relacionado com a capacidade de confronto, explica o facto de existirem doentes com Síndrome Fibromiálgico sem depressão.

De facto, já em 2000, Okifuji, Turk e Sherman concluem a existência de um “retrato” psicopatológico comum entre o Síndrome Fibromiálgico e a Depressão.

Na explanação destes conteúdos, e embora no âmbito do stress, não poderíamos deixar de referir, mais uma vez, a importância da associação entre a alexitimia e doenças relacionadas com o stress. Esta hipótese, já colocada por Martin e Phil (1985), reforça o facto de que existem características cognitivas e comportamentais que predispõem o sujeito a uma doença, quando em presença de estímulos promotores de stress.

Acrescente-se que esta hipótese parece sustentar os resultados de alguns estudos cujas conclusões indicam que o stress é, de facto, um dos factores que favorecem o desenvolvimento da Disfunção da Articulação Temporomandibular (Alpern, 1992). Esta hipótese sustenta a ideia do stress promover a hiperactividade dos músculos mastigatórios, expressa por actividades parafuncionais, como é o caso da opressão dental (Laskin, 1976; Rao & Glaros, 1979; DeNucci, Sobiski & Diobnne, 1998).

Na explicação de Martin e Phil, a falta de consciência das emoções, a nível cognitivo, e a dificuldade na sua expressão, a nível comportamental desencadeariam estratégias de “coping” mal adaptativas ou ineficazes que, prolongando a situação, aumentariam a resposta psicológica do organismo ao stress e, portanto, facilitariam o aparecimento de doenças.

Talvez por esta razão a alexitimia seja entendida como um “set” cognitivo/comportamental com implicações etiológicas e terapêuticas face à doença. Neste contexto, Ahrens e Defner (1986) discutiram a alexitimia em termos de mecanismos de “coping” que ocorrem em resposta a situações específicas e não como traço da personalidade.

1.3. CONTRIBUTOS SOBRE O OBJECTO DE PESQUISA

Face a algumas investigações, a Disfunção da Articulação Temporomandibular começa a ser avaliada em função de outras doenças. Desta forma, o avanço para alguns contributos sobre este problema odontológico visa a comparação entre grupos de doentes, inclusivé os diferentes sub-grupos que definem a DATM, de forma a preenchermos uma visão orientada sobre constructos e modelos teóricos que possam sustentar e possibilitar a incrementação de alguns pressupostos.

A este propósito, em 1988, 1990 e 1997, alguns estudos realizados por Von Korff, Dworkin, Le Resche e Kruger, Dworkin, Huggins e Le Resche et al, e Le Resche, respectivamente, concluem que aproximadamente 12% dos doentes com o diagnóstico de DATM refere dor contínua.

Por outro lado, não podemos esquecer que alguns autores fundamentaram não apenas a disfunção da Articulação Temporomandibular mas também os sub-grupos que a caracterizam. São exemplos os contributos científicos de Dahlstrom (1993) e de Wexler e McKinney (1999), que avançam com o domínio diferencial entre grupos com queixas nos músculos e grupos com queixas na articulação, acrescentando que os doentes que pertencem ao primeiro grupo, como é o caso dos doentes com dor

miofacial, denotam maior sensibilidade à dor e índices significativos de angústia, quando comparados com os doentes do segundo grupo.

A corroborar estes resultados temos também o estudo de Michelotti, Martina, Russo e Romeo, que em 1998, incidiu sobre a temática relacionada com as características da personalidade dos doentes com disfunção na Articulação Temporomandibular. No decorrer deste estudo foi aplicado o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) a trinta doentes com dor miofacial e a vinte doentes com problemas articulares. Após a comparação entre os grupos os autores verificaram que 73% dos doentes com dor miofacial e 45% dos doentes com dor articular são classificados como patológicos, sublinhando, no entanto, que a prevalência é mais elevada nos doentes com dor miofacial que nos doentes com dores articulares.

Pese embora estes resultados sejam de 1998, também em 1997 houve evidências do carácter desadaptativo entre os doentes com deslocamento discal e doentes com dor miofacial. Os resultados evidenciaram que os doentes com deslocamento discal conseguem manter respostas adaptativas, ao contrário dos doentes com dor miofacial que denotam respostas disfuncionais (Dahlstrom, Widmark & Carlsson, 1997).

Já em 2000, Plante e Ford obtiveram resultados que mostraram que os doentes com DATM perceberam as tarefas laboratoriais de forma mais stressante que o grupo de controlo. Por sua vez, um ano antes desta conclusão, Nicholson, Lakatos e Gramling (1999) submeteram doentes com DATM a uma tarefa de ordem competitiva, com registo da actividade electromiográfica temporomandibular. Os resultados indicaram que os acontecimentos stressantes se relacionam com hábitos orais disfuncionais, aumentando a tensão muscular (registada mediante o EMG),

contribuindo, deste modo, para o desenvolvimento da DATM. Por outro lado, os estudos de tipo correlacional observaram a existência de sintomas somáticos em doentes com DATM quando comparados com o grupo de controlo (Beaton, Eagan, Nakagawa-Kogan & Morrison, 1991).

Na verdade, a DATM está integrada nos mesmos critérios que definem outroS tipo de dor crónica, pelo que será de esperar toda uma gama de implicações clínicas que daí advêm. Falamos, então, de consequências psicológicas e comportamentais inerentes à dor crónica. Sendo assim, faz sentido referirmos o estudo de McKinney, Londeen, Turner e Levitt, em 1990, no qual se compararam as características comportamentais e psicológicas entre um grupo de doentes com o diagnóstico de Disfunção na Articulação Temporo-Mandibular e um grupo de indivíduos com dor crónica, mas sem disfunção da referida articulação. Os resultados indicam que não existem diferenças entre os dois grupos no que diz respeito à intensidade da dor, níveis de sofrimento, auto-medicação, ansiedade, depressão, hostilidade e problemas sociais. No elenco destas conclusões, os mesmos autores assinalam, também, que os doentes com DATM tendem a não procurar os cuidados de saúde, a denunciarem elevados níveis de stress crónico, elevada percepção de tolerância à dor, bem como mais esperança no que respeita ao tratamento.

De facto, este estudo contribuiu para o reconhecimento de que os doentes com DATM percebem a sua doença como diferente, o que justifica o pouco emparelhamento deste tipo de disfunção com outras doenças cuja dor crónica esteja também implicada.

Na linha destes contributos, surge a necessidade de outros estudos que possam, de alguma forma, contribuir para o tratamento da Disfunção da Articulação Temporomandibular no que concerne a características da personalidade, estratégias de confronto e *distress* psicológico (Eversole, Stone, Matheson & Kaplan, 1985; Dworkin e LeResche, 1992; Rudy, Turk, Zaki & Curtin, 1989; Turk, Rudy, Kubinski, Zaki & Greco (1996).

Ao que parece, assiste-se a uma “dependência funcional recíproca” entre os aspectos psicológicos - comportamentais e resultados terapêuticos, nos quais a informação e o esclarecimento sobre o diagnóstico podem facilitar o despiste por parte da equipa médica. Conclui-se que a reciprocidade, acima referida, pode assumir-se como uma mais valia nas trajectórias da saúde, enquanto contributo preventivo ou para controlo da disfunção (Dworkin & Seattle, 1997; Rollman & Gillespie, 2000).

De facto, o estudo e tratamento deste tipo de disfunção são, actualmente, abordados numa perspectiva multifactorial, assinalando-se a necessidade de ter em conta o papel dos factores psicológicos na origem, curso, tratamento e prognóstico da mesma disfunção.

É por intermédio destes conhecimentos que se fundamentam dois eixos significativos: o primeiro diz respeito à inclusão das variáveis psicológicas no protocolo de avaliação da disfunção da articulação temporomandibular (Levitt & McKinney, 1994; Magnusson, List & Helkimo, 1995; Parker, Holmes & Terezhalmly, 1993; Woda & Pionchon, 1999; Zach & Andreasen, 1991), enquanto que o segundo salienta a inclusão de tratamentos psicológicos dirigidos a estes doentes, para além de investigações que possam evidenciar a eficácia deste tipo de tratamentos (Gelb & Gelb, 1989; Rugh, 1991; McCreary, Clark, Oakley & Flack

1992; Mew, 1997; Parker, Holmes & Terezhalmly, 1993; Peterson, Talcott & Kelleher, 1993; Turk, Zaki & Rudy, 1993).

Todavia, a presente investigação depara-se com algumas limitações conceptuais e metodológicas. Apesar de existirem muitos estudos sobre a DATM, cujo objectivo principal ou secundário é o de estabelecer a influência de aspectos psicológicos e sociais na origem e evolução desta disfunção, a maioria debruça-se essencialmente em variáveis psicológicas isoladas, sem qualquer integração dos resultados num modelo explicativo. Deparamo-nos, assim, com algumas dúvidas e dificuldades no que respeita a um conjunto de critérios, como sejam a avaliação da dor, a capacidade de controlo dos doentes, os preditores de cronicidade e a relação entre DATM e depressão, para além dos factores cognitivos na iniciação, manutenção e exacerbação dos sintomas desenvolvidos por esta disfunção. Para exemplificar esta dissonância, podemos recorrer a múltiplas variáveis e instrumentos que fazem parte integrante de investigações sobre a Disfunção Temporomandibular.

Deste modo, iremos considerar o agrupamento de várias medidas psicológicas. O primeiro conjunto de medidas corresponde a índices de *stress psicológico*. Devido ao elevado número de inventários distinguem-se, entre outros, o *Symptoms Check-List* (SCL-90-R), de Derogatis (1982), o *Crow Crisp Experimental Index* (CCEI), de Crown e Crisp (1966), o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), de Hathaway e McKinley (1983) e o *Goldberg Health Questionnaire*, de Goldberg (1973). Para além da sintomatologia geral, as variáveis específicas mais consideradas têm sido a ansiedade, com a utilização de questionários como o *Taylor Manifest Anxiety Scale*, de Taylor (1953), e o *Spielberger State/Trait Anxiety Inventory*, de Spielberger (1970), a depressão, avaliada através do *Beck Depression Inventory*

(BDI), de Beck (1979), e do *Centers for Epidemiologic Studies – Depressed Mood Scale* (CES-D), de Radloff (1977). Um dos indicadores relacionado com o *stress* psicológico é o stress percebido pelo doente, o qual pode ser avaliado por diferentes escalas: *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS), de Holmes et al. (1967), *Eventos Vitales Estresantes* (SES), de Horowitz (1979), *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (WHYMPI), de Kerns et al. (1985). Uma outra variável a ser considerada é a somatização, cuja avaliação poderá ser feita através do *Seriousness of Illness Survey* (SIS), de Willer et al. (1968).

Para além destas escalas e inventários, podemos também considerar o recurso a entrevistas diagnósticas, SCID I (Spitzer et al., 1988) e SCID II (Williams et al., 1992), com o intuito de considerar o diagnóstico prévio ou actual.

Um segundo constructo assenta nas *estratégias de confronto*, onde também se identificou uma heterogeneidade de instrumentos, tais como: escalas de confronto ao stress, de Kobasa (1979), as sub-escalas de apoio aos outros, humor negativo e autocontrolo, que fazem parte integrante da escala de *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (WHYMPI), de Kerns et al. (1985), e o *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ), de Rosenfield e Keefe (1983).

Para além destas variáveis, temos a acrescentar as variáveis de personalidade, algumas das quais são integradas na presente investigação através do Inventário da Personalidade NEO – Revisado, de Costa e McCrae (1992). Outros instrumentos permitem avaliar as diferentes dimensões da personalidade, tais como o *Amsterdam Personality Inventory* (ABV) ou o *Minnesota Personality Inventory* (MMPI), de Hathaway e McKinley (1983).

Alguns estudos referem, com ênfase, outros indicadores, como sejam a *qualidade de vida* e o *nível de interferência ou limitação do doente*. Estes indicadores tendem a ser operacionalizados através de algumas sub-escalas, tais como: *Sckiness Impact Profile* (SIP), de Bergner et al.(1976), *Multidimensional Pain Inventory* (MPI-I), de Kerns et al. (1985). Por último, é de salientar a *Interferência no Funcionamento Social*, que pode igualmente ser avaliada pela sub-escala *Sckiness Impact Profile* (SIP).

No elenco desta diversidade de instrumentos, deparamo-nos, também, com alguma controvérsia no que respeita aos critérios de selecção dos doentes com este tipo de disfunção. No contexto deste tipo de dificuldades, não podemos esquecer as preocupações relacionadas com a precisão deste tipo de diagnóstico, dadas as diferentes manifestações que compreende, bem como a arbitrariedade de selecção dos parâmetros médicos que descrevem a Disfunção da Articulação Temporomandibular.

Tal como já foi referido, existem, de facto, muitas investigações, mas poucos são os trabalhos que diferenciam os subgrupos, incluídos na DATM, com sintomatologia distinta. Por outro lado, os agrupamentos que diferenciam os subgrupos já existentes não definem um critério unificado, ou seja, alguns autores distinguem DATM aguda e DATM crónica, enquanto que outros diferenciam os doentes através de características morfológicas.

Ao nível deste último constructo, podemos relevar os critérios físicos desta disfunção, dos quais se distinguem a patologia muscular (ou miofacial), a articular ou a combinação entre ambas. Outra classificação estabelece-se ao nível da gravidade

da dor e limitações do doente, podendo identificar-se quatro níveis: ATM níveis I e II (sem interferência), ATM níveis III e IV (com interferência).

Tendo em conta todos estes critérios, assinala-se a necessidade acrescida de estudos controlados, com uma amostra adequada e subgrupos, bem definidos, de doentes com DATM. No mesmo sentido, acresce referir que, para uma qualificação metodológica, deverão existir instrumentos capazes de integrar resultados consistentes que possibilitem a sua aplicação ao desenvolvimento de terapias comportamentais adequadas. A utilização destes instrumentos pretende evitar a confusão metodológica, de forma a não precipitar resultados conclusivos.

Em termos conclusivos, a presente investigação pretende descortinar as dimensões que possam estar aliadas à Disfunção da Articulação Temporomandibular, configurando-se, assim, enquadramentos metodológicos específicos. Importa relevar que este trabalho integra algumas variáveis relevantes encontradas em trabalhos anteriores, com o objectivo de melhorar a metodologia da recolha. O grupo experimental corresponde a doentes com o diagnóstico de DATM, enquanto que a amostra de controlo corresponde a pessoas que recorrem a consultas de rotina. As variáveis que pretendemos medir estão consideradas em cinco categorias diferentes: stress psicológico, estratégias de confronto, personalidade, características da dor e parâmetros médicos da disfunção.

Para as variáveis psicológicas consideradas foram seleccionados alguns instrumentos de medida com adequados índices psicométricos. Do mesmo modo, os parâmetros médicos valorizam os aspectos estruturais e clínicos relevantes na DATM.

A partir dos resultados deste trabalho poderão derivar algumas implicações para o tratamento psicológico destes doentes. Como já se destacou, na maioria das investigações referentes à DATM, muitos dos sujeitos não respondem à terapia convencional no tempo esperado, questionando-se que tal seja devido à interferência de factores psicológicos já anteriormente referidos.

Com o desenvolvimento desta investigação pretendemos dar ênfase à participação de uma equipa multidisciplinar entre dentistas, cirurgiões maxilofaciais, psicólogos e terapeutas clínicos na avaliação e tratamento da Disfunção Temporomandibular (Rugh, Woods & Dahlstrom, 1993).

Formuladas estas dimensões surgem, por um lado, as Estratégias de *Coping*, Capacidade de Adaptação à dor, Actividades Sociais e Percepção dos Acontecimentos de Vida, enquanto dimensões psicossociais, e, por outro, os Hábitos Parafuncionais, Nocturnos e de Auto-Medicação, enquanto dimensões comportamentais (Rudy, Turk, Kubinski & Zaki, 1995). Acresce que estas dimensões não são limitadas a estas variáveis, existindo outras capazes de preencherem muitos dos requisitos necessários para este tipo de diagnóstico.

A hipercomplexidade da sintomatologia envolvida exige uma organização da disfunção por diferentes sub-grupos: Patologias Musculares, Transtornos Internos da Articulação Temporo-Mandibular e Artroses (Kobasa, 1979; Rudy et al. 1989). Os critérios diferenciais, também a serem utilizados na grelha de variáveis médicas a preencher na presente investigação, visam, para cada grupo, as dimensões psicossociais e comportamentais.

Em suma, pretende-se estudar as relações entre as variáveis psicológicas - características da personalidade, estratégias de confronto e *distress* psicológico - com a Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular. Para tal, recorrer-se-á à comparação entre dois grupos, com e sem DATM, por forma a determinar a existência de um possível perfil psicológico característico deste tipo de doentes.

De relevar, ainda, que este estudo, a realizar no âmbito do Protocolo estabelecido entre o Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul (ISCS-Sul) e a Universidade de Valência, constitui uma réplica de um projecto de investigação inédito actualmente em curso na Faculdade de Psicologia daquela Universidade, coordenado pelas docentes, Prof^{as} Doutoradas Iolanda Andreu, Estrella Durá e Maria José Galdon.

2. A CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO

2.1. METODOLOGIA

2.1.1. Objectivos do Estudo

2.1.1.1. Objectivos Gerais

A presente investigação pretende estudar as relações entre as diversas variáveis psicológicas, tais como as características da personalidade, estratégias de confronto e *distress* psicológico, com a disfunção da articulação temporomandibular (DATM).

2.1.1.2. Objectivos Específicos

No âmbito dos objectivos gerais, surge a essência de base do estudo, da qual emergem e sobressaem outros mais específicos. De uma forma sucinta, perspectiva-

se a comparação entre dois grupos: um grupo com o diagnóstico de DATM e outro sem qualquer tipo de patologia odontológica. Como resultado, partimos para a análise das possíveis diferenças existentes entre os grupos, no que respeita às características da personalidade, estratégias de confronto perante situações *stressantes* e nível de *distress* psicológico.

Pretende-se, com esta análise, contribuir para a abertura de novos caminhos que possam determinar a existência, ou não, de um possível perfil psicológico característico deste tipo de doentes.

Nesta medida, deverão existir preocupações no que respeita às vicissitudes integrantes no grupo de doentes cujo diagnóstico assenta na Disfunção da Articulação Temporomandibular. Com efeito, não deveremos negligenciar a importância dos subgrupos integrantes neste tipo de disfunção, dado que qualquer um deles é considerado na grelha médica a preencher pelo médico assistente responsável. Estes subgrupos clínicos integram-se em algumas teorizações já contempladas na introdução ao tema, como sejam as patologias musculares, os transtornos internos da Articulação Temporomandibular, dos quais fazem parte os deslocamentos anteriores, com ou sem redução, e as artroses.

Assim, procurou-se fundamentar a leitura interpretativa dos aspectos odontológicos no entrelaçar da abordagem psicológica, ou seja, saber se existe relação ou associação entre as diferentes variáveis psicológicas consideradas e alguns parâmetros médicos relevantes dentro desta patologia, bem como se existem diferenças nas variáveis psicológicas em função dos diversos subgrupos clínicos da

DATM. Importa referir que, em ambos os casos, para além das variáveis psicológicas já assinaladas, incluem-se também medidas mais específicas e relevantes dentro deste grupo, tais como as estratégias de confronto utilizadas pelo sujeito como forma de adaptação à patologia e a evolução multidimensional da experiência de dor.

2.1. 2. Instrumentos

No estudo e complementaridade das questões relacionadas com os objectivos gerais e específicos, foram utilizados cinco instrumentos que integram configurações de congruência, sequencialidade e sistematização metodológica. A autorização para a aplicação destes questionários segue o prolongamento da investigação realizada na Universidade de Valência.

Assinale-se então a síntese descritiva de cada questionário.

Questionário	Síntese Descritiva
NEO-PI-R	<i>Inventário da Personalidade – NEO Revisto; Lima,(1997)- Instrumento vocacionado para medir cinco dimensões da personalidade: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade.</i>
WHYMPI	<i>West Haven – Yale Multidimensional Pain Inventory; Kerns, Turk & Rudy, 1985) – Avalia, numa perspectiva multidimensional, diversos componentes da dor. É constituído por três secções: 1) o impacto da dor na vida do paciente; 2) resposta das outras pessoas mediante as manifestações de dor do paciente; 3) grau de participação do paciente nas actividades diárias.</i>
COPE	<i>Carver, Scheier & Weintraub, 1989 – O COPE avalia um total de 15 estratégias de confronto perante os problemas e situações stressantes da vida. Pede-se ao paciente que assinale a resposta mais adequada, em função do que geralmente faz quando confrontado com este tipo de situações.</i>
BRIEF COPE	<i>Carver, 1997 – Versão breve do COPE. Avalia um total de 14 estratégias de confronto com o stress. Para esta investigação especifica-se ao paciente, mediante as instruções do questionário, que deve responder em função de quais são as suas estratégias de confronto perante os problemas resultantes da patologia de ATM.</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1993 – Avalia a presença e intensidade de diversos sintomas de distress psicológicos durante a última semana.</i>

Quadro 2- Descrição dos Questionários utilizados

Deste quadro verifica-se que o único instrumento que está validado é o NEO-PI-R, por Lima (1997), todos os outros foram submetidos a traduções por parte de uma professora de língua inglesa. Esta versão foi efectuada aos instrumentos, COPE e BSI, de modo a serem integrados e elaborados, tendo estes sido posteriormente submetido à apreciação da Dra. Maria do Rosário Dias.

Depois de concluída a fase de tradução, o COPE e o BSI, foram aplicados a 5 homens e 5 mulheres de idades e estatuto socio-económico diferente, dos quais não manifestaram quaisquer dificuldades na sua compreensão.

A acrescentar que este procedimento não foi efectuado para o BRIEF COPE porque este já tinha sido utilizado no estudo elaborado por Tapadinhas em 1998.

A escolha dos questionários utilizados nesta investigação debruça-se pelo facto destes conseguirem medir as variáveis, *dor, stress, estratégias de coping e personalidade*, assinaladas nos objectivos. Verificamos também que, existem dois instrumentos que avaliam estratégias de coping, são eles o COPE e BRIEF COPE. Todavia, o primeiro pretende avaliar a ansiedade geral, enquanto que o segundo pretende avaliar a ansiedade específica a um problema. Este tipo de indicação é referida no cabeçalho de cada questionário.

Na aplicação do COPE pede-se ao utente para responder face a situações stressantes e não específicas, ao passo que no Brief COPE, é pedido ao utente que responda face ao seu problema que neste caso é o diagnóstico de Disfunção da Articulação Temporomandibular. Desta forma, consegue-se fazer o despiste das respostas.

Daqui depreende-se que o BRIEF COPE apenas é aplicado ao grupo com Disfunção da Articulação Temporomandibular, sendo o COPE utilizado em ambos os grupos, controlo e experimental.

Em relação às questões socio-demográficas, não existe um questionário específico apenas um cabeçalho em cada questionário, do qual é referenciado o número do sujeito, uma vez que o questionário é anônimo, o grupo- experimental ou controle- o género, escolaridade e estado civil do sujeito.

2.1.2.1. Descrição dos instrumentos

2.1.2.1.1. Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R)

O Inventário da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) é um instrumento vocacionado para medir as cinco principais dimensões da personalidade, no qual podemos considerar três momentos distintos.

Em 1978, este instrumento era designado po Inventário NEO, e o seu propósito consistia em avaliar apenas as dimensões Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência. Nesta fase, o NEO era constituído por 18 escalas, avaliadas através de 144 itens.

Posteriormente, e em consonância com os desenvolvimentos teórico-conceituais do Modelo dos Cinco Factores, foram adicionadas duas escalas: Amabilidade e Conscienciosidade.

Já em 1985, o NEO é então intitulado como Inventário da Personalidade (NEO-PI), agora constituído por 181 itens.

Mais tarde, em 1992, e ainda no âmbito evolutivo do mesmo inventário, surge a oportunidade de uma revisão, configurando e formatando o inventário conforme hoje

é conhecido. Estas formatações traduziram-se no acréscimo do número de itens, perfazendo um total de 240 itens, e na consagração do Inventário da Personalidade NEO-Revisto (NEO-PI-R), dotado de validade convergente e discriminante das escalas e facetas (Mc Crae e Costa, 1992).

Nesta perspectiva, o NEO-PI-R, assume cinco escalas: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. A acrescentar, ainda, que cada uma destas escalas avalia seis facetas, elevando para trinta o número de escalas específicas que integram este instrumento.

Por outro lado, cada escala é constituída por 8 itens, o que perfaz o total já referido de 240 itens. Estes são apresentados sob a forma de afirmação, dispendo de uma classificação de Discordo Fortemente, Discordo, Neutro, Concordo e Concordo Fortemente, relativamente às quais o sujeito tem de se posicionar.

Em 1997, Lima descreve os “contextos teóricos e Psicométricos” do referente inventário, tendo sido aferido para a população portuguesa.

Passemos, agora, à descrição de cada escala (domínios) e facetas, segundo Lima e Simões (1995) e Lima (1997).

Neuroticismo

Esta escala avalia a adaptação *versus* instabilidade emocional do sujeito. Sendo assim, os resultados elevados identificam os sujeitos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, hipocondríacos, com tendência para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e

necessidades excessivas de respostas de “coping” adequadas. Por outro lado, a baixa pontuação em N reflecte estabilidade emocional. De uma forma geral, são sujeitos calmos, com humor constante, relaxados, seguros, com auto-satisfação, revelando-se capazes de confrontar situações de maior tensão.

Nesta dimensão, distinguem-se as seguintes facetas:

N1: Ansiedade

Estes sujeitos são caracterizados como apreensivos, tensos, preocupados e com medo. Os sujeitos com resultados elevados neste traço, tendem a ser fóbicos, embora a presente escala ainda não contemple este tipo de “traçados”. Por outro lado, temos os sujeitos com pontuações baixas, que se caracterizam por ser calmos, estáveis e sem tendência para valorizarem acontecimentos ou situações menos agradáveis.

N2: Hostilidade

Nesta faceta, assinala-se uma tendência para experienciar a raiva, frustração e amargura. Habitualmente, esta escala encontra-se relacionada com pontuações baixas na Amabilidade. Todavia, os sujeitos com resultados baixos nesta faceta são amigáveis, têm um temperamento mais moderado e dificilmente se ofendem ou se zangam.

N3: Depressão

Um valor elevado nesta faceta remete para sujeitos com baixa esperança na vida, tristes, melancólicos, sozinhos, desesperados e com graus elevados de culpabilidade. Em contrapartida, os sujeitos com valor baixo de N3 tendem a ser confiantes e raramente experimentam as sensações acima descritas.

N4: Auto-Consciência

Nesta escala verifica-se que um resultado elevado remete para sujeitos com sentimentos de inferioridade, envergonhados, tímidos e com ansiedade social. Todavia, um valor baixo de N4 não indica, necessariamente, um sujeito com boas aptidões sociais, embora seja capaz de se sentir à vontade em situações sociais, bem como revelar maior segurança e comportamentos socialmente adequados.

N5: Impulsividade

Estamos perante uma faceta que remete para a incapacidade de controlar e resistir às tentações. Os desejos de alimentos, de tabaco e propriedade são tão fortes que o sujeito não consegue resistir-lhes, mesmo que posteriormente se possa arrepender de tal impulsividade. Contrariamente, os sujeitos com pontuação baixa revelam-se com maior tolerância à frustração e resistem com mais facilidade às tendências acima referidas. Acresce referir que a impulsividade, avaliada na presente escala, não deverá ser confundida com a espontaneidade, decisão rápida e capacidade de arriscar.

N6: Vulnerabilidade

Os sujeitos com resultados elevados nesta faceta tendem, em situações de emergência, a enervarem-se e ficarem em pânico, ou seja, revelam-se incapazes de lidar com a tensão e tornam-se dependentes.

Por outro lado, um valor baixo de N6 é habitualmente indicador de pessoas que conseguem manter alguma resistência e resolução da situação, isto é, conseguem lidar melhor com situações difíceis.

Extroversão

A extroversão traduz a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria.

Tal como temos conhecimento, as pessoas extrovertidas são sociáveis, afirmativas, optimistas, afectuosas, activas e conservadoras. O contrário acontece quando estamos perante uma pontuação baixa pela qual a pessoa é caracterizada por ser mais reservada, menos exuberante, sóbria, distante, com um ritmo de vida mais calmo e tímida.

De acordo com Lima (1997), quer a masculinidade quer a feminilidade encontram-se relacionadas com este domínio. Contudo, associam-se a facetas diferentes: “a masculinidade associa-se a facetas mais activas e dominantes e a feminilidade encontra-se associada a facetas aflitivas, emocionais e vinculativas” (p.183).

Passamos então, a descrever as facetas que constituem esta Dimensão.

E1: Acolhimento Caloroso

Relativamente à intimidade interpessoal, o Acolhimento é a faceta de E de maior relevância, bem como a que está mais próxima da dimensão Amabilidade. As pontuações altas revelam sujeitos amigáveis, conversadores e afectuosos e que conseguem manter laços estreitos com os outros, enquanto que pontuações baixas são habitualmente reveladoras de pessoas mais formais, distantes e frias.

E2: Gregariedade

Nesta faceta identificam-se os indivíduos que gostam de conviver, ter amigos e

contactos sociais e, por outro lado, aqueles que evitam multidões e preferem estar sozinhos. O primeiro tipo de caracterização obedece a pontuações elevadas, enquanto que o segundo é referente a pontuações baixas.

E3: Assertividade

Os sujeitos assertivos são dominantes, revelam ter ascendência social, força de vontade, confiantes e decididos. Estes indivíduos falam sem hesitações e assumem, facilmente, posições de líderes de opinião. Os indivíduos menos assertivos tendem a ter uma conduta mais reservada.

E4: Actividade

Verificamos que valores elevados correspondem a sujeitos enérgicos, com ritmo rápido e vigoroso e que necessitam de estar ocupados. Por outro lado, temos os sujeitos com pontuações baixas, que correspondem a sujeitos sem pressa e com ritmo mais lento.

E5: Procura de Excitação

Nesta faceta encontramos, num extremo, sujeitos que procuram estimulações fortes, aceitam riscos e gostam de ambientes ruidosos e de cores coloridas. No outro extremo situam-se os sujeitos que evitam a sobre-estimulação, são cautelosos, sérios e preferem um tipo de vida que os primeiros facilmente considerariam aborrecida.

E6: Emoções Positivas

Aqui assinalam-se, com pontuações elevadas, os sujeitos alegres, espirituosos, divertidos, com tendência a experimentar emoções positivas, tais como a alegria, a

felicidade e o amor. Os sujeitos com pontuação baixa, não sendo propriamente infelizes, são menos exuberantes, pouco entusiastas, plácidos e sérios. Esta é a faceta da Dimensão Extroversão que mais está relacionada com a satisfação de vida.

Abertura à Experiência

Fazem parte desta dimensão a fantasia ou a imaginação activa, a sensibilidade estética, a amplitude dos sentimentos, a abertura a ideias ou curiosidade intelectual e o juízo independente ou liberal. De um modo geral, esta dimensão traduz a procura proactiva, a apreciação da experiência, a tolerância, e a exploração do não familiar.

Os sujeitos com baixa pontuação têm mais tendência a serem convencionais e conservadores, ao contrário dos sujeitos que estão abertos à experiência, que são criativos, originais, imaginativos, com grande diversidade de interesses, pouco convencionais e tradicionais.

O1: Fantasia

Os sujeitos com pontuações elevadas revelam-se com imaginação e fantasia activas, que apreciam sonhar “acordados” e elaboram fantasias. Aqueles que obtêm pontuações baixas preferem o pensamento realista, são práticos e evitam sonhar “acordados”.

O2: Estética

Nesta faceta os sujeitos com pontuação elevada valorizam a experiência estética, a arte e a beleza, enquanto que pontuações baixas são reveladoras de sujeitos com pontuação é baixa revelam pouca sensibilidade à beleza e pouco apreço pela arte.

O3: Sentimentos

Quando se verificam pontuações elevadas, estamos perante pessoas sensíveis, empáticas, que valorizam os próprios sentimentos e que respondem emocionalmente às situações. Por outro lado, a pontuação baixa é indicadora de uma menor amplitude emocional e de uma desvalorização dos diferentes estados emocionais.

O4: Acções

Quando nos deparamos com pontuações altas, verifica-se que estas denotam a procura da novidade, da variedade, reflectidas, por exemplo, na procura de novas actividades, no experimentar de diferentes passatempos, entre outras actividades. Pontuações baixas, são características de sujeitos que preferem o familiar à novidade, adoptando preferencialmente a sua rotina normal.

O5: Ideias

Esta faceta favorece o desenvolvimento do potencial intelectual, não implicando, necessariamente, inteligência elevada. As pontuações elevadas são conotadas com a curiosidade intelectual, com a apreciação de argumentos filosóficos e a resolução de quebra-cabeças. Por outro lado, os sujeitos com baixa pontuação são caracterizados como mais pragmáticos, orientados, não apreciadores de desafios intelectuais e com curiosidade limitada.

O6: Valores

A esta faceta está subjacente a capacidade para re-equacionar os valores sociais, políticos e religiosos. Desta forma, uma pontuação elevada é indicadora de

tolerância, não-conformismo e “abertura de espírito”. Contrariamente, uma pontuação baixa indicia valores associados ao dogmatismo e ao conservadorismo.

Amabilidade

Esta escala assume as pessoas de bons sentimentos, benevolentes, dignas de confiança, prestáveis e dispostas a acreditar nos outros. Por outro lado, e contrastando com estas características, a pessoa hostil é egocêntrica, cínica, rude, desconfiada, pouco cooperativa, vingativa, irritável, manipuladora, céptica em relação às tendências dos outros e mais competitiva do que cooperativa.

A1: Confiança

As pontuações elevadas revelam intenções benévolas, boa intenção e honestidade. Quando as pontuações são baixas, assiste-se a uma caracterização em que os sujeitos tendem para o cinismo, cepticismo e suspeitam das intenções dos outros.

A2: Rectidão

Nesta faceta registam-se a franqueza, a frontalidade, a sinceridade e a ingenuidade no lidar com os outros, quando estamos perante pontuações elevadas. Inversamente, assiste-se a pessoas calculistas e com tendência para a manipulação do outro, seja através do elogio ou da chantagem.

A3: Altruísmo

Aqui encontram-se pontuações elevadas em sujeitos que revelam uma preocupação activa com os outros, traduzida pela generosidade, filantropia, cortesia mundana,

consideração, interesse social, auto-sacrifício e vontade de ajudar. Os baixos níveis são indicadores de pessoas mais centradas em si próprias e relutantes em se envolver nos problemas dos outros.

A4: Complacência

As pontuações elevadas nesta faceta compreendem, por um lado, a capacidade de aceitação da opinião dos outros, manifestada habitualmente por indivíduos brandos, capazes de inibir a agressividade e com capacidade de perdoar e esquecer. Em relação às pontuações baixas, estas estão conotadas com sujeitos agressivos, antagônicos, contestatários, competitivos e que não se coíbem de se manifestarem com irritação.

A5: Humildade ou Modéstia

A humildade e pouca preocupação consigo próprio é denotada em sujeitos com pontuações elevadas. Um resultado baixo é característico de uma pessoa arrogante, com uma visão exaltada de si própria e com tendências narcisistas.

A6: Sensibilidade

Um resultado elevado é indicador de sujeitos que se deixam guiar pelos seus sentimentos, com tendência para realçar o lado humano da política social. Em contrapartida, os sujeitos com pontuações baixas consideram-se muito realistas e racionais e que não se deixam comover facilmente.

Conscienciosidade

A conscienciosidade pretende medir o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Num dos extremos da escala encontram-se os indivíduos dignos de confiança e escrupulosos, enquanto que no outro extremo estão os sujeitos preguiçosos e descuidados.

C1: Competência

Um resultado elevado nesta escala é indicador de sujeitos que se sentem bem preparados e capazes de lidar com a vida. Por outro lado, um resultado baixo revela uma opinião fraca relativamente às suas próprias aptidões, julgando-se mal preparados e incapazes.

C2: Ordem

Nesta faceta consideram-se, num dos extremos, os sujeitos com tendência para manter e preservar o meio que os rodeia, ao contrário do extremo oposto, que remete para os sujeitos com dificuldades de organização e pouco metódicos.

C3: Obediência ao Dever

O sujeito que revele uma pontuação elevada nesta faceta adere estritamente aos seus padrões de conduta, princípios éticos e obrigações morais, ao contrário dos sujeitos com pontuação baixa, que se revelam menos rigorosos em relação a estas questões, o que os torna, por vezes, irresponsáveis.

C4: Esforço de Realização

As pontuações altas são, habitualmente, atingidas por pessoas inteligentes, com objectivos de sentido para a vida, com níveis de realização elevados e fortemente motivados para os atingir, correndo por vezes o risco de investirem demasiadamente nas suas carreiras, tornando-se viciados no trabalho.

C5: Auto-Disciplina

Se considerarmos que a auto-disciplina é algo que confere a um sujeito a capacidade de iniciar e concluir uma determinada tarefa, independentemente do factor cansaço ou distração, admite-se que uma pontuação elevada signifique que o sujeito em questão revela uma boa capacidade para se motivar na prossecução de um objectivo. O mesmo não podemos dizer quando estamos perante uma pontuação baixa, que é indicadora de sujeitos que ficam mais facilmente prostrados e que perante a frustração, desistem.

C6: Deliberação

Assumindo a deliberação como “tendência a pensar com cautela, a planificar e a ponderar antes de agir” (pg.194), podemos referir que os sujeitos com pontuação alta possuem estas características, ao passo que os sujeitos com baixo desempenho nesta faceta actuam muitas vezes sem pensar nas consequências. Todavia, estes sujeitos também se revelam capazes de tomar decisões perspicazes.

2.1.2.1.1.1. Cotação

Uma vez confirmada a ausência dos critérios que invalidam o teste, segue-se a cotação. Esta é efectuada de uma forma simples, através da soma das pontuações dos

oito itens que correspondem a cada faceta. Obtêm-se, desta forma, os valores correspondentes às 30 escalas do NEO-PI-R. Por último, são somadas as seis escalas, obtendo-se a pontuação de cada domínio.

Este tipo de Inventário pode ser utilizado em indivíduos com idade maior ou igual a 17 anos, desde que não sofram de perturbações, tais como psicoses ou demências (Costa & McCrae, 1992 a). Pode ser administrado individualmente ou em grupo não existindo tempo limite, dado o número de questões. Contudo, a maioria das pessoas demoram entre os 30 a 40 minutos, à exceção de idosos e adolescentes, que podem demorar mais tempo.

Contudo, o NEO-PI-R pode ser administrado sob a forma **S** (*Self-Report*, ou seja, auto-avaliação) ou **R** (*Observer Rating*, ou seja hetero-avaliações).

Percebemos, então, que existem procedimentos de administração alternativos aos padronizados, como é o caso do inventário ser preenchido em casa, ou do examinador ajudar a ler e preencher (Costa & McCrae, 1986). O NEO-PI-R não deve ser cotado se faltarem mais de 41 respostas, se o número for inferior, estas respostas devem ser consideradas neutras. Nestes casos, existe uma alternativa que se pode utilizar em grandes amostras, que consiste em colocar a média do grupo para aquele item, no lugar dos itens que não foram respondidos (Costa & McCrae, 1992b).

Se verificarmos a folha de respostas do NEO-PI-R, percebemos que existem os itens A, B e C que proporcionam uma confirmação de validade das respostas e ajuda a perceber se as respostas foram dadas com precisão.

Todas as escalas do NEO-PI-R, estão construídas de modo a terem em conta os efeitos de aquiescência, ou seja, caso o indivíduo responda a um número excessivo

de *concordo ou concordo fortemente*, 150 ou mais respostas, tenderá a receber uma pontuação enviesada. Por outro lado, se o indivíduo assinalar 50 ou menos respostas com *concordo ou concordo fortemente*, o teste deve ser interpretado com cuidado. Isto porque as respostas aleatórias ocorrem quando o indivíduo não coopera ou não recebeu informação suficiente sobre os objectivos do teste, o que é mais provável de acontecer quando o inventário é administrado em grupo.

Em suma, percebemos, tal como já foi explicado, que a possibilidade de pontuações dos domínios e facetas, facilita a compreensão da personalidade do indivíduo, quer individualmente, quer em comparação com outros.

2.1.2.1.2. – The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory –

WHYMPI

A versão original do MPI (Multidimensional Pain Inventory) incluía, em 1985, 54 itens, tendo sofrido, mais tarde, um acréscimo de 6 itens, o que perfaz um total de 60. As alterações efectuadas a partir de 1999 incidiram, essencialmente, sobre o termo de “outro significativo”, factor que será explicado mais adiante (Kerns, Turk & Rudy, 1985).

Mediante Turk e Kerns (1983), o inventário deverá considerar 5 pontos fundamentais: 1) a percepção e significado da dor para os doentes; 2) as respostas físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais que ocorrem com a dor; 3) o impacto da dor nas diferentes áreas da vida do doente (pessoal, conjugal, social,

profissional, entre outros); 4) o tipo de atitudes e comportamentos do “outro significativo” percebidos pelo doente; 5) as estratégias de *coping*.

No intuito de proceder a uma descrição do inventário, deverá começar-se por definir que se trata de um inventário de auto-preenchimento, de resposta do tipo *Likert*, com uma classificação de zero a seis valores, constituído por três secções que avaliam 12 dimensões.

A **primeira secção** inclui cinco escalas que descrevem a severidade da dor e respostas cognitivas sobre a dor, enquanto que a **segunda secção** avalia três tipos de respostas percebidas pelo doente em relação ao “outro significativo”. A **terceira secção** tem em conta as actividades comuns e diárias, e compreende cinco escalas.

Parece-nos conveniente descrever cada uma dessas escalas, de acordo com as secções a que pertencem. A primeira secção descreve: 1) Severidade da dor (compara a dor experienciada no momento da avaliação com a semana anterior - Escala 1); 2) Interferência (avalia as limitações provocadas pela dor - Escala 2); 3) Auto-Controlo (avalia o controlo da dor - Escala 3); 4) Humor Depressivo (avalia a tensão, ansiedade e irritabilidade - Escala 4); 5) Suporte Social (avalia a relação conjugal ou outra - Escala 5).

Na segunda secção, encontram-se três escalas orientadas por: 1) respostas negativas (Escala 6); 2) respostas de solicitação (Escala 7); 3) respostas que remetem para a capacidade de abstracção do problema (Escala 8) que, neste caso, é o diagnóstico de Disfunção Temporomandibular. Por último, a terceira secção diz respeito a várias actividades, definidas por quatro escalas: 1) actividades dentro de casa (Escala 9); 2)

actividades fora de casa (Escala 10); 3) actividades longe de casa (Escala 11); 4) actividades sociais (Escala 12).

De acordo com o que foi referido, indicam-se, no quadro seguinte, quais os itens que correspondentes a cada uma das escalas.

Secção	Escalas	Itens
I.	1. Severidade da Dor	1,8 e 16
	2. Interferência	2,3,4,10,11,12,18,19,23,25 e 27
	3. Auto-Controlo	14,21,22 e 24
	4. Humor Depressivo	6,26 e 28
	5. Suporte Social	5,13 e 20
II.	6. Respostas Negativas	1,4,7 e 10
	7. Respostas de Solicitação	2,5,8,11,13 e 14
	8. Respostas de Distracção	3,6,9 e 24
III.	9. Actividades dentro de casa	1,3,9,13 e 17
	10. Actividades fora de casa	2,6,10,14 e 18
	11. Actividades longe de casa	3,7,11 e 15
	12. Actividades sociais	4,8,12 e 16

Quadro 3 – Secções, Escalas e Itens do WHYMPI

2.1.2.1.2.1. Cotação

O procedimento para avaliação deste tipo de inventário implica cada uma destas escalas. Sendo assim, julgamos pertinente considerar o tipo de classificação do WHYMPI, de modo a conseguirmos o score pretendido.

O procedimento de cotação para cada escala está ilustrado no quadro que se segue:

Escalas	Questões
1. Severidade da Dor	$Q1+Q8+ Q16/3^a$
2. Interferência	$Q2+Q3+Q4+Q10+Q11+Q12+Q18+Q19+Q23+Q25 +Q27/11^a$
3. Auto-Controlo	$Q14+Q21+Q22+Q 24/4^a$
4. Humor Depressivo	$Q6+Q26+Q28/3^a$
5. Suporte Social	$Q5+Q13+Q20/3^a$
6. Respostas Negativas	$Q1+Q4+Q7+Q10/4^a$
7. Respostas de Solicitação	$Q2+Q5+Q8+Q11+Q13+Q14/6^a$
8. Respostas de Distracção	$Q3+Q6+Q9+Q24/4^a$
9. Actividades dentro de casa	$Q1+Q3+Q9+Q13+Q17/5^a$
10. Actividades fora de casa	$Q2+Q6+Q10+Q14+Q18/5^a$
11. Actividades longe de casa	$Q3+Q7+Q11+Q15/4^a$
12. Actividades sociais	$Q4+Q8+Q12+Q16$

Quadro 4 – Escalas e Questões do WHYMPI

^a o denominador das diferentes escalas, varia consoante o número de respostas dadas pelo doente. Por exemplo, à escala correspondem as questões 1,8 e 16, ou seja três questões. No entanto, se a pessoa não responder às três questões mas a duas, então o denominador será 2 ao invés de 3. Em suma, o denominador de qualquer escala depende do número de respostas.

Uma das maiores propostas deste tipo de inventário é debruçar-se, essencialmente, na perspectiva cognitivo-comportamental, delineando-se como um instrumento psicométrico capaz de avaliar componentes comportamentais e psicofisiológicas que evidenciam a dor.

Na leitura destas preocupações realça-se a importância da comunicação com os “outros significativos” sobre a dor, bem como a dos novos tratamentos odontológicos, associados à Psicologia da Saúde, poderem enveredar por caminhos em que a multidisciplinaridade da equipa seja uma das preocupações a alcançar.

2.1.2.1.2.2. Desenvolvimento

A recolha da informação para o presente estudo foi conseguida através da versão portuguesa³ do *The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* - WHYMPI (Kerns, Turk & Rudy, 1985).

Para o estudo deste Inventário foi efectuada uma investigação que compreendeu uma amostra aleatória simples composta por 1357 indivíduos da área de Lisboa e Vale do Tejo, 682 pertencentes ao sexo feminino e 675 ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 90 anos. Os indivíduos foram seleccionados mediante alguns critérios de inclusão, nomeadamente o facto de padecerem de dor e de se terem dirigido a determinado local à procura de cuidados de saúde (Farmácia, Centro de Saúde ou Hospital), com o objectivo de reduzir a intensidade da sua dor.

³ Tradução por M. R. Dias (1999).

Por outro lado, devemos também assinalar que o Inventário original compreendeu uma amostra de 120 doentes, dos quais 81,5% pertencia ao género feminino, com dor crónica, e com uma média de idades de 50.8 anos.

Estes doentes faziam parte de programas de West Haven, CT V.A. Medical Center e Long Beach, CA V.A. Medical Center.

Um outro aspecto, também considerado na altura, foi a média de duração da dor, com 10,2 anos, isto porque o mínimo reconhecido foi de 6 meses e o máximo de 40,6 anos.

Devemos também ter em conta que 36,4% desta população mencionava baixos níveis de dor, como foram exemplo os diagnósticos de hérnias discais e artrites reumatóides, embora 67,4% da população tomasse analgésicos.

No que diz respeito à validade das escalas do WHYMPI, devemos salientar que estas estão relacionadas com 9 escalas: Present Pain Intensity e o total de Pain Rating Index de McGill Pain Questionnaire (MPQ), Beck Depression Inventory (BDI), Depression Adjective Check List (DACL), State-Trait Anxiety Inventory-State form (STAI-S), Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) e Marital Adjustment Scale (MAS).

O número de estudos efectuados confirma as propriedades psicométricas do MPI, enquanto instrumento capaz de avaliar a dor crónica e recorrente (Kerns, Turk & Rudy, 1985; Thompson, 1990), fazendo parte integrante da prática clínica. De facto, existem mais de 125 estudos publicados, uma vez que este tem sido um dos instrumentos mais aplicados aos doentes com dor crónica.

Com base neste tipo de método, Turk e Rudy, em 1988, postularam que a maioria dos doentes podiam ser classificados em três tipos de perfis.

Um dos perfis caracteriza a severidade da dor, com comprometimento das actividades da vida diária, redução de controlo e níveis elevados de stress emocional, denominado de “disfuncional”. O segundo perfil, “Stress Interpessoal”, é caracterizado por elevados níveis de dor e stress, bem como por níveis baixos de suporte em relação ao “outro significativo”. Por último, o terceiro perfil é caracterizado por baixos níveis de dor, limitações funcionais, stress emocional, sendo definido por “confronto adaptativo”.

Os mesmos autores consideram que aproximadamente, 92% da amostra pode ser classificada em qualquer um destes perfis, tendo em conta que a percentagem de doentes varia consoante o diagnóstico clínico. Como exemplo, temos uma percentagem de 62% de doentes que referem níveis elevados de dor, sendo então classificados no perfil designado por “disfuncional”.

Este tipo de classificação foi também replicada em países como os Estados Unidos da América (Jamison, Rudy, Penzien, 1994), a Finlândia (Talo, Rytokoski & Puukka, 1992) e a Holanda (Lousberg, Groenman & Schmidt, 1996).

Todavia, denotou-se que existiam muitos *missing values* no referido inventário, pelo que se pensou que uma das razões estava relacionada com o termo “outro significativo”, termo este que poderia conduzir a uma desorientação de resposta.

Este facto corrobora a análise efectuada aos questionários, tendo-se verificado que a maioria das respostas com *missings* diziam respeito à escala suporte da secção I e tipo de respostas da secção II. Face a esta situação, verificou-se que só respondiam os doentes que tinham cônjuge, sendo este considerado como “outro significativo”.

Este tipo de instruções levava a que os doentes não casados não respondessem às referidas questões (Okifuji, Turk & Eveleigh, 1999).

Uma das evoluções do inventário foi precisamente clarificar o termo “outro significativo”. Este termo passou a ser definido como “a pessoa a quem o doente se sente mais chegado”, registando-se uma variedade de hipóteses: cônjuge, parceiro/companheiro, amigo/a, vizinho, companheiro de casa/quarto ou outro. Acrescentou-se, também, um outro tipo de questão: “Vive regularmente com essa pessoa?”. Desta forma, é possível comparar as escalas entre os doentes que são casados e aqueles que não o são.

Podemos, então, hipotetizar que a qualidade do suporte interpessoal varia consoante o “outro significativo”. Devemos, pois, ter em atenção a importância de futuras investigações capazes de alargar o conhecimento entre os níveis de dor e a relação com o “outro significativo”.

2.1.2.1.3. COPE

A escala do Coping distingue o “Coping focado no Problema” e “Coping focado na Emoção”. O primeiro diz respeito à resolução do problema ou fazer alguma coisa para alterar a origem do stress, e predomina em pessoas que sentem a situação como construtiva, ao passo que o segundo tem como objectivo reduzir ou controlar o stress emocional associado à situação, incidindo em pessoas que sentem o stress como algo resistente (Folkman & Lazarus, 1980).

2.1.2.1.3.1. Dimensões do Coping

O Cope compreende 15 escalas, organizadas em 60 itens e construídas de acordo com aspectos teóricos específicos do coping.

Estas escalas são definidas como: 1) Reinterpretação e Crescimento; 2) Desprendimento mental; 3) Focalização / Expandir Emoções; 4) Suporte Instrumental; 5) Coping Activo; 6) Negação; 7) Religião; 8) Humor; 9) Comportamento de Desprendimento; 10) Constrangimento; 11) Suporte Emocional; 12) Uso de Substâncias; 13) Aceitação; 14) Supressão de actividades competitivas; 15) Planeamento.

De acordo com esta exposição, podemos definir algumas escalas, que são comuns e distintas, entre o COPE e o BRIEF COPE.

Debrucemo-nos sobre o *Coping Activo* enquanto forma de remover ou circunscrever o efeito stressor. Este processo inclui a iniciativa para a acção, aumentando o seu esforço e tentando executar uma tentativa de coping com todos os passos controlados e organizados. Este termo é semelhante ao proposto por Lazarus e Folkman (1984) que defendiam a adição de escalas que permitissem a distinção entre as mesmas.

Por outro lado, a escala *Planear* envolve as estratégias de acção para resolver o problema, bem como a melhor forma para conseguir a resolução do mesmo. Mediante este tipo de caracterização, percebemos que esta escala apela ao coping focado no problema.

No que respeita à *Supressão de actividades competitivas*, é característica de sujeitos que colocam de parte outros projectos que não estejam directamente relacionados com o efeito stressor.

Devemos, pois, salientar o *Suporte instrumental*, que está relacionado com a procura de conselhos, assistência ou informação, ao contrário do *Suporte emocional*, que diz respeito à procura de apoio moral, simpatia ou compreensão por parte de outros.

Atente-se que, embora estes dois tipos de apoio social sejam conceptualmente, distintos contudo na prática co-ocorrem (Aldwin & Revenson, 1987). Todavia, o segundo tipo de apoio social, ou seja, aquele que é focado na emoção, pode não ser adaptativo (Berman & Turk, 1981; Billings & Moos, 1984; Constanza, Derlega & Winstead, 1988; Tolor & Fehon, 1987).

Se tivermos em conta a incapacidade de lidar com o stress, aliada ao factor de desistência por parte do sujeito, verificamos que estamos perante a escala de “*Desligamento comportamental*”, que reduz o esforço para lidar com o stress, ao ponto do sujeito optar por desistir dos seus objectivos.

Uma vez que julgamos pertinente dar a conhecer quais os itens que compõem cada uma das 15 escalas, delineámos um quadro que favorece a explicitação deste tipo de atribuição.

Escalas	Itens
Reinterpretação Positiva e Crescimento	1, 29, 38 e 59
Desprendimento Mental	2, 16, 31 e 43
Focalização / Expandir Emoções	3, 17, 28 e 46
Suporte Instrumental	4, 14, 30 e 45
Coping Activo	5, 25, 47 e 58
Negação	6, 27, 40 e 57
Religião	7, 18, 48 e 60
Humor	8, 20, 36 e 50
Comportamento de Desprendimento	9, 24, 37 e 51
Constrangimento	10, 22, 41 e 49
Suporte Emocional	11, 23, 34 e 52
Uso de Substância	12, 26, 35 e 53
Aceitação	13, 21, 44 e 54
Supressão de Actividades	15, 33, 42 e 55
Planeamento	19, 32, 39 e 56

Quadro 5 – Escalas e Questões do COPE

De seguida, vamos dar a conhecer o BRIEF COPE, relativamente ao qual, por ser um “derivado” do COPE, julgámos importante definir em conjunto algumas escalas que ainda não foram expostas aquando da caracterização do COPE.

2.1.2.1.4. BRIEF COPE

O BRIEF COPE foi construído através do Inventário de COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), que se fundamenta, essencialmente, no modelo de coping descrito por Lazarus e Folkman (1984) e no modelo comportamental de auto-regulação, de Carver e Scheier (1981).

Tal como já foi referido, o inventário de COPE é um instrumento com 60 itens, o que equivale a 4 itens por cada escala. Contudo, no estudo de Carver et al. (1993) foi averiguado o facto dos doentes que constituíam a amostra ficarem impacientes com o preenchimento do instrumento, quer pela sua dimensão quer pela sua redundância.

Para evitar este tipo de dificuldade foi criada uma abreviatura do COPE, ou seja, o BRIEF COPE.

2.1.2.1.4.1. Constituição do Inventário

Tendo em conta a descrição das escalas de COPE, façamos agora referência às alterações ou readaptações que fazem parte integrante do BRIEF COPE. Sendo assim, passamos a descrever as escalas que constituem este Inventário.

A *Reinterpretação Positiva e Crescimento* passou a ser denominado por *Reorganização Positiva*, excluindo a referência ao crescimento.

A escala *Focalização e Expandir Emoções* foi abreviada para *Expandir*, isto porque o termo referente à Focalização parecia estar demasiadamente relacionado com a experiência de sofrimento. A escala *Desprendimento Mental* passou a ser denominada por *Auto-Distração*, mais focalizada na execução de determinadas actividades para manter a mente ocupada e, assim, pensar menos no agente stressor.

O instrumento inicial não tinha uma escala de avaliação de culpabilidade, pelo que a *Culpa* foi identificada, em algumas investigações, como escala pouco preditiva, face ao stress. Todavia, neste inventário, o autor inclui a escala, com dois itens, para avaliar as tendências de culpa.

Em relação às restantes escalas, temos o *Coping Activo* como sendo o processo que leva o sujeito a tomar determinadas atitudes por forma a remover ou circunscrever o agente stressor.

A *Negação* é uma tentativa de rejeitar a realidade imposta pelo stress. Por outro lado, o *Uso de Substâncias* está relacionado com o recurso ao álcool ou outras drogas, como forma de se libertar do agente stressor.

O *Recurso ao Suporte Emocional* está relacionado com a procura de simpatia ou apoio emocional por parte de outras pessoas, enquanto que o *Recurso ao Suporte Instrumental* expõe a procura de assistência, informação ou conselhos sobre o que fazer.

O *Comportamento de Desprendimento* associa-se ao desistir ou limitar-se no esforço

para atingir o objectivo que o sujeito sente como ameaça face ao agente stressor. Em relação à Escala *Expandir*, esta está relacionada com a expressão de sentimentos ou emoções.

A *Reorganização Positiva* implica uma abordagem mais positiva ou favorável da situação.

O *Planeamento* surge como a forma de pensar sobre o enfrentar o stress, organizando ou planeando a melhor forma de lidar com o mesmo, através de actividades ou esforço de coping. A *Escala Humor* surge, também, como uma outra forma de encarar o stress.

A *Aceitação* leva o sujeito a admitir o facto de que, na realidade, existe esse evento stressor. Por outro lado, a *Religião* assume um papel importante, uma vez que se relaciona com as crenças religiosas, sendo esta uma das formas de lidar com a situação que provoca stress.

A organização estrutural deste Inventário obedece a 28 itens, distribuídos, dois a dois, por 14 escalas, com quatro alternativas de escolha, numa escala tipo Likert, organizada do seguinte modo: 1) Nunca fiz isto; 2) Faço isto algumas vezes; 3) Faço isto com frequência; 4) Faço isto quase sempre.

Parece-nos importante salientar a estrutura interna de cada escala, tendo em conta os itens que a descrevem.

O quadro seguinte ilustra este propósito.

Escalas	Itens
Auto-Distração	1 e 19
Coping Activo	2 e 7
Negação	3 e 8
Uso de Substâncias	4 e 11
Recurso ao Suporte Emocional	5 e 15
Recurso ao Suporte Instrumental	10 e 23
Comportamento de Desprendimento	6 e 16
Expandir	9 e 21
Reorganização Positiva	12 e 17
Planeamento	14 e 25
Humor	18 e 28
Aceitação	20 e 24
Religião	22 e 27
Culpa	13 e 26

Quadro 6 – Escalas e Questões do BRIEF COPE

O BRIEF COPE já foi utilizado num estudo realizado que fundamentou as estratégias de coping no cancro da mama (Tapadinhas, 1998) o que permitiu a sua utilização para o presente estudo.

2.1.2.1.5 - The Brief Symptom Inventory – BSI

Este inventário, enquanto forma reduzida do SCL-90, é um instrumento de grande utilização na prática clínica, uma vez que não requer muito tempo para a sua aplicação, facilitando desta forma a participação dos doentes.

É constituído por 53 itens, classificados numa escala de 0 a 4, avaliados com critérios que abrangem uma variedade de respostas nomeadamente: nada, pouco, moderadamente, bastante e muito.

Ao longo deste inventário existem 12 escalas divididas em 9 dimensões, consideradas como sintomas primários, e 3 dimensões com referência a “índices globais”.

As 9 dimensões implicam alguns termos clínicos, tais como: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, fobia,

ideação paranoíde e psicoticismo. Por outro lado, os índices gerais, segundo Derogatis, Yevzeroff e Wittelsberger (1975), reflectem os aspectos distintos das desordens psicológicas. Estes índices são denominados por: Índice global de severidade (GSI); Índice de stress (PsDI) e Índice total.

2.1.2.1.5.1. Administração e Instruções

Com o objectivo de conseguirmos qualidade e veracidade nas respostas dadas pelos doentes, deveremos ter em conta as instruções directivas, enunciadas antes do preenchimento do questionário, que medeiam situações esclarecedoras sobre o problema.

Este tipo de questionário é aplicado em diferentes áreas médicas, sejam do foro geral ou psiquiátrico. De encontro com o que já foi referido e segundo Derogatis e Spencer (1982), a população pode pertencer a instituições prisionais, preventivas (Toxicodependência e Alcoolismo Crónico) e individuais, ou a determinados contextos médicos, como sejam os doentes de clinica geral e oncológicos.

2.1.2.1.5.2. Interpretação do BSI

A interpretação é efectuada de acordo com as nove dimensões que compõem o BSI. Sendo assim, o total de cada item é conseguido através do cálculo que envolve a soma dos valores atribuídos pelo doente em cada dimensão, pela divisão do número de itens que compõem a dimensão. Exemplificando, o caso da dimensão Somatização é conseguido através da soma total dos valores de cada item, dividindo-se estes por 7, ao passo que nos casos das dimensões Depressão e Ansiedade, a divisão é efectuada por 6.

Contudo, estas divisões só são alteradas quando existem respostas em branco, reduzindo-se neste caso, o denominador de acordo com o número de *missing*.

2.1.2.1.5.3. Definição das Dimensões do BSI

Segue-se a descrição sumária de cada uma das dimensões: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e psicoticismo:

Somatização

Esta dimensão está relacionada com a disfunção corporal, donde sobressaem as complicações dos foros cardiovascular, gastrointestinal e respiratório, dos quais a dor, desconforto muscular e ansiedade fazem parte dos múltiplos sintomas e sinais traduzidos por doenças físicas.

Obsessivo-Compulsivo

Esta dimensão foca essencialmente as atitudes e acções que o doente não consegue controlar. No entanto, para além destas atitudes, surgem também as alterações no comportamento e experiências, com consequente défice cognitivo que também poderá ser avaliado nesta dimensão.

Sensibilidade Interpessoal

Relacionada com sentimentos de inferioridade, essencialmente na comparação com os outros, assinalados pelo desconforto durante a interacção com os outros. Os elevados níveis nesta dimensão revelam dificuldades de comunicação, bem como de relação com os outros.

Depressão

Esta dimensão revela os critérios clínicos de depressão, onde estão incluídos os sinais de humor disfórico, desmotivação, ideação suicida, bem como outras áreas que abrangem os aspectos somáticos e cognitivos da depressão.

Ansiedade

A dimensão ansiedade é constituída por sintomas e sinais cuja associação clínica é revelada através de elevados níveis de ansiedade. Os critérios envolvidos são o stress e a tensão, bem como o prejuízo nas componentes cognitivas e de expressão somática.

Hostilidade

Os itens desta dimensão envolvem as características, sentimentos e atitudes como a agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento.

Ansiedade Fóbica

É definida como um medo persistente face a um objecto, local, situação ou pessoa específica, caracterizada por comportamentos desproporcionais, aliados muitas das vezes à fuga. Para além destas definições, temos também os critérios clínicos cuja descrição foca a fobia e medo persistente da pessoa doente.

Ideação Paranoíde

As características que envolvem esta dimensão acentuam na projecção, hostilidade, grandiosidade e medo da perda de autonomia.

Psicoticismo

Aqui são considerados os itens indicativos de atitudes de isolamento, personalidade esquizoide, definindo também alguns sintomas da esquizofrenia. Esta dimensão pretende considerar os itens que avaliam as psicoses.

Após a definição de todas as dimensões, parece-nos oportuno mencionar quais os itens que as constituem.

Dimensões	Questões
Somatização	2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37
Obsessivo-Compulsivo	5, 15, 26, 27, 32 e 36
Sensibilidade Interpessoal	20, 21, 22 e 42
Depressão	9, 16, 17, 18, 35 e 50
Ansiedade	1, 12, 19, 38, 45 e 49
Hostilidade	6, 13, 40, 41 e 46
Ansiedade Fóbica	8, 28, 31, 43 e 47
Ideação Paranoide	4, 10, 24, 48 e 51
Psicoticismo	3, 14, 34, 44 e 53

Quadro 7 – Dimensões e Questões do BSI

2.1.2.2. Descrição da Grelha das Variáveis Médicas

No que respeita à grelha de variáveis médicas, conseguimos obter uma informação concisa entre a grelha médica utilizada, na Universidade de Valência e a ficha clínica adoptada na Instituição onde se vai efectuar a recolha da amostra. O desenvolvimento desta grelha (Anexo J) teve o propósito de corresponder às necessidades e objectivos do estudo, de forma a facilitar o seu preenchimento, bem como a possível relação entre os foros médico e psicológico.

2.1.3. Procedimento

Após uma breve revisão dos questionários a utilizar na presente investigação, parece-nos pertinente referir o tipo de metodologia adoptada, quer na fase anterior, quer durante a aplicação dos mesmos questionários.

Ao longo de todo o percurso foi necessário fazer a averiguação e supervisão das variáveis médicas, conciliando com a participação nas consultas médicas, para que pudessem surgir todas as dúvidas e questões relacionadas com a Disfunção da Articulação Temporomandibular.

Assim, o trajecto de aplicação dos diferentes questionários e a grelha médica obedeceram a uma conciliação de diferentes métodos, evitando as lacunas que pudessem comprometer o tempo de aplicação, bem como o da recolha da amostra, o procedimento e as consultas médicas.

Todavia, de acordo com a dimensão dos questionários, a aplicação tornou-se difícil e morosa, prejudicando o tempo de recolha, bem como o número de doentes conseguidos, quer os doentes com Disfunção, quer os doentes sem Disfunção.

A aplicação foi realizada no período compreendido entre Abril de 2001 a Julho de 2002, para o grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (ATM), e de Maio de 2001 a Abril de 2003, para o grupo sem o referido diagnóstico.

A recolha da informação do **grupo com DATM** foi efectuada numa clinica dentária, de forma individual e no decurso da consulta com o médico responsável por preencher a grelha de variáveis médicas. Durante a entrevista com o doente

aplicaram-se todos os instrumentos à excepção do NEO-PI-R que, por ser demasiado longo, foi em alguns casos, preenchido no domicílio ou devolvido na consulta seguinte.

No que respeita aos doentes do **grupo sem o diagnóstico de ATM**, podemos referir o mesmo tipo de procedimento, ou seja, fizeram parte integrante desta amostra todos os doentes que se dirigiram à clínica dentária, para “consulta de rotina”. Na primeira consulta foram “seleccionados” os doentes que não possuíam qualquer patologia na ATM, nem alterações do tipo: deformações faciais, patologia tumoral ou lesões severas da mucosa oral (por exemplo: liquene, plano erosivo, pênfigo ou aftas).

Paralelamente, a recolha da informação faz-se também de forma individual e durante a consulta com o médico. A este grupo aplicou-se apenas os questionários BSI, COPE e NEO-PIR, dado que os outros dois são específicos do grupo clinico-BRIEF COPE que avalia as estratégias de coping de acordo com a situação específica que neste caso é o diagnóstico de DATM, e o WHYMPI que avalia “dimensões” relacionadas com a dor. No entanto, a este grupo também foi entregue o NEO-PI-R, com a condição de ser completado no domicílio ou entregue na consulta seguinte.

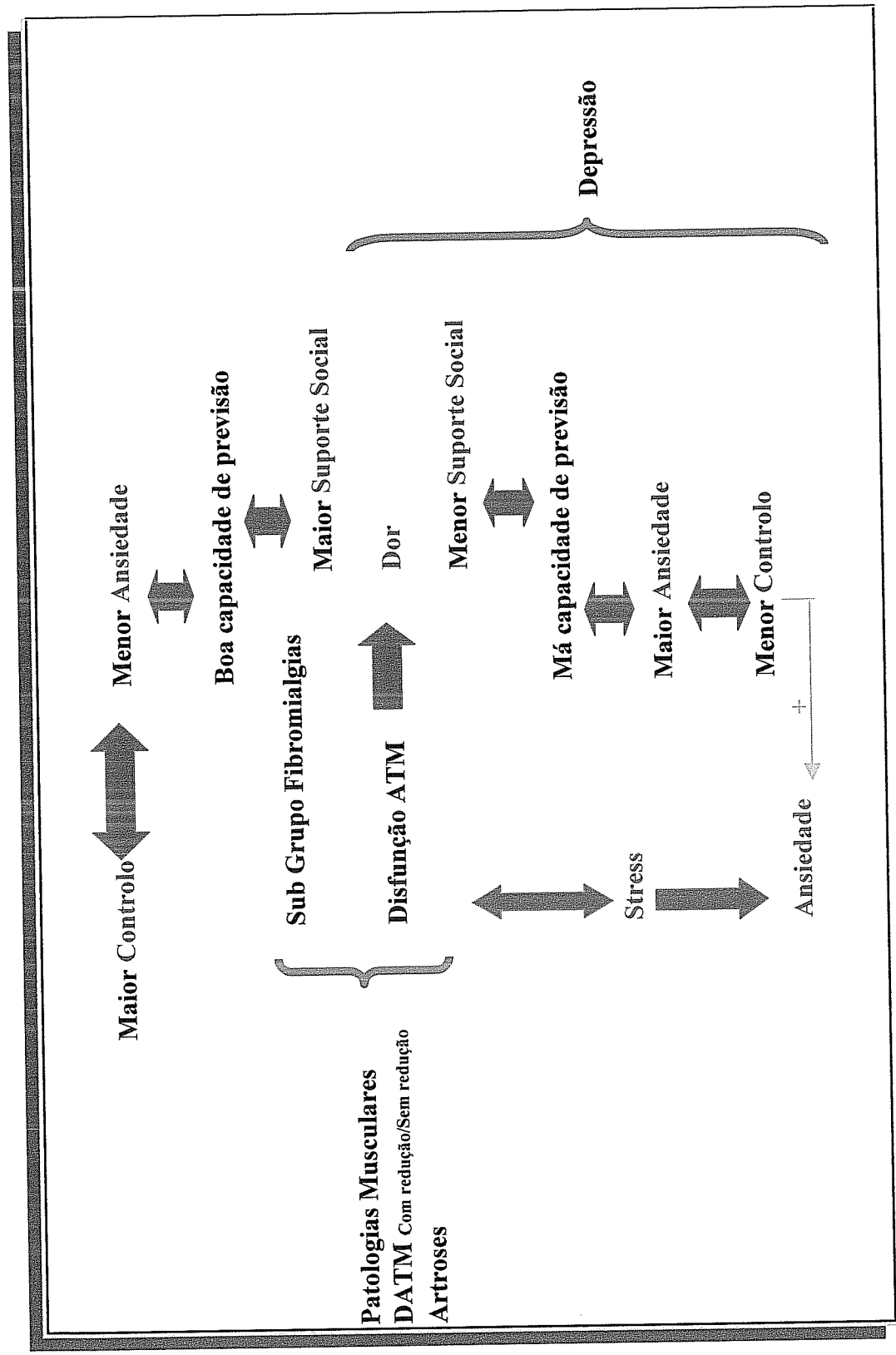


Figura 3 - Modelo Teórico sobre as possíveis relações entre a Disfunção da ATM e os factores psicológicos

PARTE II

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

Após a recolha de dados e com o objectivo de verificar a existência ou não de relações significativas entre as variáveis, foi elaborada uma base de dados para possibilitar um tratamento estatístico em SPSS.

1.1. Descrição das Variáveis Sócio-Demográficas

Interessa-nos, em primeiro lugar, tomar conhecimento do tipo de população, quer do grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (N= 69), quer do grupo em que não se verifica qualquer tipo de diagnóstico disfuncional (N= 72).

Neste seguimento, importa referir que a leitura de frequências, médias e comparação de médias, será, em alguns casos, efectuada com referência ao primeiro grupo (G1), como sendo o grupo constituído pelos sujeitos com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (DATM), e segundo grupo (G2), em vez de sujeitos sem Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular, de modo a facilitar a leitura.

Numa fase inicial, pretendemos dar a conhecer as características socio-demográficas da população em geral. Estas características referem-se à Idade, Escolaridade, Estado Civil e Género. Deste modo, seguir-se-á, uma descrição quantitativa de cada uma destas variáveis.

1.1.1. Idade

A *idade* foi uma das variáveis a estudar enquanto característica sócio-demográfica.

Para tal, procedeu-se à análise, quer do Grupo com DATM, quer do Grupo sem a referida Disfunção.

O gráfico seguinte ilustra os resultados desta análise.

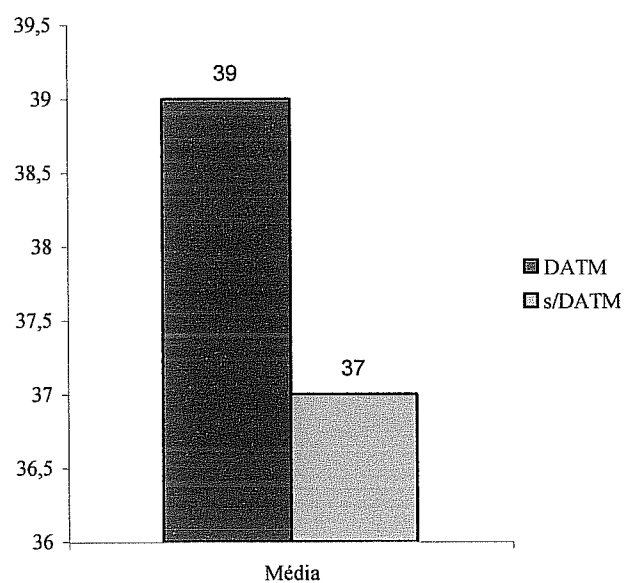


Gráfico 1 – Média das Idades dos Grupos com e sem Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (DATM)

De acordo com a representação gráfica, verificamos que a média de idades dos doentes com DATM é de 39 anos, enquanto que a média de idadeS para o grupo sem esse diagnóstico é de 37.

Parece-nos, pois, assinalar que, em relação a esta variável, existe homogeneidade nos grupos.

1.1.2. Escolaridade

No que diz respeito à escolaridade, podemos observar os gráficos 2 e 3 onde figuram as frequências de sujeitos iletrados, com ensino primário, preparatório, secundário, superior ou bacharelato, e curso comercial.

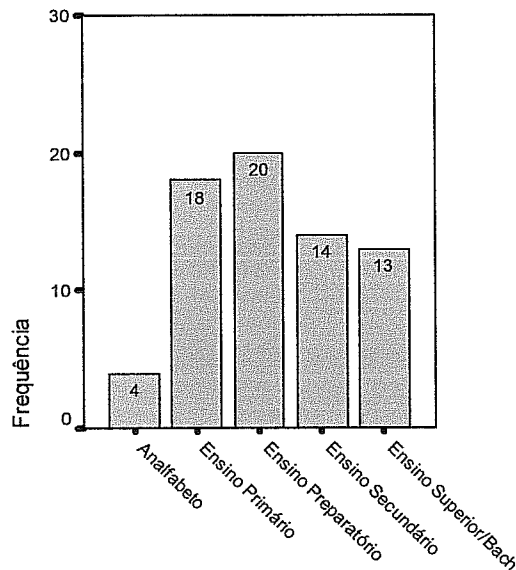


Gráfico 2 – *Escolaridade G1*

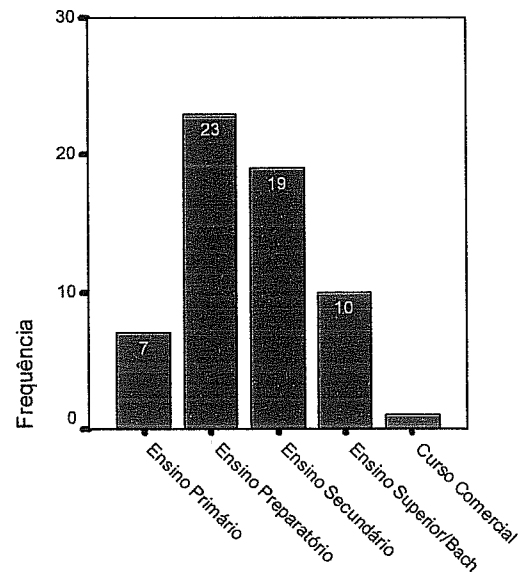


Gráfico 3 – *Escolaridade G2*

Mediante leitura interpretativa, concluímos que no grupo com o diagnóstico de DATM (G1) existe uma percentagem de 5,8% de pessoas iletradas, 26,1% com ensino primário, 29% com ensino preparatório, 20,3% com ensino secundário, 18,8% com ensino superior ou bacharelato.

No grupo sem o diagnóstico de DATM (G2), assinala-se a ausência de pessoas iletradas, 9,7% com ensino primário, 30,6% com ensino preparatório, 26,4% com ensino secundário, 13,9% com ensino superior ou bacharelato, e 1,4% com curso comercial.

1.1.3. Género

Uma outra variável a ter em conta é o género, na qual registamos que a maior frequência incide no género feminino, quer no primeiro grupo (G1), quer no segundo (G2).

Repare-se nos gráficos que se seguem.

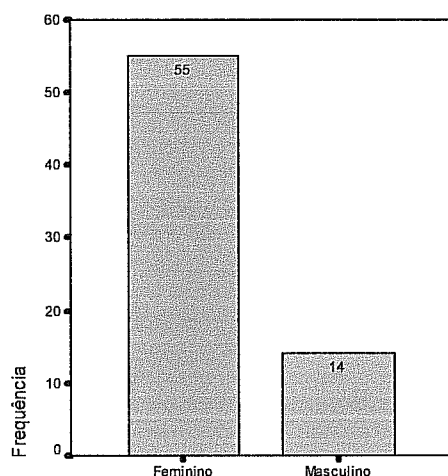


Gráfico 4 – Género G1

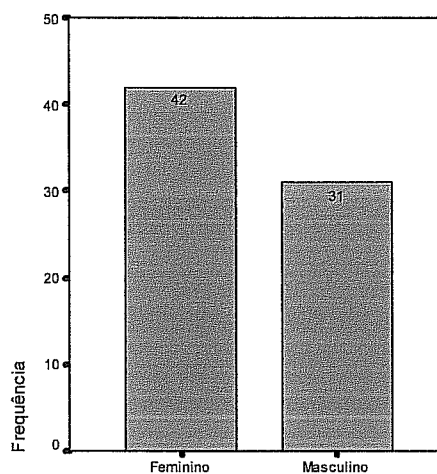


Gráfico 5 – Género G2

De acordo com os gráficos 4 e 5, depreende-se apenas a leitura quantitativa em função da frequência dos géneros, feminino e masculino.

Note-se que, no grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular temos frequências de 55 mulheres e de 14 homens, o que corresponde exactamente a 79,7% de sujeitos do género feminino e 20,3% do género masculino.

Já em relação ao Grupo sem a referida Disfunção, constata-se uma frequência de 42 utentes do género feminino e de 31 utentes do género masculino, o que corresponde, em termos de percentagem, a 57,5% e 42,5%, respectivamente.

1.1.4. Estado Civil

No que se refere ao estado civil, assinala-se que na população em geral, grupos com DATM e sem DATM, 39,1% são solteiros, 49,3% casados, 10,9% divorciados e separados, e 0,7% viúvos.

Todavia, podemos ter em conta a leitura individual do estado civil de cada um dos grupos, através dos gráficos 6 e 7.

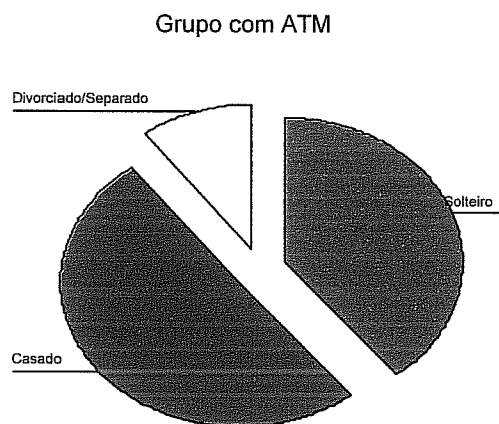


Gráfico 6 – Estado Civil G1

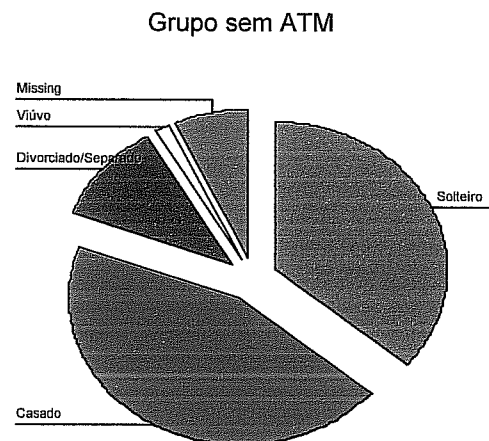


Gráfico 7 – Estado Civil G2

Em aditamento aos gráficos, acrescentemos os dados quantitativos dos grupos com e sem ATM. O primeiro evidencia uma percentagem de 39,1% de solteiros, 50,7% de casados (as) e 10,1% de divorciados e separados. Em relação ao segundo grupo, denota-se que 38,8% são solteiros, 47,8% casados, 11,9% divorciados e separados, 1,5% viúvos.

1.2. Descrição das variáveis da Grelha Médica

Nesta fase, proceder-se-á a uma estatística descritiva dos aspectos clínicos considerados na grelha médica. Aqui, apenas podemos considerar o primeiro grupo (sujeitos com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular - DATM),

relativamente ao qual o tempo de evolução da doença, dor, músculos relacionados com a dor, dor à palpação e mobilização da ATM, clicks e diagnóstico, são as variáveis a descrever.

1.2.1. DOR: Ausência, Descontínua, Contínua

Em relação à dor, a classificação foi feita em função de três tipos: *ausência de dor*, *dor descontínua* e *dor contínua*.

Observe-se o gráfico seguinte.

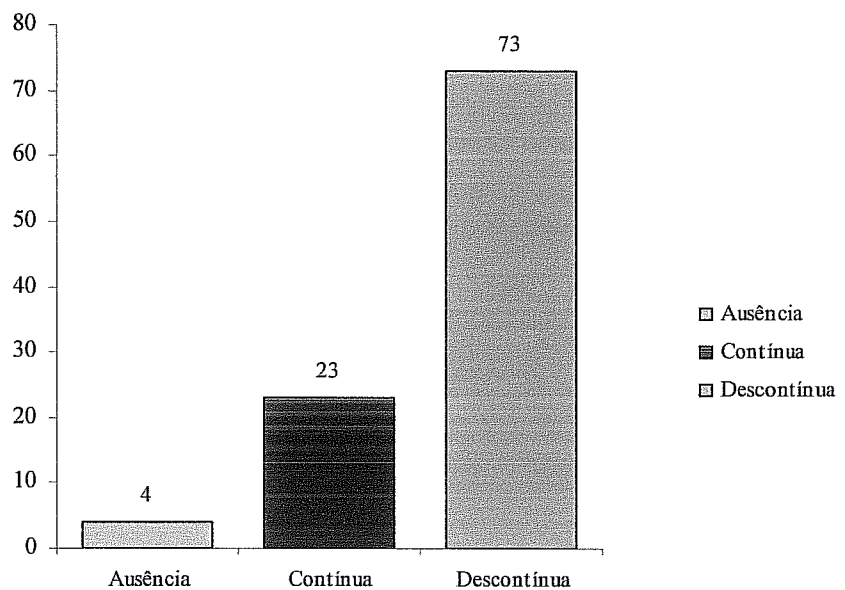


Gráfico 8 – Ausência ou presença de Dor

Da leitura do gráfico 8, podemos verificar a presença dos três tipos de classificações. No entanto, a maior frequência regista-se em doentes com dor descontínua, com 73%, seguido dos doentes com dor contínua, com 23%, e finalmente os doentes que não referem dor (4%).

1.2.2. Localização dos momentos de Intensidade da Dor

Quanto à intensidade da dor, foram considerados três momentos distintos, assinalados no quadro 8: *dor durante a mastigação, palpação e movimento da articulação*, em função dos lados *esquerdo, direito ou ambos*.

Todavia, não deveremos negligenciar que, se por um lado existe dor em alguns destes momentos, também existem, por outro, momentos em que a dor está ausente.

Desta forma, a ausência de dor também será uma mais valia para a verificação do quadro que se segue.

	Mastigação	Palpação	Movimento
Ausência	40,6%	15,9%	26,1%
Direita	17,4%	17,4%	21,7%
Esquerda	11,6%	14,5%	15,9%
Bilateral	30,4%	50,7%	36,2%

Quadro 8 – *Localização dos momentos de intensidade da dor*

Mediante os resultados, verificamos que a intensidade da dor ocorre com maior frequência em ambos os lados, esquerdo e direito, e durante a palpação, com 50,7%, seguida do movimento da articulação, com 36,2%, e mastigação com 30,4%.

O mesmo quadro pretende, também, dar a conhecer que a especificidade da dor não é linear, uma vez que o doente pode não manifestar dor num dos momentos, o que não significa que não manifeste em outro momento. O mesmo se verifica em relação à localização, em que o doente pode ter dor no lado direito no que respeita a determinado momento e localizar ou não dor noutra momento.

1.2.3. Sons da Articulação (Clicks)

Os sons oriundos da articulação (clicks), são também avaliados como um dos sinais clínicos para o diagnóstico de DATM, tendo sido classificados mediante o momento em que ocorrem: *durante a abertura e fechamento da boca, para além da (a)simetria e fricção articular.*

No entanto, para além dos momentos em que possam ocorrer os “clicks”, parece-nos pertinente valorizar a ordem dicotómica, sim e não, uma vez que também existem utentes relativamente aos quais não foi assinalada a presença de sons na articulação.

Assim, verificou-se que 84,1% manifesta este sinal e apenas 15,9% não o revelam.

Parece-nos agora oportuno evidenciar a localização dos clicks oriundos da DATM.

Observe-se o quadro e os gráficos que se seguem.

Momentos	Clicks ATM direita	Clicks ATM esquerda
Abertura	27,0%	26,2%
Fechamento	24,3%	14,3%
Abertura e Fechamento simétrico	13,5%	16,7%
Abertura e Fechamento assimétrico	27,0%	33,3%
Fricção Articular	8,1%	9,5%

Quadro 9 – “Localização” dos Clicks da DATM

Sons da Articulação - Clicks Lado Direito

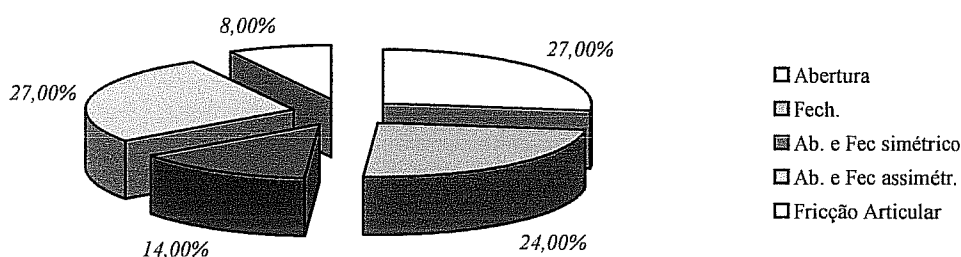


Gráfico 9 – Localização dos clicks do lado direito

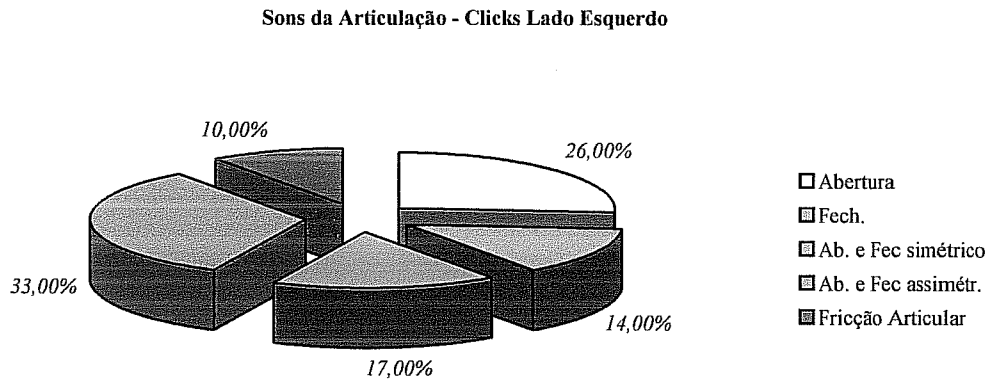


Gráfico 10 – Localização dos clicks do lado esquerdo

De acordo com o quadro e gráficos acima indicados, assinala-se que os clicks ocorrem, na sua maioria, numa percentagem de 33,3% durante a abertura e fechamento assimétrico da boca, do lado esquerdo.

1.2.4. Diagnóstico

De acordo com a grelha de variáveis médicas, foram assinalados três tipos de diagnóstico: Patologias Musculares, Transtorno Interno da ATM, com e sem redução, e Artroses. Repare-se no gráfico abaixo indicado.

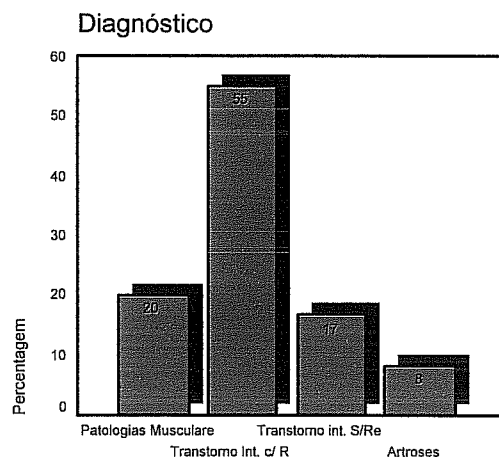


Gráfico 11 – Diagnóstico da DATM

Deste conjunto de diagnósticos, podemos constatar que a maior frequência (55%) se verifica no Transtorno Interno da ATM com redução, seguida de 20% no que respeita às Patologias Musculares, 16,7% com relação ao Transtorno Interno da ATM sem redução e, finalmente, 8,3% relativamente às Artroses.

2. ANÁLISE DAS DIFERENÇAS ENTRE OS GRUPOS NAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

De acordo com a leitura e resenha do Modelo Teórico apresentado na Figura 3 da Parte I, foi possível delinear algumas condutas que nos parecem importantes para os confrontos interpretativos que possam surgir nos resultados e posterior análise e discussão. Pretendemos, pois, que a leitura teórica possa ser discutida em função dos resultados obtidos na presente investigação.

Atendendo ao facto de que existem algumas variáveis que não têm distribuição normal, recorreu-se aos testes não paramétricos, como são os casos do *Wilcoxon-Mann-Whitney*, com aplicação a duas amostras independentes, e *Kruskall – Wallis*, com aplicação a mais de duas amostras independentes. No entanto, às variáveis com distribuição normal e homogeneidade de variâncias aplicaram-se testes paramétricos, como é o caso do *T-Student*.

2.1. Inventário Da Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R)

Mediante a análise das variáveis, Facetas, que constituem o questionário **NEO-PI-R**, foi possível tomar conhecimento de quais possuem distribuição normal e homogeneidade de variâncias, bem como aquelas que não possuem as mesmas característica.

Neste sentido, foram elaboradas duas análises, com descrição de dois quadros recorrendo-se ao *Mann – Whitney* e *T-Student* de acordo com as condições já definidas.

Passemos então à descrição do quadro que se segue, cuja análise foi efectuada através do *Mann-Whitney*.

Variáveis	xGrupo 1	xGrupo 2	p
Ansiedade	82,39	57,34	0,000*
Hostilidade	76,30	61,36	0,026*
Depressão	86,96	55,71	0,000*
Auto-Consciência	86,27	54,13	0,000*
Acolhimento Caloroso	66,83	73,12	0,352
Gregariedade	63,52	66,16	0,484
Actividade	71,90	68,23	0,587
Procura de Excitação	72,75	68,32	0,515
Emoções Positivas	63,42	77,38	0,041*
Ações	77,35	63,85	0,048*
Confiança	72,39	68,66	0,582
Altruísmo	64,01	75,91	0,080
Sensibilidade	71,40	70,62	0,909
Competência	70,71	69,34	0,840
Dever	65,68	75,06	0,167
Esforço de Realização	76,96	62,46	0,032*

Quadro 10 – Facetas do NEO-PI-R (*Mann-Whitney*); *Significativo a 0.05

De acordo com os dados quantitativos inscritos no quadro anterior, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos no que respeita ao acolhimento ($p=0.352>0.05$), gregariedade ($p=0.484>0.05$), actividade ($p=0.587>0.05$), excitação ($p=0.515>0.05$), confiança ($p=0.582>0.05$), altruísmo ($p=0.080>0.05$), sensibilidade ($p=0.909>0.05$), competência ($p=0.840>0.05$) e dever ($p=0.167>0.05$).

Todavia, assiste-se a diferenças significativas entre o grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular e o grupo sem a referida disfunção, em relação aos níveis de ansiedade ($p=0.000<0.05$), hostilidade ($p=0.026<0.05$), depressão ($p=0.000<0.05$), autoconsciência ($p=0.000<0.05$), emoções positivas ($p=0.041<0.05$), acções ($p=0.048<0.05$) e esforço de realização ($p=0.032<0.05$).

Acrescente-se, também, que estas diferenças lidas pelo valor de p revelam, através das médias de cada grupo, a interpretação metodológica capaz de considerar o sentido quantitativo das diferenças analisadas entre os grupos.

Tal interpretação leva-nos a compreender que a ansiedade ($xG1=82.39$; $xG2=57.34$), hostilidade ($xG1=76.30$; $xG2=61.36$), depressão ($xG1=86.96$; $xG2=55.71$), autoconsciência ($xG1=86.27$; $xG2=54.13$), acções ($xG1=77.35$; $xG2=63.85$) e esforço de realização ($xG1=76.96$; $xG2=62.46$), são significativamente mais elevados no grupo com DATM do que no grupo em que não existe esta disfunção.

Contrariamente, a variável denominada por emoções positivas ($xG1=63.42$; $xG2=77.38$) revela-se significativamente mais elevada no grupo sem disfunção do que no grupo com DATM.

Em relação às restantes variáveis, Facetas e Domínios do **NEO-PI-R**, que possuem distribuição normal e homogeneidade de variâncias, foram também elaborados dois quadros nos quais se registam a média dos dois grupos (com e sem DATM), diferenças entre eles, bem como o intervalo de confiança, entre os valores mínimo e máximo, e o valor de p . Desta forma, seguem-se os quadros que caracterizam as facetas e domínios do NEO-PI-R.

Observe-se o quadro 11.

Facetas (Variáveis)	xGrupo 1	xGrupo 2	Diferença	Intervalo de Confiança		p
				Mínimo	Máximo	
Impulsividade	12,35	11,89	0,47	-0,44	1,37	0,311
Vulnerabilidade	14,94	12,13	2,82	1,40	4,23	0,000
Assertividade	27,56	11,73	15,83	-13,77	45,42	0,292
Fantasia	15,96	15,64	0,31	-1,24	1,86	0,691
Estética	9,99	9,42	0,56	-0,60	1,73	0,342
Sentimentos	8,74	9,99	-1,25	-2,21	-0,29	0,011
Valores	12,43	14,35	-1,92	-3,02	-0,81	0,001
Rectidão	18,41	16,58	1,83	0,25	3,41	0,024
Complacência	16,19	15,16	1,03	-0,29	2,35	0,123
Modéstia	14,23	12,94	1,28	-2,81	2,60	0,055
Ordem	14,96	15,36	-0,40	-2,27	1,47	0,672
AutoDisciplina	11,18	11,03	0,16	-1,10	1,41	0,805
Deliberação	9,49	9,28	0,21	-0,80	1,22	0,684

Quadro 11 – Facetas do NEO-PI-R (T-Student)

O quadro revela-nos, para além das médias de cada grupo, a diferença das mesmas, bem como o intervalo de confiança que nos permite constatar se existem ou não diferenças significativas entre os grupos.

De acordo com a leitura do *T-Student*, quando a diferença das médias está contida nos intervalos de confiança, estabelecidos entre um mínimo e máximo, não existem diferenças significativas entre os grupos, o que é corroborado pelos dados que constam no quadro 15.

Se observarmos as médias de cada grupo, percebemos que as diferenças entre elas não são muito significativas, sendo este resultado consolidado com a diferença entre as médias nos intervalos de confiança.

Desde logo, parece não existirem diferenças entre os grupos em relação à impulsividade $(-0.44 < x = 0.47 < 1.37)$, vulnerabilidade $(1.40 < x = 2.82 < 4.23)$, assertividade $(-13.77 < x = 15.83 < 45.42)$, fantasia $(-1.24 < x = 0.31 < 1.86)$, estética $(-0.60 < x = 0.56 < 1.73)$, sentimentos $(-2.21 < x = -1.25 < -0.29)$, valores $(-3.02 < x = -1.92 < -0.81)$, rectidão $(0.25 < 1.83 < x = 3.41)$, complacência $(-0.29 < x = 1.03 < 2.35)$, modéstia $(-2.81 < x = 1.28 < 2.60)$, ordem $(-2.27 < x = -0.40 < 1.47)$, auto-disciplina $(-1.10 < x = 0.16 < 1.41)$ e deliberação $(-0.80 < x = 0.21 < 1.22)$.

No que respeita aos Domínios do NEO-PI-R, assinala-se que também não existem diferenças entre os grupos, como podemos observar no quadro seguinte.

Domínios	x Grupo 1	x Grupo 2	Diferença x	Intervalo de Confiança		p
				Mínimo	Máximo	
Neuroticismo	85,62	59,19	26,44	-3,89	56,77	0,87
Extroversão	93,31	59,72	33,59	-29,05	96,23	0,291
Abertura	85,11	72,30	12,81	-17,92	43,54	0,411
Amabilidade	13,51	11,61	3,78	-0,58	8,13	0,089
Conscienciosidade	74,29	58,20	16,08	-14,06	46,22	0,293

Quadro 12 – Domínios do NEO-PI-R (T-Student)

Podemos perceber que, para todos os domínios, Neuroticismo $(-3.89 < x = 26.44 < 56.77)$, Extroversão $(-29.05 < x = 33.59 < 96.23)$, Abertura $(-17.92 < x = 12.81 < 43.54)$, Amabilidade $(-0.58 < x = 3.78 < 8.13)$ e Conscienciosidade $(-14.06 < x = 16.08 < 46.22)$, a diferença entre as médias está contida no intervalo de confiança, pelo que a leitura assume que não existem diferenças significativas entre o grupo com a Disfunção da Articulação Temporomandibular e o grupo sem a referida Disfunção.

2.2. The Brief Symptom Inventory (BSI)

Um outro questionário a analisar é o **BSI**, relativamente ao qual também existem variáveis com e sem distribuição normal. Desta forma, iremos primeiro descrever as variáveis que foram analisadas com testes não paramétricos e, de seguida, aquelas cuja distribuição normal e homogeneidade de variâncias permitiu a utilização de testes paramétricos.

Atente-se no quadro 13 que se segue.

Variáveis	xGrupo 1	xGrupo 2	p
Psicoticismo	72,62	69,45	0,642
Somatização	88,70	54,03	0,000*
Depressão	82,04	59,29	0,001*
Hostilidade	81,04	61,38	0,004*
Obsessivo-Compulsivo	84,77	57,81	0,000*
Ansiedade	89,58	53,19	0,000*
Ansiedade Fóbica	75,27	66,91	0,193

*Significativo a 0.05

Quadro 13– Variáveis do BSI (Mann – Whitney)

A análise deste questionário permite-nos concluir que não existem diferenças significativas entre os grupos (G1 e G2), no que se refere ao psicoticismo ($p=0.642>0.05$) e fobia ($p=0.193>0.05$). No entanto, assinalam-se a diferenças significativas quando temos em conta a ansiedade ($p=0.000<0.05$), depressão ($p=0.001<0.05$), somatização ($p=0.000<0.05$), hostilidade ($p=0.004<0.05$) e comportamento obsessivo-compulsivo ($p=0.000<0.05$).

A propósito destas diferenças significativas entre os grupos, deveremos considerar, em função da média, que o grupo com Disfunção da Articulação Temporomandibular revela uma média superior em relação aos níveis de ansiedade (G1 com

$x=89.58$; G2 com $x=53.19$), depressão (G1 com $x=82.04$; G2 com $x=59.29$), somatização (G1 com $x=88.70$; G2 com $x=54.03$), hostilidade (G1 com $x=81.04$; G2 com $x=61.38$) e comportamento obsessivo-compulsivo (G1 com $x=84.77$; G2 com $x=57.81$).

Já no que respeita à Sensibilidade Interpessoal e Ideação Paranoide, foi possível a utilização de testes paramétricos, cujos resultados são apresentados no quadro seguinte.

Variáveis	XGrupo 1	xGrupo 2	Diferenças x	Intervalo de Confiança		p
				Mínimo	Máximo	
SensibilidadeInterpessoal	1,35	0,75	0,6	0,35	0,86	0,000
Ideação Pranoide	1,51	1,06	0,45	0,20	0,71	0,001

Quadro 14 –Variáveis do BSI (T-Student)

Ao que parece, a sensibilidade interpessoal ($0.35 < x = 0.6 < 0.86$) e a ideação paranoide ($0.20 < x = 0.45 < 0.71$), não evidenciam diferenças significativas entre os grupos com e sem disfunção da ATM.

Para além do **NEO-PI-R** e **BSI**, foi também aplicado, em ambos os grupos, o **COPE**, relativamente ao qual iremos proceder ao mesmo tipo de apresentação, interpretação e leitura que foram feitas no que diz respeito aos questionários.

2.3. COPE

Na análise das variáveis que constituem o **COPE**, foi possível verificar quais são as que apresentam resultados que diferem significativamente entre os grupos e quais as

que não apresentam diferenças ser estatisticamente significantes entre os grupos.

Acresce que a leitura quantitativa de ambos os quadros é interpretada de modo diferente, uma vez que existem variáveis com distribuição normal e homogeneidade de variâncias, as quais são apresentadas com intervalos de confiança, e outras relativamente às quais não se verificam estas condições, pelo que apenas são referenciadas em relação ao nível de significância de 0.05.

Observem-se os quadros 15 e 16, que se apresentam seguidamente.

Variáveis	xGrupo1	xGrupo2	P
Reinterpretação Positiva	68,20	73,69	0,421
Negação	76,92	65,33	0,087
Religião	79,64	62,72	0,013*
Humor	56,30	85,09	0,000*
Comp. Desprendimento	76,89	65,35	0,089*
Uso Substâncias	72,69	69,76	0,631

*Significativo a 0.05

Quadro 15 – Variáveis do COPE (Mann – Whitney)

Variáveis	xGrupo1	xGrupo2	Diferença	Intervalo Confiança		p
				Mínimo	Máximo	
Despre. mental	8,36	8,63	-0,26	-1,10	0,57	0,535
Focalização	10,84	9,79	1,05	-8,21	2,02	0,34
Suporte Instrumental	9,43	9,93	-0,50	-1,48	0,49	0,320
Coping Activo	2,29	2,47	-0,62	-1,42	0,17	0,124
Constrangimento	2,28	2,69	0,50	-0,33	1,34	0,237
Suporte Emocional	9,61	10,17	-0,56	-1,52	0,40	0,253
Aceitação	9,65	9,96	-0,31	-1,14	0,53	0,469
Supressão Actividades	9,22	9,45	-0,23	-1,11	0,64	0,598
Planeamento	9,77	10,79	-1,02	-1,87	-0,17	0,019

Quadro 16 – Variáveis do COPE (T-Student)

Como podemos observar, os valores encontrados remetem-nos para a ideia de que, por um lado, *não existem diferenças significativas* entre os grupos em relação à reinterpretação positiva ($p=0.421>0.05$), negação ($p=0.087>0.05$), comportamento de desprendimento ($p=0.089>0.05$), uso de substância ($p=0.631>0.05$), desprendimento mental ($-1.10<x=-0.26<0.57$), focalização ($-8.21<x=1.05<2.02$), suporte instrumental ($-1.48<x=-0.50<0.49$), coping activo ($-1.42<x=-0.62<0.17$), constrangimento (-

0.33<x=0.50<1.34), suporte emocional (-1.52<x=-0.56<0.40), aceitação (-1.14<x=-0.31<0.53), supressão de actividades (-1.11<x=-0.23<0.64), e planeamento (-1.87<x=-1.02<-0.17). Por outro lado, assinalam-se *diferenças significativas* quando temos em linha de conta a religião (p=0.013<0.05) e humor (p=0.000<0.05).

Quando falamos em *diferenças significativas*, temos de ter em conta que a sua leitura é efectuada, quer pelos valores de *p*, quer pela média de cada grupo. Queremos, assim, referir que as diferenças já assinaladas, remetem para o facto concreto de que o grupo com DATM é aquele que revela resultados mais elevados na religião (G1 com x=79.64; G2 com x=62.72), enquanto que o grupo sem a referida disfunção revela uma média superior relativamente à variável humor (G1 com x=56.30; G2 com x=85.09).

Quanto às restantes variáveis, optámos por não as descrever, uma vez que não existem diferenças entre as médias de cada grupo.

3. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS DO GRUPO COM DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)

Até agora, foram analisados todos os questionários aplicados a ambos os grupos. No entanto, o **West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory - WYMPI** e o **BRIEFCOPE**, apenas foram efectuados ao grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular, o que implica que sejam “tratados” de modo diferente. Desta forma, iremos proceder apenas à descrição da média e desvio-padrão.

3.1. West Haven–Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)

Passamos às variáveis que compõem o WHYMPI, cuja análise apenas vai debruçar-se pelos valores de n , mínimos, máximos, média e desvio-padrão.

Este tipo de análise descritiva deve-se ao facto deste instrumento apenas ter sido aplicado ao grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular (DATM).

Observe-se o quadro seguinte.

WHYMPI	N	Min	Máx	Média	Desvio-Padrão
Severidade da Dor	69	0	5	3,18	1,14
Interferência	69	0	6	3,14	1,30
Auto-Controlo	69	0	6	2,81	1,19
Stress Afectivo	69	0	4	3,39	0,73
Suporte	69	0	6	3,66	1,41
Respostas Negativas	69	0	6	1,27	1,27
Respostas Solicitadas	29	0	6	2,89	1,31
Respostas de Distracção	69	0	6	2,34	1,38
Actividades de Casa	34	0	6	3,29	1,49
Trabalhos fora de Casa	69	0	4	1,55	1,02
Activ. Longe de Casa	69	0	5	2,21	1,11
Actividades Sociais	67	0	5	1,76	1,03

Quadro 17 – Variáveis do WHYMPI (Média e Desvio Padrão)

Na leitura interpretativa do quadro, temos de considerar o facto da classificação deste questionário ter sido efectuada de 0 a 6, o que faz com que as médias sejam circunscritas no intervalo estabelecido entre 1 e 4.

Desta forma, registam-se médias mais elevadas em relação à severidade da dor ($x=3.18$), interferência ($x=3.14$), stress afectivo ($x=3.39$), suporte social ($x=3.66$) e actividades de casa ($x=3.29$).

Já no que respeita às restantes variáveis, verificamos que o auto-controlo revela uma x de 2.81, respostas negativas uma x de 1.27, respostas solicitadas com uma x de 2.89, respostas de distração com uma x de 2.34, trabalhos fora de casa com uma x de 1.55, actividades longe de casa com uma x de 2.21, e actividades sociais com uma x de 1.76.

Todavia, não nos podemos esquecer que as médias, no seu conteúdo, alto ou baixo, estão também relacionadas com o valores mínimos e máximos assinalados no quadro. Aqui podemos acrescentar os valores aos quais correspondem os intervalos estabelecidos entre um mínimo e um máximo: 0 para ausência, 1 para muito baixo, 2 para baixo, 3 para médio, 4 para alto, 5 para muito alto, 6 para elevado.

3.2. BRIEF COPE

Este questionário, tal como o WHYMPI, apenas foi aplicado ao grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular.

Desta forma, assinalamos também os valores de n , mínimos, máximos, média e desvio-padrão.

Será, pois, a partir dos valores mínimos, máximos e média, que podemos discutir os resultados do BRIEF COPE.

Observe-se o quadro que se segue.

Brief Cope	N	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Auto-Distracção	69	2	8	4,78	1,91
Coping Activo	69	2	8	5,60	1,41
Negação	69	1	8	4,04	1,75
Uso Substâncias	69	2	6	2,43	0,85
Suporte Emocional	69	1	8	4,94	1,61
Suporte Instrumental	69	2	8	4,96	1,70
Comp. Desprendimento	69	2	8	3,52	1,61
Expandir	69	2	8	5,04	1,62
Reorganização Positiva	69	2	8	5,19	1,50
Planeamento	69	2	8	5,22	1,37
Humor	69	2	7	4,00	1,11
Aceitação	69	2	8	5,16	1,44
Religião	69	2	8	4,99	1,90
Culpa	69	2	8	5,23	1,78

Quadro 18 – Variáveis do *BRIEF COPE* (Média e Desvio-Padrão)

Da análise de dados contidos no quadro 18 concluí-se que a média mais alta está relacionada com o coping activo ($x=5.60$), e a média mais baixa com o uso de substâncias ($x=2.43$). Nas restantes variáveis, verifica-se que a auto-distracção tem uma x de 4.78, a negação uma x de 4.04, o suporte emocional uma x de 4.94, o suporte instrumental uma x de 4.96, o comportamento de desprendimento uma x de 3.52, o expandir uma média de 5.04, a reorganização positiva uma média de 5.19, o planeamento uma média de 5.22, o humor uma média de 4.00, a aceitação uma x de 5.16, a religião uma x de 4.99 e a culpa uma x de 5.23.

4. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Até agora, temos analisado as variáveis psicológicas tendo em conta a diferença, ou não, entre os grupos envolvidos na presente investigação.

Contudo, julgamos oportuno proceder à análise das características sócio-demográficas, como é o caso da *idade*, uma vez que a variável *género* não vai ser analisada, dado o número heterogéneo que existe entre o género masculino e o género feminino. Para além destas características, pretendemos, também, analisar as variáveis psicológicas em conjunto com algumas variáveis médicas, como sejam o *tipo de dor e sub-grupos clínicos*.

Uma outra variável a considerar será o “*outro significativo*” que, por não ser nem variável psicológica nem variável médica, será “anunciada” como uma variável considerada no WHYMPI.

Neste elenco, iremos apenas analisar o grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular.

4.1.Variável Sócio-Demográfica

4.1.1.Idade

A *idade* foi uma das variáveis analisada em função de todas as variáveis psicológicas que fazem parte dos instrumentos utilizados. Para tal, foi necessário estipular intervalos de idades, de forma a facilitar a leitura dos resultados.

Os intervalos das idades compreenderam quatro grupos: 15 aos 30 anos, 30 aos 45 anos, 45 aos 60 anos e dos 60 aos 75 anos. De acordo com estas faixas etárias, foi possível descrever a média, valores mínimos e máximos, bem como os *n* válidos e missings.

Recorreu-se ao Teste Não Paramétrico, Kruskal–Wallis, cuja variável independente foi a idade e as variáveis dependentes, aquelas que constituem cada instrumento utilizado, ou sejam, as variáveis psicológicas que constituem o COPE, BRIEF COPE, BSI, WHYMPI e NEO-PI-R.

Assim, as variáveis psicológicas foram analisadas para cada intervalo de idade, mas os dados obtidos, devido à extensibilidade da análise, apresentam-se no anexo A .

De acordo com os resultados de todos os intervalos de idades, compreendidos entre os 15–30 anos, 30-45 anos, 45-60 anos e 60-75 anos, e todas as variáveis psicológicas dos diferentes instrumentos concluímos, através dos quadros apresentados no anexo A, que não existe relação entre a idade e as diferentes variáveis psicológicas.

4.2. Variáveis Médicas

4.2.1. Tipo de Dor: Contínua e Descontínua

Pretende-se assinalar se existem diferenças, ou não, entre a dor contínua e descontínua, do doente com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular, e as variáveis psicológicas que constituem todos os instrumentos utilizados na presente investigação.

Para tal, procedeu-se também à utilização do Teste Não Paramétrico – Kruskal-Wallis – definindo-se como variável independente o tipo de dor, contínua e descontínua, e como variáveis dependentes as variáveis psicológicas, ou sejam, aquelas que compõem cada instrumento.

4.2.1.1. Variáveis Psicológicas – WHYMPI

Procedamos agora à análise das variáveis que constituem o WHYMPI e verifiquemos o número de doentes, que referem dor contínua ou descontínua, bem como a *média* e valor de *p*.

Atente-se no quadro seguinte.

Variáveis Psicológicas	Dor	N	Média	<i>p</i>
Severidade da Dor	Contínua	16	45,66	0,00
	Descontínua	50	29,61	
Interferência	Contínua	16	41,94	0,04
	Descontínua	50	30,8	
Controlo da vida	Contínua	16	24,19	0,03
	Descontínua	50	36,48	
Stress afectivo	Contínua	16	33,66	0,97
	Descontínua	50	33,45	
Suporte	Contínua	16	32,16	0,75
	Descontínua	50	33,93	
Respostas Negativas	Contínua	16	37,41	0,35
	Descontínua	50	32,25	
Respostas Solicitadas	Contínua	16	35,47	0,64
	Descontínua	50	32,87	
Respostas Distracção	Contínua	7	13,29	0,78
	Descontínua	20	14,25	
Actividades casa	Contínua	16	36,0	0,55
	Descontínua	50	32,7	
Trabalhos fora de casa	Contínua	7	14,64	0,55
	Descontínua	25	17,02	
Activ. Longe de Casa	Contínua	16	32,31	0,78
	Descontínua	50	33,88	
Actt Sociais	Contínua	15	31,17	0,75
	Descontínua	49	32,91	

Quadro 19 – Tipo de Dor e WHYMPI

De acordo com os resultados inscritos no quadro registamos dois tipos de informação. Por um lado, existe um total de 16 doentes que referem dor contínua e 50 que revelam dor descontínua e, por outro, as variáveis como a severidade da dor, interferência desta, e controlo de vida diferem significativamente consoante o tipo de dor.

Neste sentido, parece-nos que os *doentes com dor contínua* são aqueles que revelam maior severidade na sua dor ($x=45.66$), interferência na vida diária ($x=41.94$) e com menor controlo da vida ($x=24.19$). Esta leitura fundamenta-se no valor da média superior indicada na dor contínua, ao contrário daquela que é assinalada na dor descontínua.

No contexto do mesmo quadro, não nos interessa apenas observar as variáveis que revelam diferenças significativas, mas também aquelas cujos resultados indicam o contrário. Falamos das variáveis como o stress afectivo ($p=0.97$), suporte social ($p=0.75$), respostas negativas ($p=0.35$), respostas de solicitação ($p=0.64$), respostas de distração ($p=0.78$), actividades dentro de casa ($p=0.55$), actividades longe de casa ($p=0.55$) e actividades sociais ($p=0.75$).

4.2.1.2. Variáveis Psicológicas – COPE

Pretendemos, agora proceder à análise das variáveis psicológicas que compõem o COPE. Aqui, também temos como variável independente o tipo de dor, contínua e descontínua, em função das variáveis psicológicas, que foram definidas como variáveis dependentes.

Os quadros seguintes dão-nos a conhecer se o tipo de dor difere significativamente entre as variáveis psicológicas apresentadas. Para tal, deveremos ter em conta a média da dor contínua e descontínua, bem como os valores de p . A atender que existem dois quadros para facilitar a leitura dos mesmos.

Observe-se os quadros 20 e 21.

Variáveis Psicológicas	Dor	N	Média	p
R. Positiva	Contínua	16	30,75	0,51
	Descontínua	50	34,38	
Desprendim	Contínua	16	33,28	0,96
	Descontínua	50	33,57	
Focalização	Contínua	16	38,69	0,21
	Descontínua	50	31,84	
Sup. Inst	Contínua	16	36,84	0,42
	Descontínua	50	32,43	
Coping Activo	Contínua	16	33,63	0,98
	Descontínua	50	33,46	
Negação	Contínua	16	38,38	0,23
	Descontínua	50	31,94	
Religião	Contínua	16	43,53	0,02
	Descontínua	50	30,29	

Quadro 20 – Tipo de Dor e COPE

Variáveis Psicológicas	Dor	N	Média	p
Humor	Contínua	16	35,22	0,64
	Descontínua	50	32,95	
Comp.Despr.	Contínua	16	43,19	0,02
	Descontínua	50	30,40	
Constrangim.	Contínua	16	35,94	0,47
	Descontínua	49	32,04	
Sup. Emoc.	Contínua	16	40,72	0,08
	Descontínua	50	31,19	
Uso Substân.	Contínua	16	34,88	0,68
	Descontínua	50	33,06	
Aceitação	Contínua	16	32,06	0,73
	Descontínua	50	33,96	
Supressão	Contínua	16	25,53	0,05
	Descontínua	50	36,05	
Planeamento	Contínua	16	27,91	0,18
	Descontínua	50	35,29	

Quadro 21 – Tipo de Dor e COPE (Continuação)

Dos resultados sobressaem, a partir dos valores de p , as variáveis religião, comportamento de desprendimento e supressão, uma vez que diferem significativamente em função do tipo de dor. Desta forma, interpreta-se que os doentes com dor contínua, cujo n é igual 16, têm resultados mais elevados na religião ($x=43.53$), nos comportamentos de desprendimento ($x=43.19$), ao contrário da

supressão, relativamente à qual revelam uma média inferior ($x=25.53$) à dos doentes com dor descontínua.

As restantes variáveis psicológicas parecem não revelar diferenças significativas, seja qual for o tipo de dor: reinterpretação positiva ($p=0.51$), desprendimento mental ($p=0.96$), focalização ($p=0.21$), suporte instrumental ($p=0.42$), suporte emocional ($p=0.08$), coping activo ($p=0.98$), negação ($p=0.23$), humor ($p=0.64$), constrangimento ($p=0.47$), uso de substâncias ($p=0.68$), aceitação ($p=0.73$) e planeamento ($p=0.18$).

4.2.1.3. Variáveis Psicológicas – BRIEF COPE

Em relação ao BRIEF COPE, assinalamos o mesmo tipo de análise, recorrendo ao Kruskal-Wallis, de forma a tomarmos conhecimento se existem ou não diferenças significativas entre as variáveis psicológicas que constituem o BRIEF COPE e o tipo de dor referida pelo doente.

Observe-se os quadros que se seguem.

Variáveis Psicológicas	Dor	N	Média	<i>p</i>
Auto-Distração	Contínua	16	31,91	0,70
	Descontínua	50	34,01	
Coping Activo	Contínua	16	23,97	0,02
	Descontínua	49	35,95	
Negação	Contínua	16	36,31	0,49
	Descontínua	50	32,60	
Uso Substâncias	Contínua	16	34,22	0,82
	Descontínua	50	33,27	
Suporte Emocional	Contínua	16	32,81	0,87
	Descontínua	50	33,72	
Suporte Instrumental	Contínua	16	38,63	0,21
	Descontínua	50	31,86	
Comp. Desprend.	Contínua	16	44,25	0,01
	Descontínua	50	30,06	

Variáveis Psicológicas	Dor	N	Média	<i>p</i>
Expandir	Contínua	16	38,06	0,27
	Descontínua	50	32,04	
Reorg. Positiva	Contínua	16	33,09	0,92
	Descontínua	50	33,63	
Planeamento	Contínua	16	33,03	0,91
	Descontínua	50	33,65	
Humor	Contínua	16	30,25	0,41
	Descontínua	50	34,54	
Aceitação	Contínua	16	30,00	0,39
	Descontínua	50	34,62	
Religião	Contínua	16	42,22	0,03
	Descontínua	50	30,71	
Culpa	Contínua	16	37,34	0,35
	Descontínua	50	32,27	

Quadro 22 – Tipo de Dor e BRIEF COPE

Quadro 23 – Tipo de Dor e BRIEF COPE

Pela análise dos dados dos quadros constatamos que, mais uma vez, o coping activo, o comportamento de desprendimento e a religião, são as variáveis que diferem em função do tipo de dor, ou seja em função da dor contínua. No entanto, assistimos também a estes resultados no COPE, diferenciado-se apenas o resultado encontrado no coping activo, que não revelou diferenças significativas neste último questionário.

Ao que parece, os *doentes com dor contínua* revelam ser mais religiosos ($x=42.22$), com comportamentos de desprendimento ($x=44.25$), e menos coping activo ($x=23.97$) do que os doentes com dor descontínua. Assinale-se que as restantes variáveis como: a auto-distração ($p=0.70$), negação ($p=0.49$), uso de substâncias ($p=0.82$), recurso ao suporte emocional ($p=0.87$), recurso ao suporte instrumental ($p=0.21$), expandir ($p=0.27$), reorganização positiva ($p=0.92$), planeamento ($p=0.91$), humor ($p=0.41$), aceitação ($p=0.39$) e culpa ($p=0.35$), não revelam diferenças significativas em função da dor.

Estes resultados vão ao encontro das interpretações do COPE, pelas variáveis religião e comportamento de desprendimento, e do WHYMPI pelo controlo de vida.

4.2.1.4. Variáveis Psicológicas – BSI

Teremos agora em linha de conta as variáveis que fazem parte integrante do BSI. Estas variáveis, denominadas de psicológicas, serão as variáveis dependentes, enquanto que o tipo de dor, contínua ou descontínua, serão as variáveis independentes. Esta análise será efectuada através do Teste Não Paramétrico, Kruskal – Wallis.

Verifique-se o quadro seguinte.

Variáveis Psicológicas	Dor	N	Média	p
Psicoticismo	Contínua	16	45,41	0,00
	Descontínua	50	29,69	
Somatização	Contínua	16	44,28	0,01
	Descontínua	50	30,05	
BSIDepressão	Contínua	16	45,63	0,00
	Descontínua	50	29,62	
Hostilidade	Contínua	16	38,59	0,22
	Descontínua	50	31,87	
Sensib. Interp.	Contínua	16	44,09	0,01
	Descontínua	50	30,11	
Obsessivo-Compul	Contínua	16	43,41	0,02
	Descontínua	50	30,33	
BSI-Ansiedade	Contínua	16	42,13	0,04
	Descontínua	50	30,74	
Ansiedade Fóbica	Contínua	16	39,75	0,12
	Descontínua	50	31,50	
Ideação Paranoíde	Contínua	14	41,25	0,05
	Descontínua	50	30,05	

Quadro 24 – Tipo de Dor e BSI

A leitura do quadro revela-nos que existem variáveis psicológicas que indicam diferenças significativas consoante o tipo de dor. Do elenco destas variáveis, constam o psicoticismo ($p=0.00$), somatização ($p=0.01$), depressão ($p=0.00$), sensibilidade interpessoal ($p=0.01$), obsessivo-compulsivo ($p=0.02$), ansiedade ($p=0.04$) e ideação paranoíde ($p=0.05$).

Ao que parece, os *doentes com dor contínua* parecem revelar maiores níveis de psicoticismo ($x=45.41$), somatização ($x=44.28$), depressão ($x=45.63$), sensibilidade interpessoal ($x=44.09$), comportamentos obsessivo-compulsivo ($x=43.51$), ansiedade ($x=42.13$) e ideação paranoíde ($x=41.25$) do que os doentes com dor descontínua.

Deveremos, ainda, ter em conta as variáveis que não revelam diferenças significativas em função da dor, seja contínua ou descontínua. Com estes

resultados, identificamos as variáveis hostilidade ($p=0.22$) e ansiedade fóbica ($p=0.12$).

4.2.1.5. Variáveis Psicológicas – NEO-PI-R

Um outro instrumento é o NEO-PI-R, no qual as variáveis psicológicas são definidas pelos Domínios e Facetas. Contudo, iremos analisar os Domínios, Neuroticismo, Abertura, Extroversão e Conscienciosidade, enquanto variáveis dependentes, em função da dor contínua e descontínua – variáveis independentes.

As Facetas não serão analisadas, uma vez que a extensibilidade do questionário implicaria uma leitura difícil e morosa.

Observe-se o quadro seguinte.

Variáveis Psicológicas	Dor	N	Média	p
Neuroticismo	Contínua	13	29,42	0,89
	Descontínua	46	30,16	
Abertura	Contínua	13	21,65	0,08
	Descontínua	43	30,57	
Extroversão	Contínua	15	23,83	0,09
	Descontínua	45	32,72	
Conscienciosidade	Contínua	14	35,96	0,18
	Descontínua	46	28,84	

Quadro 25 – Tipo de Dor e NEO-PI-R

Os dados revelam que não existem diferenças significativas nos Domínios, quer o doente revele dor contínua, quer dor descontínua. Atente-se que estes resultados são evidenciados pelos valores de p : neuroticismo ($p=0.89$), abertura ($p=0.08$), extroversão ($p=0.09$) e conscienciosidade ($p=0.18$).

4.3. Variável descrita no WHYMPI

4.3.1. Outro Significativo

Esta variável, assinalada no WHYMPI, refere-se à pessoa de quem o doente se sente mais próximo. Neste âmbito, o “outro significativo” foi classificado em cônjuge, companheiro, companheiro de casa, amigo, vizinho, pai, mãe, filha (o) e outros.

No enquadramento da teorização e na orientação do suporte social, foi considerada a hipótese de relação entre os níveis de apoio e os comportamentos de dor.

No alicerce desta hipótese, parece importante analisarmos a relação do doente com o seu “outro significativo” e as diferentes variáveis psicológicas que constituem os questionários aplicados na presente investigação.

Neste seguimento, a apresentação irá delinear uma estrutura diferente do ponto anterior, uma vez que apenas serão apresentados os resultados em que se verifiquem diferenças significativas, sendo os restantes apresentados em anexo. Esta estrutura deve-se à extensibilidade, quer dos questionários, quer da classificação dos “outros significativos”.

Desta forma, interessa-nos perceber se existem, ou não, diferenças significativas entre as variáveis psicológicas e o “outro significativo”. Estas diferenças serão assinaladas pelo valor de p , que irá “anunciar” que não existem diferenças ou que existe diferença em pelo menos um dos “outros significativos”. Caso existam diferenças, estas serão definidas através da média, que nos indica qual o “outro significativo” que difere significativamente.

4.3.1.1. Variáveis Psicológicas – WHYMPI

A análise foi efectuada através de um Teste Não Paramétrico – Kruskal-Wallis, no qual se definem como variáveis independentes os “outros significativos” e, como variável dependente, as variáveis que compõem o WHYMPI.

Desta forma, o quadro abaixo indicado revela-nos a média de cada “outro significativo”, bem como o valor de p. Contudo, não são evidenciadas todas as variáveis psicológicas devido à extensibilidade destas, o que decerto dificultaria a leitura imediata do quadro. Observe-se o quadro que se segue.

Variáveis Psicológicas	Outro Significativo	Média	p
Controlo vida	Cônjuge	44,20	0,01
	Companheiro	40,63	
	Companheiro casa	6,50	
	Amigo	23,67	
	Vizinho	45,50	
	Pai	42,00	
	Mãe	27,82	
	Filha(o)	22,78	
	Outro	2,50	
Act. Longe Casa	Cônjuge	33,03	0.04
	Companheiro	36,43	
	Companheiro casa	52,50	
	Amigo	36,17	
	Vizinho	4,50	
	Pai	47,83	

Quadro 26- “Outro Significativo” e WHYMPI

Da leitura do quadro verifica-se que existem duas variáveis psicológicas que diferem significativamente de acordo com o “outro significativo”: controlo da vida ($p=0.01$) e actividades longe de casa ($p=0.04$). Na primeira variável, verifica-se que a média mais elevada releva-se no “outro significativo”, denominado por vizinho ($x=45.50$), enquanto que na segunda variável assinala-se uma média mais elevada no companheiro de casa ($x=52.50$).

As restantes variáveis, cujos resultados denunciam que não existem diferenças significativas entre os “outros significativos”, serão apresentadas no anexo B.

Todavia, são de salientar os valores de p de cada uma dessas variáveis: severidade da dor ($p=0.61$), interferência ($p=0.28$), stress afectivo ($p=0.24$), suporte social ($p=0.46$), respostas negativas ($p=0.83$), respostas de solicitação ($p=0.09$), respostas de distração ($p=0.21$), actividades dentro de casa ($p=0.06$), actividades fora de casa ($p=0.73$) e actividades sociais ($p=0.15$).

4.3.1.2. Variáveis Psicológicas – COPE

Procedeu-se à mesma análise, utilizando as mesmas variáveis independentes – “outros significativos”, mas recorrendo às variáveis dependentes que constituem o COPE. Efectuou-se, também, a mesma estrutura de apresentação do ponto anterior, tendo em conta os mesmos motivos, derivados da extensibilidade do presente questionário.

Desta forma, apenas serão apresentadas as variáveis psicológicas cujos resultados demonstram diferenças significativas em função do “outro significativo”.

Verifique-se o quadro seguinte.

Variável Psicológica	Outro Significativo	Média	p
Desprendimento	Cônjuge	32,93	0.01
	Companheiro	22,90	
	Companheiro casa	33,50	
	Amigo	54,83	
	Vizinho	34,00	
	Pai	60,17	
	Mãe	45,14	
	Filha(o)	24,61	
	Outro	44,50	

Quadro 27 – “Outro Significativo” e COPE

Das diferentes variáveis psicológicas que constituem o COPE, assinala-se o

desprendimento mental como a única variável que difere significativamente em relação ao “outro significativo”. Aqui, assinala-se, ainda, que a média mais elevada do “outro significativo” é o pai.

No entanto, não podemos descurar as variáveis cujos resultados demonstraram que não existem diferenças significativas em função do “outro significativo”. Sendo assim, podemos fazer referência aos valores de p : reinterpretação positiva ($p=0.32$), focalização ($p=1.00$), suporte instrumental ($p=0.71$), coping activo ($p=0.43$), negação ($p=0.10$), religião ($p=0.67$), humor ($p=0.75$), comportamento desprendimento ($p=0.79$), constrangimento ($p=0.85$), suporte emocional ($p=0.91$), uso de substância ($p=0.24$), aceitação ($p=0.63$), supressão de actividades ($p=0.50$) e planeamento ($p=0.78$).

4.3.1.3. Variáveis Psicológicas – BRIEF COPE

Em relação às variáveis que compõem o BRIEF COPE, foi efectuado o mesmo tipo de análise, no qual o “outro significativo” fez parte das variáveis independentes e as variáveis psicológicas que constituem o BRIEF COPE, das variáveis dependentes.

Desta análise, verificou-se não existirem diferenças significativas entre as variáveis do BRIEF COPE e os “outros significativos”. Todavia, obedecendo à estrutura dos questionários anteriores, os resultados, por não revelarem diferenças significativas, serão apresentados no anexo B. No entanto, parece-nos pertinente dar a conhecer os valores de p das diferentes variáveis: auto-distração ($p=0.30$), coping activo ($p=0.54$), negação ($p=0.20$), uso de substâncias ($p=0.23$), recurso ao suporte instrumental ($p=0.65$) e emocional ($p=0.59$), comportamento de desprendimento

($p=0.78$), expandir ($p=0.97$), reorganização positiva ($p=0.88$), planeamento ($p=0.84$), humor ($p=0.64$), aceitação ($p=0.19$), religião ($p=0.50$) e culpa ($p=0.77$).

4.3.1.4. Variáveis Psicológicas – BSI

Na continuação deste tipo de análise, surge também o Brief Symptom Inventory (BSI), em que as variáveis que o definem são denominadas como variáveis dependentes, e as categorias que obedecem ao “outro significativo”, denominadas por variáveis independentes.

O quadro em baixo representado ilustra os dados obtidos.

Variável Psicológica	Outro Significativo	Média	p
Ansiedade Fóbica	Cônjuge	35,23	0.04
	Companheiro	30,33	
	Companheiro casa	60,25	
	Amigo	50,17	
	Vizinho	64,00	
	Pai	21,17	
	Mãe	26,96	
	Filha(o)	38,17	
	Outro	67,00	

Quadro 28 – “Outro Significativo” e BSI

De entre as diferentes variáveis que constituem o BSI, apenas a ansiedade fóbica manifesta diferenças significativas em relação ao “outro significativo”. Esta diferença é assinalada pelo valor de p igual a 0.04, verificando-se, também, que a média mais elevada em relação ao “outro significativo” diz respeito ao “outro” que embora não esteja definido, é identificado como “outros familiares”.

Refira-se o valor de p das diferentes variáveis: psicoticismo ($p=0.38$), obsessivo-compulsivo ($p=0.70$), somatização ($p=0.77$), ansiedade ($p=0.76$), depressão ($p=0.54$),

hostilidade ($p=0.30$), ideação paranoide ($p=0.90$) e sensibilidade interpessoal ($p=0.76$). Acresce referir que estes resultados são apresentados no anexo B.

4.3.1.5. Variáveis Psicológicas – NEO-PI-R

No âmbito deste questionário, foram consideradas como variáveis independentes o “outro significativo” e como variáveis dependentes os Domínios do NEO-PI-R. Este questionário é constituído por Domínios e Facetas, mas apenas analisámos os primeiros, dada a extensibilidade das variáveis envolvidas.

Neste percurso, serão apresentados os resultados dos Domínios, quer estes sejam significativos ou não.

Verifique-se os quadros seguintes.

Va. Psicoló.	Outro Significativo	Média	p
Neurotic.	Conjuge	26,75	0,76
	Companheiro	32,54	
	Companheiro casa	41,75	
	Amigo	34,50	
	Vizinho	60,00	
	Pai	31,00	
	Mãe	29,23	
	Filha(o)	29,56	
Outro	36,00		
Extrov.	Conjuge	30,81	0,55
	Companheiro	28,46	
	Companheiro casa	15,75	
	Amigo	33,50	
	Vizinho	58,00	
	Pai	35,17	
	Mãe	31,32	
	Filha(o)	23,43	
Outro	12,00		

Quadro 29 – “Outro Significativo” e NEO-PI-R

Va. Psicoló.	Outro Significativo	Média	p
Abertura	Cônjuge	27,50	0,67
	Companheiro	30,57	
	Companheiro casa	33,00	
	Amigo	49,00	
	Vizinho	12,00	
	Pai	40,33	
	Mãe	35,58	
	Filha(o)	32,00	
Outro	19,50		
Consciência	Cônjuge	25,88	0,18
	Companheiro	30,13	
	Companheiro casa	48,25	
	Amigo	17,75	
	Vizinho	28,50	
	Pai	46,17	
	Mãe	29,15	
	Filha(o)	40,25	
Outro	61,00		

Quadro 30 – “Outro Significativo” e NEO-PI-R

De acordo com os quadros, é possível concluir que não existem diferenças significativas nos Domínios em relação ao “outro significativo”. Esta interpretação é

verificada pelos valores de p: Neuroticismo ($p=0.76$), Abertura ($p=0.67$), Extroversão ($p=0.55$) e Conscienciosidade ($p=0.18$).

4.4. Correlação das variáveis psicológicas dos instrumentos utilizados

Tendo em linha de conta o suporte teórico, percebemos que seria uma mais valia analisar empiricamente a correlação entre as diferentes variáveis, de forma a confrontar os resultados com a teorização apresentada. Para além do conteúdo teórico, verificámos que, de acordo com a apresentação dos resultados, para a interpretação e discussão dos dados será necessário averiguarmos a possível correlação entre as variáveis psicológicas, de modo a serem corroboradas algumas interpretações a serem analisadas e pensadas na discussão.

Sendo assim, e com base na *Correlação de Spearman*, será possível averiguar a existência ou não de correlações, o que nos permite “visualizar” os valores estatisticamente significativos, acentuando a possibilidade de relacionar as variáveis entre si.

Perante a organização a que deve obedecer este ponto, a estrutura de apresentação irá delinear, numa primeira fase, a correlação entre as variáveis psicológicas de cada instrumento, ao passo que na segunda se pretende traçar, em conjunto, as diversas variáveis psicológicas dos diferentes instrumentos.

4.4.1. West-Haven Multidimensional Pain Inventory - WHYMPI

Segue-se o quadro que assume as correlações entre as variáveis pertencentes ao WHYMPI. Note-se que, para esta análise, apenas foi considerado o grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular.

Observe-se o quadro do anexo C.

Considerando os resultados do quadro, percebemos que, quanto maior o suporte social, menor as respostas negativas (-0.472) e maior as respostas de solicitação (0.637), com $p=0.01$. Deduz-se, também, que as respostas negativas parecem contribuir para a severidade da dor (0.332), ao contrário das respostas de solicitação (-0.418), com $p=0.05$, actividades longe de casa (-0.347) e actividades sociais (-0.423), ambas com $p=0.01$. Por outro lado, as respostas de distracção, ao que parece, estão a par do controlo do indivíduo sobre a sua vida (0.428), diminuindo a severidade da dor (-0.436), com $p=0.01$ e sua interferência (-0.403), com $p=0.05$.

Parece-nos, igualmente, que quanto maior o controlo de vida menor a severidade da dor (-0.564) e menor a interferência desta nas actividades diárias (-0.584), com valores de $p=0.01$. Neste seguimento, o stress afectivo também se correlaciona positivamente com a severidade da dor (0.403) e sua interferência na vida diária (0.368), com $p=0.01$.

O mesmo quadro denota, ainda, a existência de correlação positiva entre a severidade da dor e interferência desta na vida diária (0.833), com $p=0.01$.

A par do tipo de respostas e actividades, conseguimos interpretar que, ao que parece, as respostas negativas estão também correlacionadas positivamente, quer com a interferência da dor nas actividades diárias (0.261), quer com o stress afectivo (0.308). As actividades de casa parecem estar relacionadas positivamente com as respostas de distracção (0.379), fazendo também referência ao facto de que, quanto maior o suporte social, menor as actividades de casa (-0.281). Para além deste tipo de actividades, temos também as actividades longe de casa e as actividades sociais, sendo que as primeiras parecem estar correlacionadas positivamente com as respostas solicitadas (0.269), com $p=0.05$, e trabalhos fora de casa (0.583), com

$p=0.01$, ao passo que o segundo tipo de actividades parece estar correlacionado negativamente com a interferência da dor (-0.341) e positivamente com o controlo da vida (0.327), trabalhos fora de casa (0.516) e actividades longe de casa (0.549), com valores de $p=0.01$.

4.4.2. BSI

No seguimento das correlações entre as variáveis psicológicas, consideremos, agora, as variáveis que compõem o BSI.

O quadro abaixo indicado pretende averiguar a hipótese de correlação entre as variáveis. Observem-se os resultados.

Variáveis Psicológicas	Psicotic.	Somatiz.	Depr.	Hostilida de	Sens. Interp.	Ob. Compul	Ansied.	A.Fóbica	Idea. Parano.
Psicoticismo	1								
Somatização	0,59(**)	1							
Depressão	0,77(**)	0,61(**)	1						
Hostilidade	0,63(**)	0,61(**)	0,67(**)	1					
Sens. Interp.	0,62(**)	0,64(**)	0,80(**)	0,66(**)	1				
Ob. Compul.	0,67(**)	0,71(**)	0,74(**)	0,65(**)	0,72(**)	1			
Ansiedade	0,60(**)	0,69(**)	0,78(**)	0,65(**)	0,78(**)	0,77(**)	1		
Ans. Fóbica	0,63(**)	0,48(**)	0,57(**)	0,44(**)	0,52(**)	0,49(**)	0,54(**)	1	
Idea. Parano.	0,49(**)	0,59(**)	0,67(**)	0,64(**)	0,75(**)	0,68(**)	0,70(**)	0,44(**)	1

Quadro 31 – Correlação das variáveis do BSI

*Significativo a 0.05

**Significativo a 0.01

Pelos dados do quadro, percebemos que todas as variáveis estão correlacionadas entre si. Esta averiguação dever-se-á à carga clínica suportada pela referida escala, pelo que alguns quadros clínicos passam mesmo a ser identificadas através destas correlações.

Assinale-se, também, que as referidas correlações são significativas a 0.01.

4.4.3.COPE

Neste ponto também pretendemos analisar as correlações de todas as variáveis que constituem o COPE. Temos conhecimento que este questionário compreende quinze variáveis psicológicas, pelo que os resultados serão apresentados no anexo C. Porém, seguir-se-á a interpretação do mesmo.

A acompanhar a leitura do mesmo quadro, conseguimos entender que existem diversas correlações, algumas significativas a 0.01 e outras a 0.05. Nesta linha, podemos avançar com as seguintes interpretações: a reinterpretação positiva parece estar correlacionada positivamente com onze variáveis: desprendimento (0.292), focalização (0.178), recurso ao suporte instrumental (0.414) e emocional (0.302), coping activo (0.519), humor (0.285), constrangimento (0.340), aceitação (0.430), supressão (0.387) e planeamento (0.525). Por outro lado, a reinterpretação positiva parece estar correlacionada negativamente com o comportamento de desprendimento (-0.252).

O desprendimento parece estar correlacionado positivamente com a reinterpretação positiva (0.292), focalização (0.300), recurso ao suporte instrumental (0.341) e emocional (0.287), coping activo (0.291), negação (0.269), humor (0.188), aceitação (0.246), supressão (0.256) e planeamento (0.350). A focalização mantém uma correlação positiva com a reinterpretação positiva (0.178), desprendimento (0.300), recurso ao suporte instrumental (0.568) e emocional (0.537), coping activo (0.267), negação (0.244), religião (0.348), comportamento de desprendimento (0.166), supressão (0.345) e planeamento (0.221), assinalando-se também a correlação negativa com o humor (-0.240).

No recurso ao suporte instrumental, encontramos correlações positivas com a reinterpretação positiva (0.414), desprendimento (0.341), focalização (0.568), coping activo (0.548), recurso ao suporte emocional (0.764), aceitação (0.242), supressão (0.430) e planeamento (0.491). O coping activo mantém correlações positivas com reinterpretação positiva (0.519), desprendimento (0.291), focalização (0.267), recurso ao suporte instrumental (0.548) e emocional (0.428), humor (0.325), constrangimento (0.355), aceitação (0.285), supressão (0.522) e planeamento (0.694).

Na variável negação assistimos a correlações positivas entre o desprendimento (0.269), focalização (0.244), religião (0.285), humor (0.169), comportamento de desprendimento (0.501) e recurso ao suporte emocional (0.183). Na religião, encontramos correlações positivas com a focalização (0.348), comportamento de desprendimento (0.217), constrangimento (0.180), recurso ao suporte emocional (0.179) e supressão (0.212). No humor, verificamos correlações positivas com a reinterpretação positiva (0.285), desprendimento (0.188), coping activo (0.325), negação (0.169) e planeamento (0.266). Na mesma variável denota-se, ainda, uma correlação negativa com a focalização (-0.240).

Em relação ao comportamento de desprendimento, verificam-se correlações positivas com a focalização (0.166), negação (0.501) e religião (0.217), anunciando também uma correlação negativa com a reinterpretação positiva (-0.252).

Na variável constrangimento surgem correlações positivas com a reinterpretação positiva (0.340), coping activo (0.355), religião (0.180), aceitação (0.206), supressão (0.395) e planeamento (0.393).

O recurso ao suporte emocional parece estar correlacionado positivamente com reinterpretação positiva (0.302), desprendimento (0.287), focalização (0.537), recurso ao suporte instrumental (0.764), coping activo (0.428), negação (0.183), religião (0.179), aceitação (0.218), supressão (0.326) e planeamento (0.325). Por outro lado, o uso de substâncias apenas parece evidenciar uma correlação negativa com o planeamento. Em relação à aceitação, parecem existir correlações positivas com a reinterpretação positiva (0.430), desprendimento (0.246), recurso ao suporte instrumental (0.242), coping activo (0.285), constrangimento (0.206), recurso ao suporte emocional (0.218). Com a supressão, revelam-se as correlações positivas com a reinterpretação positiva (0.387), desprendimento (0.256), focalização (0.345), recurso ao suporte instrumental (0.430) e emocional (0.326), coping activo (0.522), religião (0.212) e constrangimento (0.395).

Quanto ao planeamento, verificam-se correlações positivas com a reinterpretação positiva (0.525), desprendimento (0.350), focalização (0.221), recurso ao suporte instrumental (0.491) e emocional (0.325), coping activo (0.694), humor (0.266), constrangimento (0.393), aceitação (0.235) e supressão (0.611). Na mesma variável, denota-se uma correlação negativa com o uso de substância (-0.183).

4.4.4. BRIEF COPE

Pretendemos, agora, verificar as correlações entre todas as variáveis psicológicas que constituem o BRIEF COPE. Mais uma vez, devido à extensibilidade das variáveis, os resultados serão apresentados no anexo C. No entanto, procederemos à leitura dos resultados obtidos.

De acordo com o anexo C, assinalam-se correlações positivas e negativas com níveis de significância de 0.05 ou 0.01. Neste sentido, verifica-se que a auto-distracção está correlacionada positivamente com o coping activo (0.243), suportes emocional (0.366) e instrumental (0.385), expandir (0.314), reorganização positiva (0.244), humor (0.239) e culpa (0.253). O coping activo parece estar correlacionado positivamente com a auto-distracção (0.243), suporte emocional (0.316), reorganização positiva (0.455) e planeamento (0.504), denotando-se também a existência de correlação negativa com o comportamento de desprendimento (-0.523). Uma outra variável é a negação que, ao que parece, está relacionada com outras três variáveis: como o expandir (0.281), culpa (0.389) e humor (-0.276). Tal como podemos perceber, a negação parece manter uma correlação negativa com o humor.

O suporte emocional mantém correlação positiva com o suporte instrumental (0.743), expandir (0.619), reorganização positiva (0.288) e planeamento (0.393). Já o suporte instrumental, compreende as mesmas correlações à excepção da aceitação, mantendo uma correlação com a variável denominada de culpa (0.274). Contudo, estas correlações do suporte emocional e instrumental, embora estejam correlacionadas com as mesmas variáveis mantêm, como será de entender, diferentes valores de coeficientes que passam a estar descritos no anexo já referido.

O comportamento de desprendimento parece estar correlacionado positivamente com a culpa (0.285) e negativamente com o coping activo (-0.523).

Por outro lado, assistimos também às correlações da variável expandir com a auto-distracção (0.314), negação (0.281), suportes emocional (0.619) e instrumental (0.708), religião (0.329) e culpa (0.332). No mesmo quadro, podemos ainda ler que a reorganização positiva tem correlações positivas com auto-distracção (0.244), coping activo (0.455), suportes emocional (0.288) e instrumental (0.334), planeamento (0.502), humor (0.347) e aceitação (0.425).

No planeamento, verificam-se correlações positivas com o coping activo (0.504), suportes emocional (0.355) e instrumental (0.393) e aceitação (0.339). Pegando nesta última variável, assinalam-se as correlações com suporte emocional (0.254), reorganização positiva (0.425), planeamento (0.339) e humor (0.773). Este último também mantém correlações positivas com a auto-distracção (0.239), reorganização positiva (0.347) e aceitação (0.773). Assinala-se, também, a correlação negativa com a negação (-0.276).

Por último, temos a variável culpa, que parece manter correlações positivas com a auto-distracção (0.253), negação (0.389), suporte instrumental (0.274), comportamento de desprendimento (0.285), expandir (0.332) e religião (0.353).

4.4.5. NEO-PI-R

Foi também elaborada a *Correlação de Spearman* entre os domínios do NEO-PI-R: neuroticismo, abertura, amabilidade e conscienciosidade.

Observe-se o quadro abaixo indicado.

Variável Psicológica	Neurot	Abertura	Amabilid	Conscie
Neurot	1			
Abertura	0,02	1		
Amabilid	0,29**	-0,22*	1	
Conscie	0,16	-0,06	-0,38**	1

Quadro 32 – *Correlação Dos Domínios do NEO-PI-R*

*Significativo a 0.05

**Significativo a 0.01

Os resultados estatisticamente significativos recaem na correlação positiva entre o neuroticismo e a amabilidade (0.023). Já as correlações negativas evidenciam-se entre a amabilidade e abertura (-0.220), bem como amabilidade e conscienciosidade (0.378).

4.5. Correlação de algumas variáveis Psicológicas

Procedeu-se, também, à correlação de algumas variáveis, tais como: severidade da dor, interferência da dor na vida diária, stress afectivo, capacidade de controlo, somatização, depressão, ansiedade, coping activo, negação, suporte instrumental, suporte emocional, suporte social, suporte social e extroversão.

A acrescentar que qualquer uma destas variáveis pertence aos questionários, BSI, WHYMPI e BRIEF COPE, aplicados apenas ao grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular, à excepção do BSI, que foi aplicado a ambos os grupos.

Sendo assim, podemos observar os resultados através do quadro que se segue.

V. Psicológica	Sev. Dor	Interf.	Stress Af	Controlo	Sup Soc	Somati	Depr	Ansiéd	CopinAct	Negação	Sup. Instr	Sup. Emo	Extrovers
Sev. Dor	1												
Interfer.	0.85**	1											
Stress Af	0.35**	0.29*	1										
Controlo	-0.58**	-0.58**	-0.03	1									
Sup Soc	-0.07	-0.05	-0.05	0.107	1								
Somati	0.43**	0.38**	0.23*	-0.28*	-0.14	1							
Depr	0.50**	0.41**	0.29*	-0.46**	-0.13	0.60**	1						
Ansiéd	0.52**	0.42**	0.38**	-0.34**	-0.18	0.60**	0.77**	1					
CopinAct	-0.28*	-0.26*	-0.02	0.38**	-0.07	-0.16	-0.31**	-0.18	1				
Negação	0.20	0.16	0.06	-0.33**	0.04	0.19*	0.48**	0.31**	-0.02	1			
SupInstr	0.14	0.12	0.18	0.12	0.34**	-0.01	0.18	0.18	0.23*	0.09	1		
SupEmo	0.10	0.15	0.06	0.11	0.45**	-0.014	0.15	0.11	0.28*	0.11	0.76**	1	
Extrovers	-0.09	-0.08	0.004	0.05	0.04	0.003	0.09	0.11	0.03	0.07	0.003	0.16	1

*Significativo a 0.05

**Significativo a 0.01

Quadro 33 – Correlação De algumas variáveis do BSI, WHYMPI e Brief Cope

A interpretação cuidada do quadro anterior, permite as leituras que se descrevem nas nove alíneas seguintes:

- 1) Quanto maior a severidade da dor, maior a interferência (0.853) e menor o controlo nas actividades diárias (-0.581) e coping activo (-0.284), com probabilidade de aumento dos níveis de ansiedade (0.526) e sintomas depressivos (0.506), somatização (0.439), stress afectivo (0.355);
- 2) Quanto maior a interferência da dor nas actividades diárias, maior a ansiedade (0.428), depressão (0.417), somatização (0.385), e stress afectivo (0.291) e menor o controlo (-0.588) e coping activo (-0.266);
- 3) Quanto maior o controlo das actividades diárias, maior o coping (0.386), menor a ansiedade (-0.341), depressão (-0.465), somatização (-0.287) e negação (0.333);
- 4) Quanto maior o stress afectivo, maiores os níveis de depressão (0.292), ansiedade (0.387) e somatização (0.238);
- 5) Quanto maior o coping activo, maiores os suportes emocional (0.283) e instrumental (0.239) do indivíduo;
- 6) Quanto maior o suporte social, maior o suporte instrumental (0.346) e emocional (0.459), uma vez que estes dois também aumentam em função um do outro, ou seja, quanto maior o suporte instrumental, maior o suporte emocional (0.762);
- 7) Ao que parece, a somatização exprime-se através do aumento dos níveis de depressão (0.608) e ansiedade (0.609);
- 8) Quanto mais elevados os níveis de depressão, maior a ansiedade (0.771) e negação (0.487) e, por outro lado, menor o coping activo (-0.315);
- 9) A ansiedade é tanto mais elevada quanto maior a negação (0.317).

Através da leitura deste quadro, podemos interpretar alguns resultados que foram expostos anteriormente, uma vez que nos permite visualizar as possíveis correlações entre as diferentes variáveis.

Para além das variáveis que fazem parte integrante dos questionários que foram aplicados, existe também a grelha das variáveis médicas, das quais assinalamos a possível correlação entre o stress, ansiedade e opressão dental.

De acordo com esta hipótese, observamos o quadro que denota os resultados desta possível correlação.

Variável Psicológica	Stress	Ansiedade.	Op.Dental
Stress	1		
Ansiedade	0.45**	1	
Op.Dental	0.07	-0.12	1

** Significativo a 0.01

Quadro 34 – Correlação da Opressão Dental, ansiedade e stress

Tal como podemos verificar, a opressão dental não está correlacionada com as variáveis ansiedade e stress, denotando-se, no entanto, que o stress e a ansiedade mantêm uma correlação de .450, remetendo para a leitura de que, quando maior o stress, maior a ansiedade.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na prelecção dedicada aos factores psicológicos e transtornos da Articulação Temporo-Mandibular, salientam-se os objectivos geral e específicos, delineados no início da presente investigação. De acordo com ambos os objectivos, e antes de qualquer tipo de análise, tivemos como ponto de partida o estudo da relação entre as diferentes variáveis psicológicas (características da personalidade, estratégias de confronto e stress psicológico) com a referida disfunção, bem como a possibilidade de identificar a existência, ou não, de um possível perfil psicológico característico deste tipo de doentes. Por outro lado, este último objectivo específico norteou, também, a possibilidade de analisar as relações entre as diferentes variáveis consideradas nos parâmetros da grelha médica.

A evidência destas relações predispôs à formulação de hipóteses sobre a possível relação entre os factores psicológicos e a Disfunção da Articulação Temporomandibular.

Debrucemo-nos, então, sobre a análise e discussão dos resultados da presente investigação, no âmbito da qual, para além dos nossos resultados, serão também apresentados alguns estudos que tendem a valorizar as relações significativas entre as variáveis psicológicas, parâmetros físicos e respostas obtidas pelos diferentes tipos de tratamentos.

De facto, postula-se que os factores emocionais associados a *traços de personalidade*, podem incrementar a tensão e hiperactividade muscular que,

mediante determinados hábitos orais disfuncionais, podem provocar dor facial, bem como tensão crónica muscular, características existentes na DATM (McCreary, Merrill, Flack & Oakley, 1991). Também em 1999, foi possível definir, mais uma vez, a *combinação da personalidade* com as desordens musculares, humor, ansiedade e uso de substâncias, reforçando a ideia de que existem conteúdos psicopatológicos (Kight, Gatchel & Wesley, 1999).

Nesta linha, assinala-se que a presente investigação procurou fundamentar a leitura interpretativa dos aspectos psicológicos no cerne da abordagem odontológica, como forma de saber se existe, ou não, relação entre as diferentes variáveis psicológicas e alguns parâmetros médicos relevantes desta patologia.

É a partir deste percurso que surgem os contornos da Psicologia em territórios Odontológicos, constituindo a presente investigação mais um dos múltiplos trajectos percorridos pela Psicologia da Saúde.

Em primeiro lugar, importa referir alguns aspectos que definem as características sócio-demográficas da presente investigação.

Verificámos que o Grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular apresenta uma leitura quantitativa bastante diferente do Grupo sem a referida Disfunção. A partir daqui, e de acordo com o número discrepante existente entre os géneros, principalmente em relação ao primeiro grupo, somos a discutir o facto desta heterogeneidade ser um dos pontos que mais limitam a presente investigação.

Recorde-se que o grupo com Disfunção é constituído por 55 mulheres, o que equivale a uma percentagem de 79,7%, e por 14 homens, o que equivale a 20,3%. Já o mesmo não se passa com o grupo em que não existe a referida Disfunção. Neste, o género feminino regista uma percentagem de 57,5% e o género masculino os 42,5% remanescentes.

Todavia, a discrepância entre as percentagens encontradas nos diferentes grupos, no que respeita aos géneros, acentuam no facto deste tipo de Disfunção surgir mais comumente na mulher do que no homem, ideia que, poderá ser reforçada pela homogeneidade entre homens e mulheres, encontrada no grupo sem Disfunção. De facto, nas consultas de rotina foi possível a aplicação dos instrumentos sem que houvesse discrepâncias significativas entre os géneros, o que não foi de todo possível para o grupo com Disfunção.

Uma outra variável que define as características socio-demográficas é a idade, na qual encontramos uma homogeneidade entre os grupos com e sem a Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular. No primeiro grupo, a média de idade é de 39 anos de idade, enquanto que no segundo grupo a média de idades é de 37 anos, assinalando-se, desta forma, a homogeneidade dos grupos em relação à idade.

De acordo com a grelha médica, preenchida pelo médico assistente, verifica-se que a maioria dos doentes com DATM revela dor descontínua, seguida de dor contínua. Note-se que apenas 4,3% dos doentes não manifestam dor.

Parece-nos, por isso, pertinente “localizar” os momentos em que a dor é manifestada pelo doente, se durante a mastigação, palpação ou movimento da articulação e, se no

lado direito, esquerdo ou ambos. Se observarmos o quadro 18, verificamos que o total não perfaz os 100%, uma vez que a dor não implica uniformidade na sua localização, ou seja, o doente pode sentir dor no lado direito durante a palpação e manifestar dor em ambos os lados durante o movimento da articulação.

De acordo com os dados do mesmo quadro, assinala-se que a maior percentagem ocorre durante a palpação e em ambos os lados, esquerdo e direito.

Um outro sinal são os clicks, ou sons, derivados da articulação, registando-se o facto de 84,1% dos doentes com DATM manifestar este sinal. No entanto, deveremos ter em conta que este sinal surge em grande parte da população, não definindo, necessariamente, o quadro sindromático que rege a DATM.

Estes sons surgem, na sua maioria, por um lado, durante a abertura da boca e, por outro, durante a abertura e fechamento assimétrico, ambos do lado direito.

No que respeita ao diagnóstico da DATM foram definidos três tipos de diagnóstico: Patologias Musculares, Transtorno Interno da ATM, com e sem redução, e Artroses. De acordo com os resultados, a maioria dos doentes foram diagnosticados com Transtorno Interno da Articulação Temporo Mandibular com redução, diagnóstico em que se regista uma percentagem de 55%.

Acabámos de fazer referência às variáveis médicas assinaladas na grelha preenchida pelo médico assistente, seguindo-se a oportunidade de discutirmos os resultados que dizem respeito às variáveis psicológicas.

Teremos que atender ao facto de existirem cinco instrumentos capazes de identificar a vertente psicológica, assumindo-se que podemos entrelaçar alguns resultados de

modo a compreendermos a dinâmica que possa estar por detrás deste tipo de Disfunção.

Tais questionários compreenderam, na sua análise, os diferentes parâmetros psicológicos a que nos propusemos aquando da definição dos objectivos.

No enquadramento dos resultados das variáveis psicológicas, assinala-se que se registaram *níveis* de **ansiedade** e **depressão** estatisticamente significativos no grupo com *Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular*, o que não acontece no grupo sem qualquer disfunção.

Falamos em *níveis* ao invés de *quadros* clínicos, uma vez que o primeiro termo sustenta a ideia de “estado” e não de “traço” da personalidade.

Começámos por defender esta ideia porque, apesar de existirem diferenças significativas entre os grupos no que respeita aos níveis de ansiedade e depressão, outros resultados remetem para o facto de que estes níveis não justificam o perfil psicológico, identificado por um “traço psicológico”, mas possivelmente por um “estado” do sujeito.

Queremos com isto dizer que, ao que parece, não podemos referir que o Grupo com DATM tem de *per si* uma personalidade depressiva ou ansiogénea, porque ao referirmos tal, estaríamos a cooperar com a ideia de que seria este tipo de personalidade um dos factores que contribuía para a referida disfunção.

Este parecer surge quando nos deparamos com o facto de *não existirem diferenças significativas* nos *domínios* que integram o questionário NEO-PI-R. Vejamos o

exemplo do *Neuroticismo*, domínio do NEO-PI-R, constituído por seis facetas, entre os quais a ansiedade e depressão, em que os valores significativos destas facetas apenas têm uma leitura ténue, capaz de referenciar que os doentes com DATM são *apreensivos, tensos e preocupados*, devido à presença de sinais ansiogéneos, e que são *tristes e melancólicos*, traduzido pelos sinais de depressão. A leitura dos resultados só seria mais íngreme, caso os Domínios revelassem valores estatisticamente significativos. Isto porque, se considerarmos, novamente, o exemplo do Neuroticismo, e caso este tivesse sido significativo, tomaríamos à partida a noção de que este domínio seria capaz de identificar situações extremas, que oscilam entre o carácter adaptativo e a instabilidade emocional. Nestas circunstâncias, talvez pudéssemos considerar a hipótese da existência de uma estrutura depressiva e ansiogénea capaz de contribuir para a disfunção da ATM.

Após este raciocínio, retomemos à ideia de que os níveis de ansiedade e depressão diferem estatisticamente entre os grupos.

Desta forma, compreende-se que, a acompanhar os **sinais depressivos e ansiogéneos**, emerge o **baixo auto-controlo**, identificado pelo WHYMPI, cuja correlação também permitiu corroborar que existe uma relação entre estas três variáveis. Partindo do pressuposto de Turk e Okifuji (1997) e Rudy, Turk e Brena (1988), assinala-se, também, que o auto-controlo participa na percepção da dor, aliada à interferência que a mesma possa causar, o que contribui para o desenvolvimento dos referidos sinais.

De acordo com os resultados do presente estudo, **elevados níveis de dor, compromisso das actividades diárias, redução de controlo e níveis elevados de**

stress afectivo ou emocional, identificados pelo WHYMPI, e tomando como premissa os estudos de Turk e Rudy, em 1988, denotam que estamos perante um **perfil “disfuncional”**.

Acresce que verificámos, também, a existência de correlações capazes de corroborar e reforçar a relação entre as variáveis já referidas.

Se tivermos em conta os resultados da presente investigação, em conjunto com o estudo de Kerns, Turk e Rudy, realizado em 1985, conseguimos verificar que, na análise do WHYMPI, os mesmos autores obtiveram uma média muito próxima dos nossos resultados, o que vai ao encontro do perfil encontrado na presente investigação.

Na sequência deste perfil, pensamos na importância do **Coping Activo**, enquanto processo que promove a capacidade do sujeito remover ou circunscrever o estímulo que possa ter desencadeado o problema. Neste elenco, deparamo-nos com os resultados dos quadros 17 e 18, cujos dados dizem respeito às médias de cada variável dos questionários WHYMPI e BRIEF COPE.

Assim, deveremos agora restringimo-nos à média do *Coping Activo* a par da média do *Auto-Controlo*.

Verifique-se que têm médias diferentes, contidas em intervalos, também eles diferentes. Tal facto, explica-nos que o **Coping Activo** manifesta uma pontuação que determina uma **Classificação de Médio**, ao passo que o **Auto-Controlo**, revela-nos uma **Classificação de Baixo**.

Todavia, quando temos em linha de conta as Correlações de Spearman, verifica-se que o *Coping Activo* e o *Auto-Controlo* estão correlacionados, quer entre si, quer com a *Severidade da Dor e Interferência*.

Talvez, a partir deste ponto, consigamos corroborar, mais uma vez, que os doentes com DATM, por estarem sujeitos à dor crónica e interferência desta nas actividades diárias, estão predispostos a um “estado” psíquico e não a “traços” que potenciem a referida disfunção.

Em suma, estes contornos ajudam a perceber que a **Disfuncionalidade de Controlo**, identificada pela **elevada severidade da dor, comprometimento das actividades diárias e stress emocional**, podem conduzir à incapacidade do doente em resolver ou confrontar a sua “situação problema”. É nestas circunstâncias que nos deparamos com a possibilidade da **expressão somática** assumir os sinais que fazem parte dos critérios de classificação da DATM, entre os quais os sinais de ansiedade e depressão.

Em consonância com estes resultados, temos também a Negação, identificada pelo COPE.

Será conveniente relembrar que o BRIEF COPE também analisa a mesma dimensão. No entanto, este instrumento apenas foi aplicado ao grupo com DATM, pelo que iremos considerar o COPE, que foi aplicado a ambos os grupos.

A Negação é definida como uma *tentativa de rejeição* da realidade, possivelmente aliada a uma atitude passiva com o problema. Embora não existam diferenças significativas entre os grupos, talvez possamos orientar esta rejeição como uma

forma de investir demasiado nas actividades profissionais e procura de novas actividades, identificadas pelas facetas *acções e esforço de realização* do NEO-PI-R. Esta rejeição, identificada pela Negação, é considerada de uma forma sublime, não pela ausência de diferenças significativas entre os grupos, mas pela **emoção positiva**, que se revela **mais baixa no grupo com Disfunção da Articulação Temporomandibular**, do que no grupo sem a referida Disfunção. Talvez possamos referir que a tentativa de rejeição da realidade vai ao encontro das correlações encontradas no BRIEF COPE, nas quais a negação está relacionada positivamente com a culpa e negativamente com o humor. Este último mantém correlações positivas com a auto-distracção, reorganização positiva e aceitação da realidade, o que vai ao encontro da correlação negativa entre a negação e o humor, revelada anteriormente. Talvez este último resultado esteja concordante com o facto do *humor*, identificado pelo COPE, também se revelar menor no grupo com disfunção.

Contudo, estas situações parecem ser potenciadoras de um controlo disfuncional, mal adaptativo, capaz de promover sentimentos de **raiva, frustração e amargura**, denunciadas pela **hostilidade, e poucas emoções positivas**, adoptando os doentes uma postura **pouco entusiasta, plácidos e sérios**.

Em todas estas situações denota-se que, de acordo com o **perfil “Disfuncional”**, o investimento nas actividades profissionais, ou noutras actividades, é também corroborado pela *Auto-Distracção*, identificada no BRIEF COPE, cuja leitura determina a focalização do indivíduo na execução de determinadas tarefas, com o objectivo de se manter ocupado, permitindo-se, desta forma, não pensar sobre a situação menos confortante. Talvez possamos mesmo referenciar que, ao que parece,

os *comportamentos obsessivos-compulsivos* podem ser concomitantes com esforços de realização e acções do sujeito.

Desta forma, surgem como linha de conduta os contributos de alguns estudos, como por exemplo o de Kight, Gatchel e La Vonne (1999), os quais fundamentam que os músculos responsáveis pela mastigação têm um papel importante, uma vez que a sua função também está concordante com o *stress* físico ou psicológico, *hiperactividade* e *alterações de humor*, ficando deste modo explícita a relação entre os componentes psicológicos e médicos.

De acordo com a relevância de todas as variáveis psicológicas, julgamos oportuno relacionar os resultados das mesmas com algumas das variáveis da grelha médica, como sejam a dor, descontínua e contínua, bem como com os sub-grupos clínicos.

Em relação ao tipo de dor, contínua e descontínua, conseguimos verificar que a **severidade da dor, interferência da mesma, religião, comportamentos de desprendimento e obsessivo-compulsivos, níveis de psicoticismo, somatização, ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal e ideação paranoíde, dependem do tipo de dor**, aumentando significativamente quando esta é **contínua**.

Por outro lado, o **auto-controlo, coping activo, supressão, hostilidade e ansiedade fóbica, são menores quando a dor é contínua**, sendo este tipo de dor significativo para a redução das variáveis já mencionadas.

De facto, a componente teórica discutiu esta questão, nomeadamente o facto da dor ser responsável por algumas atitudes e fragilidades dos doentes com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular. Neste conteúdo, relevou-se também a importância

da relação do doente com a pessoa com quem se sente mais próxima, sendo esta denominada de “outro significativo”.

Nesta perspectiva, seguiu-se a análise do “**outro significativo**”, de forma a ser verificado se este influencia significativamente as diferentes variáveis.

De facto, dependem deste tipo de relação o **auto-controlo**, as **actividades longe de casa**, o **desprendimento mental** e a **ansiedade fóbica**.

Nesta conduta, são denotadas as interligações entre as diferentes variáveis. Vejamos, como “prenúncio” destas relações, os contributos de Turk e Okifuji, em 1997, que explicitam o facto do *auto-controlo* ser um dos factores relacionados com o quadro depressivo, não por ter uma associação explícita, mas por ser *preditor de níveis de ansiedade e depressão acentuados*. São os casos de pessoas com baixo auto-controlo, que não conseguem antever a necessidade de medicação, aumentando os níveis de ansiedade, com o acentuar do quadro depressivo.

Não será difícil compreendermos que estes transtornos vão interferir negativamente nas esferas pessoal, familiar e profissional.

A par das *correlações de Spearman*, surgem evidências positivas e negativas das diferentes variáveis. De acordo com os resultados, podemos assinalar que o **suporte social** parece estar relacionado com o **tipo de respostas**, uma vez que estas também têm um papel acrescido na **severidade da dor, interferência e stress afectivo**. A assinalar que existem diferentes tipos de respostas que influenciam, positiva ou negativamente, embora os resultados já tenham sido revelados com maior detalhe e desenvolvimento na apresentação dos resultados.

Na junção de algumas variáveis consideradas, observou-se que alguns desses resultados vão ao encontro do modelo descrito na parte I da presente investigação. Estes resultados revelam-se num circuito descrito por variáveis como a severidade, interferência na vida diária, stress afectivo, capacidade de controlo, suporte social, somatização, depressão, ansiedade, coping activo, negação, suportes emocional e instrumental e extroversão.

Em conformidade com estes resultados, deparamo-nos com a percepção negativa que o doente com o diagnóstico de Disfunção Temporomandibular tem sobre a sua doença, o que se pode manifestar, quer no desconforto muscular, quer nos níveis de ansiedade, ambos evidenciados pela linguagem somática.

Por outro lado, a percepção disfuncional parece estar implicada na pouca interacção social deste tipo de doentes, cuja comunicação parece estar aliada à sua atitude passiva.

Tais resultados tendem a colmatar os estudos que realçam as possíveis relações existentes entre qualquer das variáveis já descritas.

Não deveremos esquecer que os factores psicológicos como a ansiedade, depressão, stress, respostas musculares, relações familiares e hábitos, existem em muitas disfunções e não apenas na DATM. Todavia, será a partir do reconhecimento destas preocupações que nos podemos debruçar essencialmente na etiologia, de modo a evitar o prolongamento desta disfunção.

Na revisão de literatura, foi possível confirmar uma participação acrescida dos factores psicológicos na etiologia da Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular, sendo, por isso, uma mais valia nas trajectórias da saúde. Fará parte deste trajecto a atitude multidisciplinar capaz de incrementar a importância da Psicologia da Saúde, enquanto contributo pleno para o atenuar dos aspectos psicológicos que a referida disfunção faz sentir.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O facto de estarmos perante uma população heterogénea no que respeita ao género, fez com que se identificassem algumas limitações. Isto porque, se por um lado a mulher é a mais atingida pela DATM, por outro não podemos considerar fiável a possibilidade de existirem diferenças significativas entre os géneros. Esta limitação é definida pelos resultados, os quais revelam que o número de mulheres com DATM é superior ao número de homens. Talvez esta explicação seja conseguida pelo facto desta Disfunção ser mais comum na mulher do que no homem. Esta conclusão, vai ao encontro, quer dos nossos resultados e da componente teórica, quer do número elevado de mulheres que recorrem às consultas, o que corrobora que estas são as que mais sofrem da referida Disfunção.

Aspectos adicionais relevantes são, por um lado, o número de questionários aplicados e, por outro, a extensibilidade de alguns desses questionários. De facto, esta foi uma das maiores dificuldades sentidas porque, muitas das vezes, os questionários tinham de ser aplicados à pessoa e não eram elaborados por auto-preenchimento, o que impossibilitava a participação de outros doentes com DATM.

Contudo, esta limitação apenas prejudicou no número reduzido de utentes com DATM, ou seja 69 doentes, uma vez que se pretendia aplicar a um maior número de doentes.

O mesmo aconteceu com o grupo sem DATM, no qual a extensibilidade dos questionários foi um dos factores que comprometeu, também, a participação de alguns utentes.

7. DISCUSSÃO

Percorrido o trajecto da presente investigação, orientado pelo suporte teórico e “dissecado” pela análise metodológica, estão delineados alguns vectores que emergem como conclusivos.

A posição de avaliar e intervir terapêuticamente contorna, no elenco das equipas dos profissionais de saúde, a qualidade de vida da pessoa doente, sublinhando a sua integridade na dimensão biopsicofisiológica.

Nesta orientação, e tendo em conta que os doentes com DATM apenas recebem acompanhamento e intervenção ao nível da Medicina Odontológica, conseguimos denotar que a intervenção psicológica seria uma mais valia para a conclusão do trajecto percorrido.

Tal posição deve-se à percepção negativa que estes doentes, na sua maioria femininos, têm sobre a própria doença, considerando-a como diferente, com ameaça dos pronúncios de “fidelidade” do doente em recorrer a fontes alternativas de informação, que não sejam os médicos, o que poderá escamotear a conformidade do diagnóstico.

Talvez esta percepção esteja implicada na multiplicidade de critérios, conceitos e diagnósticos capazes de potenciar sentimentos de medo e insegurança que, reflectidos no estigma do que é a DATM, podem promover a “exposição fácil” a factores stressantes de que temos vindo a falar.

Aliado a estes sentimentos, deveremos compreender qual a dimensão dos exames odontológicos que, por já considerarem os factores psicológicos, reúnem, por um lado, exames físicos, tais como posturas, movimentos e capacidade visual e, por outro, as dimensões psicológicas, restritas ao preenchimento de questões de carácter não científico.

Esta diversidade de exames pode suscitar a percepção negativa a que nos referimos anteriormente, identificada por “inibição” de esclarecimentos, dúvidas e incertezas iniciadas pelo doente, constituindo o acto de informar um dos pontos de partida enquanto acto clínico deste trajecto.

Esta inibição de que falamos, parece estar aliada à atitude passiva do doente, corroborada pelos baixos níveis de auto-controlo, elevada severidade da dor, comprometimento das actividades diárias e stress emocional, o que pode conduzir à incapacidade de resolver ou confrontar a “situação problema”.

Na encruzilhada destes circuitos, dos quais fazem parte a percepção negativa sobre a doença, a inibição para esclarecimentos, dúvidas e incertezas e o carácter apreensivo, tenso e preocupado deste tipo de doentes, podemos realçar o facto dos níveis de ansiedade e depressão serem oriundos de um estado do indivíduo.

Porém, não podemos esquecer as expressões somáticas que estão por detrás do quadro clínico que caracteriza a DATM.

No elenco de todas estas partilhas, é importante referir a percepção “disfuncional” que o doente manifesta através da sua atitude pouco interactiva com os outros, o que

contorna a sua posição de inferioridade, com comprometimento da comunicação e comportamentos do doente. Estas posições levam-nos a pensar, mais uma vez, sobre o baixo auto-controlo, severidade da dor e interferência diária, traduzidas pela atitude passiva do doente.

Será de todo importante contornarmos esta questão porque, ao que parece, a leitura interpretativa conduz à ideia de que não existe um traço da personalidade responsável pela Disfunção Temporo-Mandibular, mas sim um estado derivado dos factores de stress que a própria doença impõe.

Assistimos, desta forma, a um conceito ténue de que os doentes com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular têm um baixo auto-controlo, capaz de interferir na sua capacidade para lidar com a dor, revelando-se apreensivos, tristes, melancólicos, tensos e preocupados.

De facto, é no âmbito da relação médico-doente que deverá emergir uma orientação diagnóstico-terapêutica capaz de racionalizar a produção de cuidados, fazendo parte destes a intervenção psicológica, com minimização dos contributos stressantes da referida disfunção.

Salientam-se os resultados que dizem respeito aos níveis de depressão que tendem a surgir em concordância com o quadro que descreve a Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular. Falamos, pois, de estratégias que ajudem a gerir a dor, bem como a intervenção cognitivo-comportamental, a qual contribui para a redução da

tensão muscular, na expressão de qualidade de vida do doente, afirmando-se, desta forma, o contexto biopsicosocial.

Ao que parece, assiste-se a uma “dependência funcional recíproca” entre os aspectos psicológicos - comportamentais e os resultados terapêuticos, nos quais a informação e o esclarecimento sobre o diagnóstico podem facilitar o despiste por parte da equipa multidisciplinar. Conclui-se que a reciprocidade entre os aspectos acima referidos, pode assumir-se como uma mais valia nas trajectórias da saúde, ao nível dos contributos de prevenção ou controlo da Disfunção.

De facto, existem razões dirigidas para a identificação dos problemas psicológicos nos doentes com DATM. São exemplos os casos de doentes com elevados níveis de stress que respondem ineficazmente aos tratamentos a que estão sujeitos. De resto, são estes doentes que deveriam beneficiar de tratamentos adicionais ao tratamento odontológico, como a terapia cognitivo comportamental, o que decerto seria um elevado potencial para a sua qualidade de vida.

Desta forma, atende-se ao facto da necessidade de um “comando” técnico-científico que, em termos terapêuticos, conciliasse o envolvimento de factores psicológicos com a clínica odontológica. A consulta odontológica deveria implicar um plano de tratamento que incrementasse, quer a avaliação médica, quer a avaliação psicológica, para posterior terapia.

Sendo assim, seria útil a existência de uma breve avaliação deste tipo de doentes, para posterior reconhecimento e intervenção dos factores psicológicos identificados.

O caminho será bem mais fácil se estivermos alertados para o facto de que existem componentes psicológicas que fazem parte integrante deste tipo de disfunção.

De facto, destaca-se a necessidade de uma metodologia clínica, capaz de avaliar adequadamente os factores psicológicos dos doentes com DATM. Para tal, será necessário, também, o recurso a instrumentos que considerem os parâmetros dirigidos aos hábitos orais, tais como o bruxismo diurno e nocturno e a opressão dental (Feige, Voderholzer, Reimann, et al. 1999).

Na explanação destes conteúdos emerge a realidade da etiologia e cronicidade deste tipo de Disfunção, admitindo-se que no percurso da Clínica Odontológica existe um outro “rosto” do qual a Psicologia da Saúde faz parte integrante.

Assume-se, à partida, que estamos perante um problema no âmbito “Médico-Psicológico”, no qual os enquadramentos médico e psicológico deverão ser orientados para a integridade da pessoa doente, no suporte do contexto social, qualidade de vida e bem estar psicológico, delineando-se toda a resenha biopsicosocial a que temos feito referência.

A passo de todas as intervenções que possamos considerar para o “trajecto” da Disfunção Temporo-Mandibular, começamos a espreitar o rosto da Psicologia em territórios odontológicos.

Em torno de todos os contributos emergentes da presente investigação, surge a possibilidade de aprofundamento de algumas questões, que podem ser um ponto de partida para futuras investigações.

8. BIBLIOGRAFIA

- Ahles, T.A., Khan, S.A., Yunus, M.B., Spiegel, D.A., & Masi, A.T. (1991). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *American Journal Psychiatry*, 148, 1721-1726.
- Aldwin, C., & Revenson, T. (1987). Does Coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Alfieri, S., Sigal, M., & Landau, M. (1989). Primary fibromyalgia syndrome – a variant of depressive disorder?. *Psychotherapy Psychosomatic*, 51, 156-161.
- Alpern, M. (1992). TMJ biocompatible orthodontic treatment. *Angle-Orthod*, 62 (4), 299-302.
- Andersson, H.; Ejlertsson, G.; Leden, I. & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 174 – 182.
- Barsky, A., & Borus, J. (1999). Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*, 130, 910-921.
- Bayés, R. (1991). *Psicologia Oncológica*. Barcelona: Martinez Roca, Livros Universitários e Profissionais.
- Baszanger, I. (1989). Douleur, travail medical et experience de la maladie. *Sciences Sociales et Santé*, VII (2), 5 - 34.
- Beaton, R., Egan, K., Nakagawa-Koga, H., & Morrison, K. (1991). Self-reported symptoms of stress with temporomandibular disorders: comparisons to healthy men and women. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 65 (2), 289-293.
- Bell, W. (1986). *Temporomandibular Disorders: classification, diagnosis and management*. Chicago: Year Book Medical Publication.
- Berman, W., & Turk, D. (1981). Adpatation to divorce: Problems and coping strategies. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 179-189.
- Bernstein, I., Jaremko, M., & Hinkley, B. (1995). On the utility of the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Spine*, 20, 956-963.
- Billings, A., & Moos, R. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and social Psychology*, 46, 877-891.
- Bowers, K. (1968). Pain, anxiety and perceived control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 596-602.

- Briggs, S. R. (1992). Assessing the Five-Factor Model of Personality Description, Special Issue the Five-Factor Model: Issues and Applications. *Journal of Personality*, 60 (2), 253-293.
- Brown, F., Robinson, M., Riley, J., & Gremillion, H. (1996). Pain severity, negative affect, and microstressors as predictors of life interference in TMD patients. *Journal of Craniomandibular Practice*, 14 (1), 63-70.
- Burgess, J. (1991).). Symptom characteristics in TMD patients reporting blunt trauma and/or whiplash injury. *Journal Craniomandibular Disorders*, 5 (4), 251-257.
- Bush, F., Whitehill, J., & Martelli, M. (1989). Pain assessment in temporomandibular disorders. *Cranio*, 7 (2), 137-143.
- Carver, S., & Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, S., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Clark, G. (1991). Etiologic theory and the prevention of temporomandibular disorders. *Adv Dent Res*, 5, 60-66.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992a). The Five- Factor Model of Personality and its Relevance to Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6 (4), 343-359.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992b). Multiple Uses for Longitudinal Personality data. *European Journal of Personality*, 6, 85-102.
- Costa, P. & McCrae, R. (no prelo). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R), In S. Briggs, J. Cheek, & E. Donahue (Eds.), *Handbook of Adult Personality Inventories*. New York: Plenum.
- Costanza, R., Derlega, V., & Winstead, B. (1988). Positive and negative forms of social support: Effects of conversational topics on coping with stress among same-sex friends. *Journal of Experimental Social Psychology*, 24, 182-193.
- Dahlstrom, L. (1993). Psychometrics in temporomandibular disorders. An overview. *Acta Odontol Scand*, 51, 339-352.
- Dahlstrom, L., Widmark, G., & Carlsson, S. (1997). Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: Diagnosis and treatment implications. *Eur J Oral Sci*, 105, 377-383.
- Dao, T., Knight, K., & Ton-That, V. (1998). Modulation of myofascial pain by the reproductive hormones: a preliminary report. *Journal Prosthet Dent*, 79, 663-670.

- Davis, H., & Fallowfield, L. (1991). *Counseling and communication in health care*. Chichester: John Wiley & Sons.
- De Kanter, R., Truin, G., Burgersdijk, R., et al.(1993). Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. *Journal Dent Res*, 72, 1509-1518.
- DeNucci, D., Sobiski, C., & Dionne, R. (1998). Triazolam improves sleep but fails to alter pain in TMD patients. *Journal Orofacial Pain*, 12, 116-123.
- Derogatis, L. (1982). Self-report Measures of stress. In L. Goldeberg & S. Breznitz (Eds). *Handbook of Stress*. New York: Free Press.
- Derogatis, L., & Spencer, P. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration scoring and procedures manual – I*. Baltimore: Copyrighted Manuscript.
- Derogatis, L., Yevzeroff, H., & Wittelsberger, B.(1975). Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathological indicator. *Journal Consult. & Clinical Applications*. McGraw-Hill.
- Dias, M. R. (1997). *A Esmeralda Perdida: A Informação ao Doente com Cancro na Mama*. Lisboa: ISPA.
- Dias, M. R. (1999). A Doente Veterana: Saberes esquecidos nos Sistemas de Saúde. *Análise Psicológica*, XVII (3), 499 - 512.
- Dohrenwend, B., Raphael, K., Marbach, j., & Gallagher, R. (1999). Why is depression comorbid with chronic myofascial face pain?. A Family study test of alternative hypotheses. *Pain*, 83, 183-192.
- Dworkin, S. (1994). Perspectives on the interaction of biological psychological and social factors in TMD, *JADA*, 125, 856-863.
- Dworkin, S., Huggins, K., LeResche, L. et al. (1990). Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *Journal American Dent Assoc*, 120, 273-281.
- Dworkin, S., LeResche, L., & Von Korff, M. (1990). Diagnostic studies of temporomandibular disorders: challenges from an epidemiologic perspective. *Anesth Prog.*, 37, 147-154.
- Dworkin, S., & Le Resche, L. (Eds) (1992). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *Journal Craniomandibular Dis Facial Oral Pain*, 6, 301-355.
- Dworkin, S., & Massoth, D. (1994). Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness?. *Journal Prosthet Dent*, 72, 29-38.
- Dworkin, S., & Seattle, W. (1997). Behavioral and educacional modalities. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 83 (1), 128-133.

- Dworkin, S., & Wash, S. (1997). Behavioral and educational modalities. *Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 87, 128-133.
- Edwards, R.; Auguston, E., & Fillingim, R. (2000). Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 16, 46 - 53.
- Egermark, I., Carlsson, G., & Magnusson, T. (2001). A 20-year longitudinal study of subjective symptoms of temporomandibular disorders from childhood to adulthood. *Acta Odontol Scand*, 59, 40-48.
- Epker, J., & Gatchel, R. (2000). Coping profile differences in the biopsychosocial functioning of patients with temporomandibular disorder. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 69-75.
- Eversole, L., & Machado, L. (1985). Temporomandibular joint internal derangements and associated neuromuscular disorders. *Journal Am. Dent. Assoc*, 110, 69-79.
- Eversole, L., Stone, C., Matheson, D. & Kaplan, H. (1985). Psychometric profiles and facial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 60, 269-274.
- Feige, B., Voderholzer, U., Riemann, D. et al. (1999). Independent sleep EEG slow-wave and spindle band dynamics associated with 4 weeks of continuous application of short-half-life hypnotics in healthy subjects. *Clin Neurophysiol*, 110, 1965-1974.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. In J.C. Nemiah, H. Freyberger & P.E. Sifneos (Eds), *Alexithymia – a view of the psychosomatic process* (vol. 3, 430-439). London: Butterworths.
- Fillingim, R., Maixner, W., Kincaid, S., Sigurdsson, A., & Harris (1996). Pain Sensitivity in Patients with temporomandibular Disorders: Relationship to clinical and Psychosocial Factors. *The Clinical Journal of Pain*, 12 (4), 260-269.
- Fischer, W., & O'Toole, E. (1993). Personality characteristics of chronic bruxers. *Behavioral Medicine*, 19 (2), 82-86.
- Flor, H., Rudy, T., Birbaumer, N., & Schugers, M. (1990). Zur na Wend bar keit des West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory in Deutschen sprachraum. *Der Schumerz*, 4, 82-87.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). Na analysis coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fonte, J. (1993). *Alexitimia – estudo em doentes com perturbações digestivas*. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain illness*. St. Louis: C. V. Mosby.

- Fukunishi, I., & Rahe, R. (1995). Alexithymia and coping with stress in healthy persons. Alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress. *Psychol Rep*, 76, 1299-1304.
- Fricton, J. & Olsen, T. (1996). Predictors of outcomes for treatment of temporomandibular disorders. *Journal Orofacial Pain*, 10, 54-65.
- Fukunishi, J., Kaji, N., Hosaka, T. et al. (1997). Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. *Psychosomatics*, 38 (1), 20-26.
- Gallagher, R., Marbach, J., Raphael, K. et al. (1991). Is major depression comorbid with temporomandibular pain and dysfunction syndrome? A pilot study. *Clinical Journal Pain*, 7, 219-225.
- Gale, E., & Dixon, D. (1989). A simplified psychologic questionnaire as a treatment planning aid for patients with temporomandibular joint disorders. *Journal Prosthet. Dent.*, 61(2), 235-238.
- Gatchel, R., Garofalo, J., Ellis, E., & Holt, C. (1996). Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. *Journal Am Dent Assoc*, 127(9), 1365-1370.
- Gelb, H., & Gelb, M. (1989). Taking the mystique out of the diagnosis and treatment of craniomandibular (TMJ) disorders. *International Dental Journal*, 9, 129-19.
- Glaros, A. (2001). Emotional factors in temporomandibular joint disorders. *Journal Indiana Dent Assoc*, 79(4), 20-23.
- Goulet, J., Lavigne, G., & Lund, J. (1995). Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians in Quebec and related symptoms of temporomandibular disorders. *Journal Dent Res*, 74, 1738-1744.
- Greco, C., Rudy, T., & Herlisch, A. (1998). Temporomandibular Disorders. In M. Cambridge (Ed.), *Functional Somatic Syndromes: Etiology, Diagnosis and Treatment* (127-158). Cambridge: University Press.
- Hadjistavropoulos, H.; Asmundson, J. & Norton, G. (1998). Validation of the coping with health, injuries, and problems scale in a chronic pain sample. *The Clinical Journal of Pain*, 15, 41 - 49.
- Hanson, R. & Gerber, K. (1990). *Coping With Chronic Pain: A Guide to Patient Self-Management*. New York: Guilford Press.
- Hedenberg-Magnusson, B., Ernberg, M., & Kopp, S. (1997). Symptoms and signs of temporomandibular disorders in patients with fibromyalgia and local myalgia of the temporomandibular system. *Acta Odontol Scand*, 55, 344-349.

- Helo, B. (1980). Function and Dysfunction of the masticatory system in individuals with intact and restored dentitions: A clinical psychological and physiology study. *Swedish Dental Journal*, 42.
- Holman, A. & Turk, D. (1986). *Pain Management - A Handbook of Psychological Treatment Approach*. New York: Pergamon Press.
- Hudson, J.I., Hudson, M.S., Pliner, L.F., Goldenberg, D.L., & Pope, H.G. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *American Journal Psychiatry*, 142, 441-446.
- Hudson, J.I., Goldenberg, D.L., Pope, H.G., Keck, P.E., & Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *American Journal Medicine*, 92, 363-367.
- Jamison, R., Rudy, T., & Penzien, D. (1994). Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles. *Pain*, 57, 277-292.
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic Pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Kallenberg, A., Wenneberg, B., Carlsson, G., & Ahlmen, M. (1997). Reported symptoms from the masticatory system and general well-being in rheumatoid arthritis. *Journal Oral Rehabilitation*, 24(5), 342-349.
- Kampe, T., Edman, G., & Hannerz, H. (1991). Five-year follow-up study of adolescents with intact and restored dentitions: personality traits. *Journal of Oral Rehabilitation*, 18, 373-85.
- Katz, R.S., & Kravitz, H.M. (1996). Fibromyalgia, depression, and alcoholism: a family history study. *Journal Rheumatology*, 23, 149-154.
- Kauhanen, J., & Kaplan, G., (1993). Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry*, 34 (5), 330-335.
- Kerns, R., Turk, D., & Rudy, T. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 245-256.
- Kight, M., Gatchel, R., & La Vonne, W. (1999). Temporomandibular Disorders: Evidence for significant Overlap with Psychopathology. *Health Psychology*, 18 (2), 177-182.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., & Kapusta, M.A. (1988). Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *American Journal Psychiatry*, 145, 950-954.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal Personal Soc Psychol*, 7, 1-11.

- Korszun, A., Hinderstein, B., & Wong, M. (1996). Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 82, 496-500.
- Korszun, A., Papapoulos, E., Demitrack, M., Engleberg, C. Crofford, L., & Mich A. (1998). The relationship between temporomandibular disorders and stress-associated syndromes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 86, 416-420.
- Krogstad, B., Jokstad, A., Dahl, B., & Vassend, O. (1996). The reporting of pain, somatic complaints, and anxiety in a group of patients with TMD before and 2 years after treatment: sex differences. *Journal Orofac Pain*, 10, 263-269.
- Laskin, D. (1976). Etiology of the Pain Dysfunction Syndrome. *Journal American Dental Association*, 92, 755-765.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LeResche, L. (1997). Epidemiology of Temporomandibular Disorders: Implications for the investigation of etiology factors. *Crit Rev Oral Biol Med*, 8, 291-305.
- LeResche, L., & Massoth, D. (1995). Psychologic Aspects of Treating Myofascial Pain and Dysfunction. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 7 (1), 113-127.
- Lesser, J. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, 531-543.
- Levitt, S. & McKinney, M. (1994). Validating the TMJ Scale in a National Sample of 10.000 patients: Demographic and Epidemiologic Characteristics. *Journal of Orofacial Pain*, 8, 25-35.
- Lima, M. (1997). *NEO-PI-R: Contextos Teóricos e Psicométricos "Ocean" ou "Iceberg"*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- List, T., & Dworkin, S. (1996). Comparing TMD diagnoses and clinical findings at Swedish and US TMD centers using research diagnostic criteria for temporomandibular disorder. *Journal Orofacial Pain*, 10, 240-253.
- Loas, G., Dhee-Perot, P., Chaperot C. et al. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopatology*, 31 (4), 206-212.
- Lobo, S., Trindade, I., & Teixeira, J. (1997). Alexitimia: Aplicabilidade em Psicologia da Saúde. In José Ribeiro (Ed), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISPS: Braga.

- Lousberg, R., Groenman, N., Schmidt, A. (1996). Profile characteristics of the MPI-DLV clusters of pain patients. *Journal Clinical Psychologic*, 52, 161-167.
- Lumley, M., & Roby, K. (1995). Alexithymia and pathological gambling. *Psychoter Psychosom*, 63 (3), 201-206.
- Lumley, M., Mader, C., Gramzow, J., et al. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosom Med*, 58, 211-216.
- Lumley, M., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal Psychosomatic Reseach*, 41 (6), 505-518.
- Maclean, P. (1949). Psychosomatic disease and "visceral brain". *Psychosom Med*, 11, 338-353.
- Madland, G., Feinmann, C., & Newman, S.(2000). Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 84 (2-3), 225-232.
- Magnusson, T., List, T., & Helkimo, M. (1995). Self-assesment of pain and discomfort in patients with temporomandibular disorders: a comparison of five different scales with respect to their precision and sensitivity as well as their capacity to register memory of pain an discomfort. *Journal of Oral Rehabilitation*, 22, 549-556.
- Manu, P. (1998). *Functional Somatic Syndromes : Etiology, Diagnosis and Treatment*. Cambridge: University Press.
- Martin, J., & Pihl, R. (1985). The Stress-alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1963). *L' Investigation Psychosomatique*. PUF, Paris.
- McCreary, C., Clark, G., Oakley, M., & Flack, V. (1992). Predicting Response to Treatment for Temporomandibular Disorders. *Journal Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain*, 6, 161-170.
- McCreary, C., Clark, G., Merril, R., Flack, V., & Oakley, M. (1991). Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain*, 44, 29-34.
- McKinney, M., Londeen, T., Turner, S., & Levitt, S. (1990). Chronic TM disorder and non-TM disorder pain: a comparison of behavioral and psychological characteristics. *Cranio*, 8, 40-46.
- Meldosi, G., Picardi, A., Accivile, E., Toraldo di Francia, R., & Biondi, M. (2000). Personality and psychopatology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. A controlled investigation. *Psycother Psychosom*, 69 (6), 322-328.

- Mew, J. (1997). The etiology of temporomandibular disorders: a philosophical overview. *European Journal of Orthodontics*, 19, 249-258.
- Michelotti, A., Martina, R., Russo, M., & Romeo, R. (1998). Personality characteristics of temporomandibular disorder patients using M.M.P.I.. *Journal of Craniomandibular Practice*, 16 (2), 119-125.
- Moody, P., Kemper, J., Okeson, J., Calhoun, T., & Packer, M. (1982). Recent life changes and myofascial pain syndrome. *Journal Prosthetic Dentistry*, 48, 328-330.
- Mohl, N. (1976). Head posture and its role in occlusion. *State Dent*, 42, 17.
- Mohl, N., Ohrbach, R., Crow, H., & Gross, A. (1990). Devices for diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Journal Prosthet Dent*, 63, 472-477.
- Morris, S., Benjamin, S., Gray, R., & Bennett, D. (1997). Physical, psychiatric and social characteristics of the temporomandibular disorder pain dysfunction syndrome: the relationship of mental disorders to presentation. *Br Dent J*, 182, 255-260.
- Nicholson, R., Lakatos, C., & Grambling, S. (1999). EMG Reactivity and oral habits among facial pain patients in a scheduled-waiting competitive task. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24 (4), 25-247.
- Oakley, M., McCreary, C., Flack, V., & Clark, G. (1993). Screening for Psychological Problems in Temporomandibular Disorder Patients. *Journal OroFacial Pain*, 7, 143-149.
- Okeson, J., & Lexington, D. (1997). Current diagnostic classification schema and assessment of patients with temporomandibular disorders. *Oral Surgery Oral Medicina Oral Pathology*, 83, 61-64.
- Okifuji, A., Turk, D., & Eveleigh, D. (1999). Improving the Rate of classification of Patients with the Multidimensional Pain Inventory (MPI): Clarifying the Meaning of "Significant Other". *The Clinical Journal of Pain*, 15, 290-296.
- Okifuji, A., Turk, D., & Sherman, J. (2000). Evaluation of the Relationship Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: Why Aren't All Patients Depressed?. *The Journal of Rheumatology*, 27, 212-218.
- Orbach, R., Blascovivh, J., Gale, E. et al. (1998). Psychophysiological assessment of stress in chronic pain: comparisons of stressful stimuli and of response systems. *Journal Dent Res*, 77, 1840-1850.
- Ohrbach, R., & Dworkin, S. (1999). Five-year outcomes in TMD: relationship of changes in pain to changes in physical and psychological variables. *Pain*, 79 (2-3), 319-323.
- Pankhurst, C. (1997). Controversies in the aetiology of temporomandibular disorders. Part I. Temporomandibular disorders: all in the mind?. *Prim Dent Care*, 4, 25-30.

- Parker, M., Holmes, E., & Terezhalmay, G. (1993). Personality characteristics of patients with temporomandibular disorders: diagnostic and therapeutic implications. *Journal Orofacial Pain*, 7(4), 337-344.
- Peterson, D., Talcott, G., & Kelleher, W. (1993). Habit Reversal Treatment of Temporomandibular Disorders: A Pilot Investigation. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 24 (1), 49-55.
- Phillips, J., Gatchel, R., Wesley, A., & Ellis, E. (2001). Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorders. *Journal Am Dent Assoc*, 132(1), 49-57.
- Plante, T., Ford, M. (2000). The association between perceived cardiovascular repositivity and perceived stress among subjects with Irritable Bowel Syndrome and Temporomandibular Joint Disorders. *International Journal of Stress Management*, 7 (2), 10-112.
- Plesh, O., Wolfe, F., & Lane, N. (1996). The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptom severity. *Journal Rheumatol*, 23, 1948-1952.
- Rao, S., & Glaros, A. (1979). Electromyographic correlates of experimentally induced stress in diurnal bruxist and normals. *Journal of Dental Research*, 58, 1872-1884.
- Reisine, S., Weber, J., & Leder, S. (1989). Impact of Dental conditions on patients' quality of life. *Behavioral Dental Science*, 7-10.
- Restrepo, C., Alvarez, E., Jaramillo, C., Velez, C., & Valencia (2001). Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth. *Journal Oral Rehabil*, 28 (4), 354-360.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Riley, J., Robinson, M., Wise, E., et al.(1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, 74, 181-187.
- Rollman, G., & Gillespie, J. (2000). The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain*, 4(1), 71-81.
- Rudy, T., Greco, C., Turk, D., Zaki, H. & Herlisch, A. (1996). Empirically-derived RDC axis I classification of TMD patients. *Journal Dent Res*, 75, 217.
- Rudy, t., Turk, D., & Brena, S. (1988). Differential utility of medical procedures in the assessment of chronic pain patients. *Pain*, 34, 53-60.
- Rudy, T., & Turk, D., Zaki, H., & Curtin, H. (1989). An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders. *Pain*, 6, 311-320.
- Rudy, T., Turk, D., Kubinski, J. & Zaki, H. (1995). Differential treatment responses of TMD patients as a function of psychological characteristics. *Pain*, 61, 103-112.

- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosom Med*, 10, 134-144.
- Rugh, J. (1991). Behavioral therapy for temporomandibular disorders. *Current opinion in Dentistry*, 1, 497-502.
- Rugh, J., Woods, B., & Dahlstrom, L. (1993). Temporomandibular Disorders: Assessment of Psychological Factors. *Adv Dent Res*, 7 (2), 127-136.
- Santos, B. (1987). O estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 23, 13-74.
- Soares, V.; Figueiredo, M. & Lemos, L. (1999). "...Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim" Contributos para a conceptualização e intervenção multidisciplinar na dor. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 167 - 177.
- Sifneos, P. (1973). Is dynamic psychotherapy contraindicated for a large number of patients with psychosomatic disease?. *Psychotherapy Psychosomatic*, 21, 133-136.
- Sifneos, P., & Nemiah, J. (1973). The prevalence of alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22, 255-262.
- Schiffman, E., Friction, J., & Haley, D. (1991). The relationship of occlusion, parafunctional habits and recent life events to mandibular dysfunction in a non-patient population. *Journal of Oral Rehabilitation*, 19, 201-203.
- Shiau, Y, & Chang, C. (1992). An Epidemiological study of temporomandibular disorders in university students of Taiwan. *Community Dental Oral Epidemiology*, 20 (1), 43-47.
- Shipko, S. (1982a). Further reflections on psychosomatic theory. *Psychother Psychosomatic*, 37, 83-86.
- Shipko, S. (1982b). Alexithymia and somatization. *Psychother Psychosomatic*, 37, 193-201.
- Sipila, K., Veijola, J., Jokelainen, J., Jarvelin, M., Oikarinen, K., Raustia, A., & Joukamaa, M. (2001). Association between symptoms of temporomandibular disorders and depression: an epidemiological study of the Northern Finland 1996 Birth Cohort. *Journal of Craniomandibular Practice*, 19(3), 183-187.
- Steed, P. (1997). Etiological factors and temporomandibular treatment outcomes: the effects of trauma and psychosocial dysfunction. *Funct Orthod*, 14 (17, 22), 22.
- Steed, P. (1998). TMD treatment outcomes: a statistical assessment of the effects of psychological variables. *Cranio*, 16, 138-142.
- Stegenga, B., Bont, L., & Boering, G. (1993). Temporomandibular Joint Pain Assessment. *Journal Orofacial Pain*, 7 (1), 23-37.

- Stephenson, R. (1996). Introducing alexithymia – a concept within the psychosomatic process. *Disability and Rehabilitation*, 18 (4), 209-214.
- Sternbach, R. (1974). *Pain Patients: Traits and Treatments*. New York: Academic Press.
- Stockstill, J., & Callahan, C. (1991). Personality Hardiness, Anxiety, and Depression as Constructs of Interest in the study of Temporomandibular Disorders. *Journal Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain*, 5, 129-134.
- Syoudemire, A. (1991). Somatothymia. *Psychosomatics*, 32, 365-381.
- Talo, S., Rytokoski, U., & Puuka, P. (1992). Patient classification, a Key to evaluate pain treatment: a psychological study in chronic low back pain patients. *Spine*, 17, 998-1011.
- Taylor, G. (1984). Alexithymia – concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal Psychiatry*, 141, 725-732.
- Tapadinhas, A. (1998). *Estratégias de Coping face ao adoecer da mama* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica), Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- The Classification of chronic pain (1986). *Pain* (Suppl 3).
- Thompson, B., Blount, B., & Krumholz, T. (1994). Treatment approaches to bruxism. *Am Fam Physician*, 49 (7), 1617-1622.
- Thompson, M. (1990). Investigation into the reliability and validity of a Multidimensional Pain Inventory in na oncology population. *Oncology Nursing Forum*, 17, 160.
- Tolor, A., & Fehon, D. (1987). Coping with stress: A study of male adolescents' coping strategies as related to adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 2, 33-42.
- Turk, D. C. & Okifugi, A. & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93 - 101.
- Turk, D., & Okifuji, A. (1997). Evaluating the role of psysical, operant, cognitive, and affective factors in the pain behaviors of chronic pain patients. *Behavior Modification*, 21 (3), 259-280.
- Turk, D. & Kerns, R. (1983). Conceptual issues in the assessment of clinical pain. *Int. J. Psychiat. Med.*, 13, 15-26.
- Turk, D. & Rudy, T. (1987). Toward a comprehensive assessment of chronic pain patients: a multiaxial approach. *Behav Res Ther*, 25, 27-249.
- Turk, D. & Stieg, R. (1987). Chronic pain: the necessity of interdisciplinary communication. *The Clinical Journal of Pain*, 3, 163 - 167.

- Turk, D., & Rudy, T. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychology assessment data. *J Consult Clin Psychol*, *56*, 233-238.
- Turk, D., & Rudy, T. (1990). The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain*, *43*, 27-35.
- Turk, D., Rudy, T., Kubinski, J., Zaki, H., & Greco, C. (1996). Dysfunctional TMD patients: evaluating the efficacy of a tailored treatment protocol. *Journal Consult Clin Psychol*, *64*, 139-146.
- Turk, D., & Wash, S. (1997). Psychosocial and behavioral assessment of patients with Temporomandibular disorders: Diagnostic and treatment implications. *Oral Surgery Oral Medicine oral Pathology*, *83* (1), 65-71.
- Turk, D., Zaki, H., & Rudy, T. (1993). Effects of intraoral appliance and biofeedback/stress management alone and in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, *70*, 158-164.
- Turner, J., Dworkin, S., Manel, L., Huggins, K., & Truelove, E. (2001). The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, *92* (1/2), 41-51.
- Unruh, A., Ritchie, J., & Merskey, H. (1999). Does Gender affect appraisal of pain and pain coping strategies?. *The Clinical Journal of Pain*, *15*, 31-40.
- Vassend, O., Krogstad, B., & Dahl, B. (1995). Negative affectivity, somatic complaints, and symptoms of temporomandibular disorders. *Journal Psychosomatic Research*, *39*, 889-899.
- Volinn, E., Van Koevering, D., & Loeser, J. (1991). Back sprain in industry: The role of socioeconomic factors in chronicity. *Spine*, *16*, 542-548.
- Von Korff, M., Dworkin, S., LeResche, L., & Kruger, A. (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, *32*, 173-183.
- Zepf, S., Liedtke, R., Berns, U. et al. (1981). An empirical approach for testing the hypothesis of "alexithymia". *Psychoter Psychosom*, *36*, 57-62.
- Zhen-Kang, Z., Xu-Chen, M., Su, G., Zhi-Yuan, G., & Kai-Yuan, F. (1999). Studies on Contributing Factors in Temporomandibular Disorders. *The Chinese Journal of Dental Research*, *2* (3/4), 7-20.
- Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W.J., & Bernstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric Diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 565-571.
- Wanman, A. (1987). Craniomandibular disorders in adolescents: a longitudinal study in an urban Swedish population. *Swedish Dental Journal*, *44*.

- Weir, R., Browne, G., Tunks, E., Gafni, A., & Roberts, J. (1996). Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. *The Clinical Journal of Pain, 12*, 277-290.
- Wexler, G., & McKinney, M. (1999). Temporomandibular treatment outcomes within five diagnostic categories. *Cranio, 17*, 30-37.
- Wexler, G., & Steed, P. (1998). Psychological factors and temporomandibular outcomes, *Journal of Craniomandibular Practice, 16* (2), 72-77.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many?. *Lancet, 354*, 936-939.
- Woda, A., & Pionchon, P. (1999). A unified concept of idiopathic pain: clinical features. *Journal of Orofacial Pain, 13* (3), 172-184.
- Zach, G., & Andreasen, K. (1991). Evaluation of patients with signs and symptoms of temporomandibular disorders. *The Journal of Prosthetic Dentistry, 66*, 810-812.
- Yap, A. (1999). Temporomandibular Disorders – An Overview. *Singapore Medicine Journal, 40* (3), 179-182.
- Yap, A., Tan, K., Hoe, J., Yap, R., & Jaffar, J. (2001). On-line computerized diagnosis of pain-related disability and psychologic status of TMD patients: a pilot study. *Journal Oral Rehabilitation, 28* (1), 78-87.

ANEXOS

ANEXO A

Variável Sócio-Demográfica do Grupo com Disfunção da Articulação Temporo-Mandibular

1.1. Idade e WHYMPI

1.1.1. Dos 15 anos aos 30 anos de idade

Média		23,4
Mínimo		15
Máximo		30
N	Valid	25
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Severidade da Dor	.345
Interferência	.610
Controlo da vida	.600
Stress afectivo	.220
Suporte	.183
Respostas Negativas	.507
Respostas Solicitadas	.768
Respostas Distracção	.729
Actividades casa	.096
Trabalhos fora de casa	.772
Actividades Longe de Casa	.305
Actividades Sociais	.662

1.1.2. Dos 30 anos aos 45 anos de idade

Média		36,63
Mínimo		30
Máximo		45
N	Valid	19
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Severidade da Dor	.609
Interferência	.611
Controlo da vida	.335
Stress afectivo	.683
Suporte	.782
Respostas Negativas	.737
Respostas Solicitadas	.735
Respostas Distracção	.423
Actividades casa	.337
Trabalhos fora de casa	.428
Actividades Longe de Casa	.352
Actividades Sociais	.604

1.1.3. Dos 45 anos aos 60 anos de idade

Média		52,05
Mínimo		45
Máximo		60
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	p
Severidade da Dor	.226
Interferência	.396
Controlo da vida	.494
Stress afectivo	.406
Suporte	.189
Respostas Negativas	.4021
Respostas Solicitadas	.2485
Respostas Distracção	.622
Actividades casa	.177
Trabalhos fora de casa	.455
Actividades Longe de Casa	.698
Actividades Sociais	.839

1.1.4. Dos 60 anos aos 75 anos de idade

Média		63.71
Mínimo		60
Máximo		71
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	p
Severidade da Dor	.249
Interferência	.287
Controlo da vida	.287
Stress afectivo	.251
Suporte	.446
Respostas Negativas	.227
Respostas Solicitadas	.327
Respostas Distracção	1.00
Actividades casa	.545
Trabalhos fora de casa	.201
Actividades Longe de Casa	.548
Actividades Sociais	.782

1.2. Idade e BRIEF COPE

1.2.1. Dos 15 anos aos 30 anos de idade

Média		23,4
Mínimo		15
Máximo		30
N	Valid	25
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Auto-Distração	.915
CopingActivo	.629
Negação	.516
Uso Substâncias	.615
Suporte Emocional	.864
Suporte Instrumental	.530
Comportamento Desprendimento	.565
Expandir	.535
Reorganização Positiva	.575
Planeamento	.279
Humor	.717
Aceitação	.725
Religião	.464
Culpa	.747

1.2.2. Dos 30 anos aos 45 anos de idade

Média		36,63
Mínimo		30
Máximo		45
N	Valid	19
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Auto-Distração	.417
CopingActivo	.570
Negação	.115
Uso Substâncias	.733
Suporte Emocional	.704
Suporte Instrumental	.761
Comportamento Desprendimento	.643
Expandir	.601
Reorganização Positiva	.707
Planeamento	.540
Humor	.411
Aceitação	.832
Religião	.838
Culpa	.333

1.2.3. Dos 45 anos aos 60 anos de idade

Média		52,05
Mínimo		45
Máximo		60
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	p
Auto-Distração	.299
CopingActivo	.441
Negação	.418
Uso Substâncias	.959
Suporte Emocional	.598
Suporte Instrumental	.394
Comportamento Desprendimento	.337
Expandir	.164
Reorganização Positiva	.444
Planeamento	.410
Humor	.396
Aceitação	.566
Religião	.105
Culpa	.717

1.2.4. Dos 60 anos aos 75 anos de idade

Média		63,71
Mínimo		60
Máximo		71
N	Valid	7
	Missing	0

Variáveis	p
Auto-Distração	.452
CopingActivo	.406
Negação	.842
Uso Substâncias	1.00
Suporte Emocional	.293
Suporte Instrumental	.287
Comportamento Desprendimento	.458
Expandir	.342
Reorganização Positiva	.453
Planeamento	.336
Humor	.199
Aceitação	.199
Religião	.461
Culpa	.295

1.3. Idade e COPE

1.3.1. Dos 15 anos aos 30 anos de idade

Média		23,4
Mínimo		15
Máximo		30
N	Valid	25
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Reinterpretação Positiva	.362
Desprendimento	.731
Focalização	.754
Recurso ao Suporte Instrumental	.457
Coping Activo	.290
Negação	.299
Religião	.156
Humor	.643
Comportamento de Desprendimento	.697
Constrangimento	.254
Recurso ao Suporte Emocional	.704
Uso de Substâncias	.654
Aceitação	.428
Supressão	.765
Planeamento	.243

1.3.2. Dos 30 anos aos 45 anos de idade

Média		36,63
Mínimo		30
Máximo		45
N	Valid	19
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Reinterpretação Positiva	.738
Desprendimento	.608
Focalização	.672
Recurso ao Suporte Instrumental	.800
Coping Activo	.803
Negação	.705
Religião	.641
Humor	.540
Comportamento de Desprendimento	.654
Constrangimento	.512
Recurso ao Suporte Emocional	.761
Uso de Substâncias	.718
Aceitação	.953
Supressão	.359
Planeamento	.875

1.3.3. Dos 45 anos aos 60 anos de idade

Média		52,05
Mínimo		45
Máximo		60
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	p
Reinterpretação Positiva	.497
Desprendimento	.428
Focalização	.192
Recurso ao Suporte Instrumental	.223
Coping Activo	.357
Negação	.496
Religião	.313
Humor	.113
Comportamento de Desprendimento	.342
Constrangimento	.890
Recurso ao Suporte Emocional	.964
Uso de Substâncias	.964
Aceitação	.248
Supressão	.326
Planeamento	.315

1.3.4. Dos 60 anos aos 75 anos de idade

Média		63.71
Mínimo		60
Máximo		71
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	p
Reinterpretação Positiva	.342
Desprendimento	.465
Focalização	.327
Recurso ao Suporte Instrumental	.250
Coping Activo	.332
Negação	.336
Religião	.442
Humor	.199
Comportamento de Desprendimento	.621
Constrangimento	.395
Recurso ao Suporte Emocional	.250
Uso de Substâncias	1.00
Aceitação	.326
Supressão	.227
Planeamento	.535

1.4. Idade e BSI

1.4.1. Dos 15 anos aos 30 anos de idade

Média		23,4
Mínimo		15
Máximo		30
N	Valid	25
	Missing	0

Variáveis	p
Psicoticismo	.252
Somatização	.322
BSIDepressão	.358
Hostilidade	.340
Sensibilidade Interpessoal	.558
Obsessivo-Compulsio	.551
BSI-Ansiedade	.404
Ansiedade Fóbica	.321
Ideação Paranoide	.545

1.4.2. Dos 30 anos aos 45 anos de idade

Média		36,63
Mínimo		30
Máximo		45
N	Valid	19
	Missing	0

Variáveis	p
Psicoticismo	.386
Somatização	.317
BSIDepressão	.418
Hostilidade	.297
Sensibilidade Interpessoal	.401
Obsessivo-Compulsio	.512
BSI-Ansiedade	.480
Ansiedade Fóbica	.725
Ideação Paranoide	.590

1.4.3 Dos 45 anos aos 60 anos de idade

Média		52,05
Mínimo		45
Máximo		60
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Psicoticismo	.514
Somatização	.323
BSIDepressão	.629
Hostilidade	.620
Sensibilidade Interpessoal	.561
Obsessivo-Compulsio	.420
BSI-Ansiedade	.536
Ansiedade Fóbica	.336
Ideação Paranoíde	.677

1.4.4. Dos 60 anos aos 75 anos de idade

Média		63.71
Mínimo		60
Máximo		71
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Psicoticismo	.285
Somatização	.234
BSIDepressão	.278
Hostilidade	.511
Sensibilidade Interpessoal	.250
Obsessivo-Compulsio	.519
BSI-Ansiedade	.287
Ansiedade Fóbica	.567
Ideação Paranoíde	.285

1.5. Idade e NEO-PI-R

1.5.1. Dos 15 anos aos 30 anos de idade

Média		23,4
Mínimo		15
Máximo		30
N	Valid	25
	Missing	0

Variáveis	p
Neuroticismo	.455
Extroversão	.427
Abertura	.695
Amabilidade	.069
Conscienciosidade	.386

1.5.2 Dos 30 anos aos 45 anos de idade

Média		36,63
Mínimo		30
Máximo		45
N	Valid	19
	Missing	0

Variáveis	p
Neuroticismo	.388
Extroversão	.727
Abertura	.869
Amabilidade	.308
Conscienciosidade	.778

1.5.3 Dos 45 anos aos 60 anos de idade

Média		52,05
Mínimo		45
Máximo		60
N	Valid	21
	Missing	

Variáveis	p
Neuroticismo	.330
Extroversão	.194
Abertura	.568
Amabilidade	.339
Conscienciosidade	.266

1.5.4. Dos 60 anos aos 75 anos de idade

Média		63.71
Mínimo		60
Máximo		71
N	Valid	21
	Missing	0

Variáveis	<i>p</i>
Neuroticismo	.511
Abertura	.361
Amabilidade	.257
Conscienciosidade	.531

ANEXO B

Relação entre as Variáveis Psicológicas do Grupo com Disfunção da Articulação

Temporo-Mandibular com o “Outro Significativo”

2.1. WHYMPI e “Outro Significativo” e “Outro Significativo”

	Outro Significativo	Média	P		Outro Significativo	Média	P	
Sev. Dor	Conjuge	29,43	0,61	Resp. Sólid.	Conjuge	34,33	0,09	
	Companheiro	35,47			Companheiro	29,20		
	Companheiro casa	38,00			Companheiro casa	28,00		
	Amigo	46,50			Amigo	17,50		
	Vizinho	14,50			Vizinho	41,00		
	Pai	28,33			Pai	32,33		
	Mãe	33,79			Mãe	49,93		
	Filha(o)	44,78			Filha(o)	28,56		
	Outro	34,50			Outro	19,00		
Interferê.	Conjuge	25,58	0,28	Resp. Distr.	Conjuge	13,58	0,21	
	Companheiro	33,60			Companheiro	16,75		
	Companheiro casa	41,50			Vizinho	21,50		
	Amigo	47,67			Pai	28,00		
	Vizinho	16,00		Mãe	9,67	Activid. casa		
	Pai	48,00		Filha(o)	21,50			
	Mãe	37,75		Conjuge	34,70			
	Filha(o)	40,89		Companheiro	29,33			
	Outro	48,00		Amigo	14,00			
Cont. vida	Conjuge	44,20	0,01	Vizinho	51,00	0,06		
	Companheiro	40,63		Pai	33,33			
	Companheiro casa	6,50		Mãe	28,93			
	Amigo	23,67		Filha(o)	52,39			
	Vizinho	45,50		Outro	56,00			
	Pai	42,00		Tr. for a casa	Conjuge		17,88	0,73
	Mãe	27,82			Companheiro		15,67	
	Filha(o)	22,78			Pai		20,75	
	Outro	2,50			Vizinho		12,00	
Stress afect.	Conjuge	28,38	0,24	Mãe	3,50	0,04		
	Companheiro	42,97		Filha(o)	3,50			
	Companheiro casa	41,00		Act. Leg. casa	Conjuge		33,03	
	Amigo	46,17			Companheiro		36,43	
	Vizinho	24,50			Companheiro casa		52,50	
	Pai	35,17			Amigo		36,17	
	Mãe	33,61		Vizinho	4,50			
	Filha(o)	27,39		Pai	47,83			
	Outro	66,50		Mãe	43,29			
Suporte	Conjuge	33,80	0,46	Filha(o)	16,67	0,15		
	Companheiro	33,80		Outro	21,50			
	Companheiro casa	16,25		Act. Sociais	Conjuge		39,65	
	Amigo	22,83			Companheiro		34,07	
	Vizinho	36,00			Companheiro casa		51,00	
	Pai	39,33			Amigo		33,83	
	Mãe	44,36			Vizinho		2,00	
	Filha(o)	29,89			Pai		38,83	
	Outro	18,00			Mãe		31,18	
Resp. Negat.	Conjuge	36,55	0,83		Filha(o)	22,19		
	Companheiro	34,67		Outro	5,00			
	Companheiro casa	44,25						
	Amigo	41,50						
	Vizinho	5,50						
	Pai	36,67						
	Mãe	29,68						
	Filha(o)	34,50						
	Outro	40,50						

2.2. COPE e “Outro Significativo”

	Outro Significativo	Média	p		Outro Significativo	Média	p
R-Posit.	Conjuge	37,85	0,32	Negação	Conjuge	42,00	0,10
	Companheiro	36,90			Companheiro	22,50	
	Companheiro casa	25,25			Companheiro casa	33,75	
	Amigo	44,50			Amigo	27,83	
	Vizinho	42,00			Vizinho	19,00	
	Pai	48,17			Pai	47,50	
	Mãe	33,29			Mãe	39,54	
	Filha(o)	20,33			Filha(o)	28,22	
	Outro	16,00		Outro	48,50		
Despr.	Conjuge	32,93	0,01	Religioso	Conjuge	35,23	0,67
	Companheiro	22,90			Companheiro	30,43	
	Companheiro casa	33,50			Companheiro casa	39,75	
	Amigo	54,83			Amigo	33,50	
	Vizinho	34,00			Vizinho	42,00	
	Pai	60,17			Pai	35,83	
	Mãe	45,14			Mãe	28,36	
	Filha(o)	24,61			Filha(o)	45,11	
	Outro	44,50		Outro	52,50		
Local.	Conjuge	34,85	1,00	Humor	Conjuge	38,80	0,75
	Companheiro	33,23			Companheiro	30,97	
	Companheiro casa	33,25			Companheiro casa	33,50	
	Amigo	28,67			Amigo	29,17	
	Vizinho	32,50			Vizinho	20,50	
	Pai	35,00			Pai	46,17	
	Mãe	36,82			Mãe	33,86	
	Filha(o)	34,72			Filha(o)	30,17	
	Outro	32,50		Outro	46,50		
Rec.Sup.Inst.	Conjuge	35,03	0,71	Comp.Desp.	Conjuge	32,28	0,79
	Companheiro	36,47			Companheiro	33,73	
	Companheiro casa	42,75			Companheiro casa	46,00	
	Amigo	49,67			Amigo	31,67	
	Vizinho	24,50			Vizinho	47,00	
	Pai	40,00			Pai	24,67	
	Mãe	33,71			Mãe	37,43	
	Filha(o)	23,94			Filha(o)	33,28	
	Outro	32,00		Outro	63,00		
Cop. Activo	Conjuge	40,88	0,43	Constrang.	Conjuge	33,61	0,85
	Companheiro	28,00			Companheiro	27,97	
	Companheiro casa	29,25			Companheiro casa	33,25	
	Amigo	40,33			Amigo	30,67	
	Vizinho	23,50			Vizinho	40,00	
	Pai	50,83			Pai	40,00	
	Mãe	33,07			Mãe	39,07	
	Filha(o)	30,56			Filha(o)	33,39	
	Outro	15,00		Outro	54,00		
Uso Subst.	Conjuge	31,90	0,24	Rec.S. Emo.	Conjuge	32,73	0,91
	Companheiro	31,70			Companheiro	34,67	
	Companheiro casa	25,00			Companheiro casa	31,75	
	Amigo	45,33			Amigo	38,50	
	Vizinho	25,00			Vizinho	38,00	
	Pai	34,67		Pai	53,17		

	Mãe	42,93			Mãe	33,36	
	Filha(o)	29,17			Filha(o)	33,61	
	Outro	54,00			Outro	25,50	
Supressão	Conjuge	43,20	0,50	Aceitação	Conjuge	32,93	0,63
	Companheiro	29,30			Companheiro	31,33	
	Companheiro casa	38,50			Companheiro casa	42,50	
	Amigo	25,83			Amigo	45,83	
	Vizinho	23,00			Vizinho	37,50	
	Pai	42,33			Pai	52,67	
	Mãe	30,54			Mãe	37,64	
	Filha(o)	30,78			Filha(o)	27,33	
	Outro	33,50		Outro	26,50		
				Plan.	Conjuge	33,63	0,78
					Companheiro	26,53	
					Companheiro casa	36,50	
					Amigo	34,33	
					Vizinho	46,00	
					Pai	43,17	
					Mãe	39,11	
					Filha(o)	38,83	
				Outro	27,00		

2.3. BRIEF COPE e “Outro Significativo”

	Outro Significativo	Médian	n		Outro Significativo	Médian	n
Auto-Distr	Conjuge	36,43	0,30	Expandir	Conjuge	36,18	0,97
	Companheiro	27,83			Companheiro	31,33	
	Companheiro casa	36,75			Companheiro casa	33,00	
	Amigo	36,67			Amigo	37,17	
	Vizinho	15,50			Vizinho	47,00	
	Pai	62,83			Pai	42,00	
	Mãe	34,79			Mãe	35,25	
	Filha(o)	31,94			Filha(o)	32,17	
	Outro	38,00		Outro	19,00		
CopActivo	Conjuge	39,53	0,54	Re. Positiva	Conjuge	36,28	0,88
	Companheiro	34,37			Companheiro	32,33	
	Companheiro casa	25,25			Companheiro casa	32,00	
	Amigo	34,67			Amigo	41,00	
	Vizinho	40,00			Vizinho	46,50	
	Pai	46,50			Pai	41,00	
	Mãe	31,14			Mãe	35,61	
	Filha(o)	25,67			Filha(o)	26,00	
	Outro	10,50		Outro	46,50		
Negação	Conjuge	37,30	0,20	Placamento	Conjuge	37,30	0,84
	Companheiro	25,27			Companheiro	29,37	
	Companheiro casa	35,00			Companheiro casa	31,25	
	Amigo	23,00			Amigo	27,17	
	Vizinho	49,00			Vizinho	48,50	
	Pai	19,67			Pai	47,33	
	Mãe	39,89			Mãe	35,32	
	Filha(o)	39,11			Filha(o)	33,72	
	Outro	63,50		Outro	27,00		
Uso Subst	Conjuge	31,35	0,23	Humor	Conjuge	36,45	0,64
	Companheiro	32,77			Companheiro	36,83	
	Companheiro casa	26,00			Companheiro casa	46,25	
	Amigo	45,00			Amigo	36,00	
	Vizinho	26,00			Vizinho	36,00	

	Pai	35,50			Pai	42,83	
	Mãe	41,07			Mãe	33,82	
	Filha(o)	30,06			Filha(o)	23,56	
	Outro	62,50			Outro	14,00	
Sup Emoc	Conjuge	33,98	0,59	Aceitação	Conjuge	33,08	0,19
	Companheiro	30,40			Companheiro	39,30	
	Companheiro casa	27,75			Companheiro casa	37,75	
	Amigo	48,00			Amigo	41,00	
	Vizinho	61,50			Vizinho	47,50	
	Pai	48,50			Pai	52,67	
	Mãe	33,61			Mãe	35,68	
	Filha(o)	34,72			Filha(o)	19,61	
Outro	21,00	Outro	15,00				
Sup Inst	Conjuge	31,85	0,65	Religião	Conjuge	35,98	0,50
	Companheiro	33,07			Companheiro	32,50	
	Companheiro casa	42,50			Companheiro casa	33,50	
	Amigo	51,33			Amigo	30,33	
	Vizinho	36,50			Vizinho	46,50	
	Pai	52,00			Pai	24,50	
	Mãe	32,93			Mãe	27,96	
	Filha(o)	32,94			Filha(o)	47,00	
Outro	24,00	Outro	46,50				
C. Desp	Conjuge	34,78	0,78	Culpa	Conjuge	34,83	0,77
	Companheiro	33,13			Companheiro	32,57	
	Companheiro casa	47,25			Companheiro casa	33,75	
	Amigo	24,33			Amigo	33,67	
	Vizinho	33,00			Vizinho	18,00	
	Pai	24,33			Pai	35,00	
	Mãe	36,29			Mãe	29,79	
	Filha(o)	34,50			Filha(o)	45,67	
Outro	61,50	Outro	41,50				

ANEXO C

3. 1. Correlação das Variáveis que constituem o WHYMPI

	Supporte	Resp. Negativas	Resp. Solicit.	Resp. Distrac.	Sev. Dor	Interferên.	Contr. Vida	Stress Afcc.	Act. Casa	Tra. Fora casa	Act. Ig casa	Act. Sociais
Supporte	1											
Resp. Neg.	-0,47**	1										
Resp. Soli.	0,63**	-0,41**	1									
Resp. Dist.	-0,06	-0,16	0,11	1								
Sev. Dor	-0,08	0,33**	-0,11	-0,39*	1							
Interferê..	-0,07	0,23	-0,08	-0,35	0,82**	1						
Cont. Vida	0,16	-0,17	0,12	0,39*	-0,54**	-0,56**	1					
Stress Afcc.	-0,13	0,30**	-0,11	-0,07	0,40**	0,36**	-0,20	1				
Act. Casa	-0,28*	0,18	-0,12	0,37*	0,06	0,07	-0,08	-0,04	1			
T. Fora casa	0,08	0,00	-0,10	-0,13	-0,21	-0,08	0,30	-0,17	-0,12	1		
Act. Ig casa	0,19	-0,22	0,26*	0,18	-0,34**	-0,20	0,21	-0,11	-0,08	0,58**	1	
Act. Sociais	0,05	0,05	0,11	0,27	-0,42**	-0,34**	0,32	-0,07	0,01	0,51**	0,54**	1

3.3. Correlação das variáveis que constituem o BRIEF COPE

	Auto-Distração	Coping Activo	Negação	Uso Substância	Sup. Emoc.	Sup. Instrum.	Comp. Despr.	Expandir	Rcorg. Positiva	Planeamen to	Humor	Acceptação	Religião	Culp
Auto-Distração	1													
Coping Activo	0,24(**)	1												
Negação	0,22	-0,06	1											
Uso Substância	0,03	-0,19	0,06	1										
Suporte Emocional	0,36(***)	0,31(**)	0,13	0,17	1									
Suporte Instrum.	0,38(***)	0,22	0,15	0,17	0,74(**)	1								
Comp. Desprend.	0,003	-0,52(**)	0,19	0,19	-0,01	0,03	1							
Expandir	0,31(***)	0,05	0,28(*)	0,10	0,61(**)	0,70(**)	0,103	1						
Rcorg. Positiva	0,24(*)	0,45(**)	-0,02	-0,03	0,28(*)	0,33(**)	-0,18	0,12	1					
Planeamen to	0,17	0,50(**)	0,18	-0,03	0,35(**)	0,39(**)	-0,19	0,20	0,502(**)	1				
Humor	0,23(*)	0,07	-0,27(*)	-0,04	0,16	0,18	0,009	-0,02	0,34(**)	0,21	1			
Acceptação	0,15	0,16	-0,20	0,002	0,25(*)	0,23	-0,08	0,105	0,42(**)	0,33(**)	0,77(**)	1		
Religião	-0,04	0,01	0,19	-0,07	0,16	0,21	0,09	0,32(**)	0,09	0,23	-0,14	-0,09	1	
Culpa	0,25(*)	-0,13	0,38(**)	0,18	0,18	0,27(*)	0,28(*)	0,33(**)	0,02	0,102	-0,21	-0,23	0,35(**)	1

3.2. Correlação das variáveis que constituem o COPE

Reinterp. Positiva	Desprendimento	Focalização	Sup. Instrum.	Coping Activo	Negação	Religião	Humor	Comp. Desp.	Constrang.	Sup. Emoc.	Uso de Substâncias	Aceitação	Supressão	Plancam.
1														
0,29(**)	1													
0,17 (*)	0,30(**)	1												
0,41(**)	0,34(**)	0,56(**)	1											
0,51(**)	0,29(**)	0,26(**)	0,54(**)	1										
-0,10	0,26 (**)	0,24(**)	0,09	0,09	1									
-0,005	0,09	0,34(**)	0,07	0,12	0,28(**)	1								
0,28(**)	0,18(*)	-0,24(**)	0,16	0,32(**)	0,16(*)	-0,098	1							
-0,25(**)	0,19(*)	0,16(*)	0,04	-0,13	0,50(**)	0,21(**)	0,06	1						
0,34(**)	0,04	0,12	0,18(*)	0,35(**)	0,11	0,18(*)	0,10	0,07	1					
0,302(**)	0,28(**)	0,53(**)	0,76(**)	0,42(**)	0,18(*)	0,17(*)	0,12	0,08	0,14	1				
0,008	0,14	0,09	0,05	-0,03	0,08	-0,012	0,05	0,07	-0,08	0,06	1			
0,43(**)	0,24(**)	0,09	0,24(**)	0,28(**)	0,01	-0,002	0,11	0,12	0,20(*)	0,21(**)	-0,15	1		
0,38(**)	0,25(**)	0,34(**)	0,43(**)	0,52(**)	0,05	0,21(*)	0,03	-0,11	0,39(**)	0,32(**)	0,04	0,02	1	
0,52 (**)	0,35(**)	0,22(**)	0,49(**)	0,69(**)	-0,007	0,11	0,26(**)	-0,13	0,39(**)	0,32(**)	-0,18(*)	0,23(**)	0,61(**)	1,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO D

4. COEFICIENTE DE FIABILIDADE

4.1. NEO-PERSONALITY INVENTORY – Revised

Facetas	Coefficiente	Facetas	Coefficiente
Ansiedade	0.70	Acolhimento Caloroso	0.23
Hostilidade	0.22	Gregariedade	0.16
Depressão	0.80	Assertividade	0.10
Auto-Consciência	0.05	Atividade	0.43
Impulsividade	0.39	Procura de Excitação	0.56
Vulnerabilidade	0.72	Emoções Positivas	0.73
Facetas	Coefficiente	Facetas	Coefficiente
Fantasia	0.76	Confiança	0.71
Estética	0.78	Rectidão	0.70
Sentimentos	0.66	Altruísmo	0.64
Ações	0.01	Complacência	0.56
Ideias	0.79	Modéstia	0.71
Valores	0.40	Sensibilidade	0.27
Facetas	Coefficiente		
Competência	0.70		
Ordem	0.51		
Dever	0.49		
Esforço de Realização	0.01		
Auto-Disciplina	0.23		
Deliberação	0.21		

4.2. THE WEST HAVEN-YALE MULTIDIMENSIONAL PAIN INVENTORY – WHYMPI

Escalas WHYMPI	Nº de Itens	Valores Alfa
Severidade da dor	3	0.80
Interferência da dor	11	0.94
Auto-Controlo	4	0.13
Humor Depressivo	3	0.15
Suporte Social	3	0.92
Respostas Negativas	4	0.86
Respostas de Solicitação	6	0.82
Respostas de Distracção	4	0.68
Actividades dentro de casa	5	0.79
Actividades fora de casa	5	0.67
Actividades Longe de casa	4	0.71
Actividades Sociais	4	0.64

4.3. COPE

Escalas COPE	Número Itens	Valor Alfa
Reinterpretação Positiva	4	0.72
Desprendimento Mental	4	0.49
Focalização	4	0.82
Suporte Instrumental	4	0.81
Coping Activo	4	0.65
Negação	4	0.24
Religião	4	0.90
Humor	4	0.80
Comp. de Desprendimento	4	0.79
Constrangimento	4	0.55
Suporte Emocional	4	0.78
Uso de Substâncias	4	0.89
Aceitação	4	0.65
Supressão de Actividades	4	0.65
Planeamento	4	0.72

4.4. BRIEF COPE

Escalas	Número Itens	Valor Alfa
Auto-Distração	2	0.70
Coping Activo	2	0.76
Negação	2	0.62
Uso de Substâncias	2	0.89
Suporte Emocional	2	0.81
Suporte Instrumental	2	0.86
Comportamento Desprendimento	2	0.75
Expandir	2	0.73
Reorganização Positiva	2	0.84
Planeamento	2	0.70
Humor	2	0.90
Aceitação	2	0.73
Religião	2	0.88
Culpa	2	0.00

4.5. BRIEF SYMPTOM INVENTORY – BSI

Escalas	Número Itens	Valor Alfa
Somatização	7	0.82
Obsessivo-Compulsivo	6	0.83
Sensibilidade Interpessoal	4	0.77
Depressão	6	0.86
Ansiedade	6	0.83
Hostilidade	5	0.77
Ansiedade Fóbica	5	0.80
Ideação Paranoide	5	0.73
Psicoticismo	5	0.69

ANEXO E

SUJEITO N.º			GRUPO			
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE <input type="text"/>		EXPERIMENTAL <input type="checkbox"/>	CONTROLO <input type="checkbox"/>		
ESCOLARIDADE			ESTATUTO CONJUGAL			

NEO – PI – R

Este questionário tem 240 afirmações. Por favor, leia atentamente cada uma delas e assinale a resposta que melhor descreve a sua opinião.

- ♦ **Assinale "1"** se considera que a afirmação é totalmente falsa, ou se está totalmente em desacordo
- ♦ **Assinale "2"** se considera que a afirmação é bastante falsa, ou se discorda bastante dela
- ♦ **Assinale "3"** se considera que a afirmação não é verdadeira nem falsa, se está indeciso, ou se não está de acordo nem em desacordo com ela
- ♦ **Assinale "4"** se considera que a afirmação é quase verdadeira ou se está bastante de acordo com ela
- ♦ **Assinale "5"** se considera a afirmação totalmente verdadeira ou se está totalmente de acordo com ela

Não existem respostas certas ou erradas. Descreva-se com sinceridade e exprima as suas opiniões da forma mais precisa possível. Assinale **uma só resposta** para cada uma das afirmações, não se esquecendo de responder a nenhuma delas. Caso se engane ou mude de opinião, risque a resposta incorrecta para logo de seguida assinalar novamente a resposta correcta.

Muito Obrigado pela sua colaboração

1	Não sou uma pessoa preocupada	1	2	3	4	5
2	Gosto mesmo da maioria das pessoas que encontro	1	2	3	4	5
3	Tenho uma imaginação muito activa	1	2	3	4	5
4	Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros	1	2	3	4	5
5	Sou conhecido pela minha prudência e bom senso	1	2	3	4	5
6	Muitas vezes, aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam	1	2	3	4	5
7	Não gosto de multidões, por isso, as evito	1	2	3	4	5
8	Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza	1	2	3	4	5
9	Não sou matreiro (a), nem espertalhão (espertalhona)	1	2	3	4	5
10	Antes quero deixar as coisas em aberto que planear tudo, com antecedência	1	2	3	4	5

11	Raramente me sinto só ou abatido (a)	1	2	3	4	5
12	Sou dominador(a), cheio (a) de força e combativo (a)	1	2	3	4	5
13	Sem emoções fortes, a vida não teria interesse para mim	1	2	3	4	5
14	Algumas pessoas pensam que sou invejoso (a) e egoísta	1	2	3	4	5
15	Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações	1	2	3	4	5
16	Ao lidar com as outras pessoas, tenho sempre receio de ser mal sucedido (a)	1	2	3	4	5
17	No trabalho e nos tempos livres, gosto de fazer as coisas com calma	1	2	3	4	5
18	Sou bastante agarrado (a) às minhas próprias maneiras de proceder	1	2	3	4	5
19	Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas	1	2	3	4	5
20	Sou distraído (a) e pouco determinado (a)	1	2	3	4	5
21	Raramente me deixo levar pelos meus impulsos (caprichos)	1	2	3	4	5
22	Sinto, muitas vezes, uma necessidade louca de me divertir	1	2	3	4	5
23	Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas	1	2	3	4	5
24	Não me custa nada gabar-me das minhas capacidades e dos meus sucessos	1	2	3	4	5
25	Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo	1	2	3	4	5
26	Sinto-me, muitas vezes, desamparado (a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim	1	2	3	4	5
27	Para dizer a verdade, nunca pulei de alegria	1	2	3	4	5
28	Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar	1	2	3	4	5
29	Os governantes deviam preocupar-se mais com os aspectos humanos	1	2	3	4	5
30	Ao longo dos anos, fiz algumas coisas bem estúpidas	1	2	3	4	5
31	Assusto-me facilmente	1	2	3	4	5
32	Não me dá muito prazer estar à conversa com as pessoas	1	2	3	4	5

33	Tento sempre organizar os meus pensamentos, em termos realistas, não dando asas à imaginação	1	2	3	4	5
34	Acredito que a maioria das pessoas são, no fundo, bem intencionadas	1	2	3	4	5
35	Não encaro os deveres cívicos, tais como votar, muito seriamente	1	2	3	4	5
36	Não me zango facilmente	1	2	3	4	5
37	Gosto de ter muita gente à minha volta	1	2	3	4	5
38	Às vezes fico, deixo-me absorver, totalmente pela música que ouço	1	2	3	4	5
39	Se necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero	1	2	3	4	5
40	Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem	1	2	3	4	5
41	Às vezes sinto-me completamente inútil	1	2	3	4	5
42	Às vezes não consigo afirmar-me tanto como devia	1	2	3	4	5
43	Raramente sinto emoções fortes	1	2	3	4	5
44	Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro	1	2	3	4	5
45	Às vezes, não sou tão seguro (a) ou digno (a) de confiança como deveria ser	1	2	3	4	5
46	Poucas vezes sinto-me inseguro (a), quando estou com outras pessoas	1	2	3	4	5
47	Quando faço alguma coisa, faço-a com todo o entusiasmo	1	2	3	4	5
48	Penso que é interessante aprender e cultivar novos hobbies (passatempos)	1	2	3	4	5
49	Sei ser sarcástico (a) e cínico (a) quando necessário	1	2	3	4	5
50	Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los de uma forma ordenada	1	2	3	4	5
51	Custa-me resistir aos meus desejos	1	2	3	4	5
52	Não gostaria de passar férias no Algarve	1	2	3	4	5
53	Acho as discussões filosóficas aborrecidas	1	2	3	4	5
54	Prefiro não falar de mim próprio (a) e das minhas realizações	1	2	3	4	5
55	Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho	1	2	3	4	5
56	Sinto que sou capaz de resolver a maioria dos meus problemas	1	2	3	4	5

57	Já experimentei, algumas vezes, sensações de grande alegria ou êxtase (arrebato)	1	2	3	4	5
58	Acredito que as leis e as políticas sociais deveriam mudar de forma a reflectir as necessidades de um mundo em mudança	1	2	3	4	5
59	Sou inflexível e duro (a) nas minhas atitudes	1	2	3	4	5
60	Penso, maduramente, nas coisas antes de tomar uma decisão	1	2	3	4	5
61	Raramente me sinto amedrontado (a) ou ansioso (a)	1	2	3	4	5
62	Sou conhecido (a) como uma pessoa amigável e simpática	1	2	3	4	5
63	Tenho uma grande capacidade de fantasiar	1	2	3	4	5
64	Penso que a maioria das pessoas abusa de nós, se as deixarmos	1	2	3	4	5
65	Mantenho-me informado (a) e geralmente, tomo decisões inteligentes	1	2	3	4	5
66	Sou conhecido (a) como uma pessoa de mau génio e irritável	1	2	3	4	5
67	Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho (a)	1	2	3	4	5
68	Aborreço-me ver bailado ou dança moderna	1	2	3	4	5
69	Mesmo que quisesse, não conseguiria enganar ninguém	1	2	3	4	5
70	Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada)	1	2	3	4	5
71	Raramente estou triste ou deprimido (a)	1	2	3	4	5
72	Já fui, muitas vezes, líder de grupos a que pertenci	1	2	3	4	5
73	É importante para mim a maneira como eu vejo as coisas	1	2	3	4	5
74	Algumas pessoas consideram-me frio (a) e calculista	1	2	3	4	5
75	Pago as minhas dívidas a tempo e a horas	1	2	3	4	5
76	Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado (a), que desejava meter-me num buraco	1	2	3	4	5
77	Trabalho devagar, mas persistentemente (de forma contínua)	1	2	3	4	5
78	Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais	1	2	3	4	5
79	Hesito em expressar a minha "raiva" mesmo quando justificada	1	2	3	4	5

80	Quando inicio um programa de modificação pessoal, deixo de o cumprir, após alguns dias	1	2	3	4	5
81	Não me é difícil resistir às tentações	1	2	3	4	5
82	Já fiz algumas coisas, só pelo gozo ou gana de as fazer	1	2	3	4	5
83	Gosto de resolver problemas e <i>puzzles</i>	1	2	3	4	5
84	Sou melhor do que a maioria das pessoas e tenho consciência disso	1	2	3	4	5
85	Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho	1	2	3	4	5
86	Quando estou numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços	1	2	3	4	5
87	Não sou um (a) grande optimista	1	2	3	4	5
88	Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral	1	2	3	4	5
89	Nunca fazemos demasiado pelos pobres e pelos velhos	1	2	3	4	5
90	Às vezes actuo primeiro e penso depois	1	2	3	4	5
91	Muitas vezes, sinto-me tenso (a) e enervado (a)	1	2	3	4	5
92	Muitas pessoas veêm-me como uma pessoa um pouco frio (a) e distante	1	2	3	4	5
93	Não gosto de perder tempo a sonhar acordado (a)	1	2	3	4	5
94	Penso que a maioria das pessoas com quem lido são honestas e dignas de confiança	1	2	3	4	5
95	Sou, frequentemente, confrontado (a) com situações para as quais não estou totalmente preparado (a)	1	2	3	4	5
96	Não sou considerado (a) uma pessoa melindrosa ou irritável	1	2	3	4	5
97	Sinto mesmo necessidade de estar com outras pessoas, quando estou sozinho (a), durante muito tempo	1	2	3	4	5
98	Fico admirado (a) com os modelos que encontro na arte e na natureza	1	2	3	4	5
99	Ser completamente honesto (a) é uma via inadequada para fazer negócios	1	2	3	4	5
100	Gosto de ter as coisas no seu lugar, pois, assim sei onde as posso encontrar	1	2	3	4	5
101	Já senti, algumas vezes, uma sensação profunda de culpabilidade ou de ter pecado	1	2	3	4	5

102	Normalmente, nas reuniões, deixo os outros falar	1	2	3	4	5
103	Raramente, presto atenção àquilo que sinto no momento	1	2	3	4	5
104	Geralmente, procuro ser atencioso (a) e delicado (a)	1	2	3	4	5
105	Nos jogos de paciência, às vezes, faço batota	1	2	3	4	5
106	Não fico muito atrapalhado (a), quando as pessoas se riem e fazem pouco de mim	1	2	3	4	5
107	Muitas vezes sinto-me a rebentar de energia	1	2	3	4	5
108	Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas	1	2	3	4	5
109	Quando não gosto das pessoas, faço-lhe saber	1	2	3	4	5
110	Trabalho muito para conseguir o que quero	1	2	3	4	5
111	Quando me apresentam o meu prato preferido, tenho tendência a comer demasiado	1	2	3	4	5
112	Procuro evitar filmes demasiado chocantes ou assustadores	1	2	3	4	5
113	Às vezes, perco o interesse quando as pessoas começam a falar sobre assuntos demasiado teóricos e abstractos	1	2	3	4	5
114	Tento ser humilde	1	2	3	4	5
115	Tenho dificuldades em me decidir a fazer o que devo	1	2	3	4	5
116	Em casos de perigo, conservo a cabeça fria	1	2	3	4	5
117	Às vezes, sinto-me a rebentar com tanta felicidade	1	2	3	4	5
118	Penso que as ideias diferentes das nossas, sobre o que é bem ou o que é de mal, das pessoas de outras sociedades, devem ter valor para elas	1	2	3	4	5
119	Não gosto de pedintes	1	2	3	4	5
120	Antes de agir, penso nas consequências	1	2	3	4	5
121	Raramente me preocupo com o futuro	1	2	3	4	5
122	Gosto muito de falar com as outras pessoas	1	2	3	4	5
123	Dá-me gozo concentrar-me numa fantasia e explorar todas as suas possibilidades, deixando-a crescer e desenvolver-se	1	2	3	4	5
124	Fico desconfiado (a), sempre que alguém me faz qualquer coisa agradável	1	2	3	4	5

125	Tenho orgulho do meu bom senso	1	2	3	4	5
126	Fico, frequentemente, aborrecido (a) com as pessoas com quem tenho que lidar	1	2	3	4	5
127	Prefiro trabalhos que eu possa fazer sozinho (a), sem ser incomodado (a) por outras pessoas	1	2	3	4	5
128	A poesia pouco ou nada me diz	1	2	3	4	5
129	Detestaria ser considerado (a) um (a) hipócrita	1	2	3	4	5
130	Parece que nunca consigo ser organizado (a)	1	2	3	4	5
131	Tendo tendência a culpabilizar-me, se alguma coisa corre mal	1	2	3	4	5
132	Muitas vezes, as outras pessoas pedem-me para as ajudar a tomar decisões	1	2	3	4	5
133	As minhas emoções e sentimentos são muito variadas	1	2	3	4	5
134	Não sou muito conhecido (a) pela minha generosidade	1	2	3	4	5
135	Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpra	1	2	3	4	5
136	Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas	1	2	3	4	5
137	Não sou tão rápido (a) e vivo (a) como as outras pessoas	1	2	3	4	5
138	Prefiro passar o tempo em ambientes que me são familiares	1	2	3	4	5
139	Quando sou insultado (a), tento apenas perdoar e esquecer	1	2	3	4	5
140	Não sou ambicioso (a)	1	2	3	4	5
141	Raramente, cedo aos meus impulsos	1	2	3	4	5
142	Gosto de estar onde está a acção	1	2	3	4	5
143	Gosto de resolver <i>puzzles</i> difíceis	1	2	3	4	5
144	Tenho uma opinião muito favorável acerca de mim próprio (a)	1	2	3	4	5
145	Quando começo um projecto, quase sempre o termino	1	2	3	4	5
146	Sinto quase sempre dificuldade em tomar decisões	1	2	3	4	5
147	Não me considero uma pessoa alegre	1	2	3	4	5
148	Julgo que é mais importante ser fiel aos próprios ideias e princípios do que ter abertura de espírito	1	2	3	4	5
149	As necessidades humanas devem ter sempre prioridade sobre as considerações económicas	1	2	3	4	5

150	Sou, frequentemente, levado (a) pelo impulso do momento	1	2	3	4	5
151	Preocupo-me, muitas vezes, ao pensar que as coisas podem correr mal	1	2	3	4	5
152	É fácil para mim sorrir e conviver com pessoas desconhecidas	1	2	3	4	5
153	Quando vejo que estou a ser levado (a) pela imaginação, procuro concentrar-me ocupando-me com qualquer trabalho ou actividade	1	2	3	4	5
154	A minha primeira reacção é de confiar nas pessoas	1	2	3	4	5
155	Não me parece que tenha sido bem sucedido (a), seja no que for	1	2	3	4	5
156	É preciso muito para me arreliaem	1	2	3	4	5
157	Prefiro passar as férias numa praia concorrida do que numa cabana isolada no bosque	1	2	3	4	5
158	Certas formas de música têm um encanto infinito para mim	1	2	3	4	5
159	Por vezes, levo as pessoas a fazerem o que eu desejo	1	2	3	4	5
160	Sou uma pessoa um tanto rigorosa: aprecio a ordem, em todas as coisas	1	2	3	4	5
161	Tenho fraca opinião acerca de mim próprio	1	2	3	4	5
162	Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas	1	2	3	4	5
163	Poucas vezes, me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas	1	2	3	4	5
164	A maioria das pessoas que conheço gostam de mim	1	2	3	4	5
165	Observo, rigorosamente, os princípios éticos, que defendo	1	2	3	4	5
166	Sinto-me à vontade, na presença do meu patrão ou outras autoridades	1	2	3	4	5
167	Normalmente, dou a impressão de estar sempre com pressa	1	2	3	4	5
168	Por vezes, mudo coisas em minha casa, só para experimentar a diferença	1	2	3	4	5
169	Se alguém começa uma briga, estou pronto (a) para lhe dar luta	1	2	3	4	5
170	Esforço-me por conseguir tudo aquilo que eu puder	1	2	3	4	5
171	Às vezes como até me sentir mal	1	2	3	4	5

172	Adoro as emoções da montanha russa	1	2	3	4	5
173	Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do Universo e da condição humana	1	2	3	4	5
174	Julgo que não sou melhor do que os outros, seja qual for a sua condição	1	2	3	4	5
175	Quando um projecto se torna demasiadamente difícil, sinto-me inclinado (a) a começar um novo	1	2	3	4	5
176	Consigo controlar-me bastante bem em situações de crise	1	2	3	4	5
177	Sou uma pessoa alegre e em disposta	1	2	3	4	5
178	Considero-me uma pessoa aberta e tolerante, no que respeita ao modo de vida das outras pessoas	1	2	3	4	5
179	Penso que todos os seres humanos são dignos de respeito	1	2	3	4	5
180	Raramente, tomo decisões precipitadas	1	2	3	4	5
181	Tenho menos receios que a maioria das pessoas	1	2	3	4	5
182	Prendem-me aos meus amigos fortes laços afectivos	1	2	3	4	5
183	Em criança raramente, achava piada aos jogos do faz-de-conta	1	2	3	4	5
184	Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas	1	2	3	4	5
185	Sou uma pessoa muito competente	1	2	3	4	5
186	Houve alturas, em que experimentei ressentimento e amargura	1	2	3	4	5
187	Os <encontros sociais são, geralmente, aborrecidos para mim	1	2	3	4	5
188	Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção	1	2	3	4	5
189	Por vezes, meto medo ou lisonjeio as pessoas, para as levar a fazer o que quero que elas façam	1	2	3	4	5
190	Não tenho a obsessão da limpeza	1	2	3	4	5
191	Às vezes, as coisas parecem bastante negras e desesperadas	1	2	3	4	5
192	Nas conversas, tendo a falar mais do que os outros	1	2	3	4	5
193	Acho fácil sentir empatia – quer dizer, sentir o que os outros sentem	1	2	3	4	5
194	Considero-me uma pessoa caridosa	1	2	3	4	5

195	Tento fazer as tarefas, com todo o cuidado, para não ter necessidade de as fazer outra vez	1	2	3	4	5
196	Se disser ou fizer mal a alguém, custa-me imenso conseguir encarar essa pessoa, outra vez	1	2	3	4	5
197	A minha vida decorre a um ritmo rápido	1	2	3	4	5
198	Quando estou em férias, prefiro voltar a um local genuíno e já conhecido	1	2	3	4	5
199	Sou cabeçudo (a) e teimoso (a)	1	2	3	4	5
200	Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço	1	2	3	4	5
201	Às vezes, faço as coisas de modo tão impulsivo que, mais tarde me arrependo	1	2	3	4	5
202	Atraem-me as cores alegres e os estilos exuberantes	1	2	3	4	5
203	Tenho muita curiosidade intelectual	1	2	3	4	5
204	Prefiro elogiar os outros a ser elogiado (a)	1	2	3	4	5
205	Existem tantas pequenas coisas que necessitam a fazer que, por vezes, simplesmente as ignoro	1	2	3	4	5
206	Mesmo quando tudo parece correr mal, eu ainda consigo tomar boas decisões	1	2	3	4	5
207	É raro utilizar as palavras "Fantástico!" ou "Sensacional", para descrever as minhas experiências	1	2	3	4	5
208	Algo corre mal, se aos 25 anos as pessoas não sabem em que é que acreditam	1	2	3	4	5
209	Tenho simpatia por pessoas com menos sorte do que eu	1	2	3	4	5
210	Planeio, de antemão e com cuidado, as minhas vagas	1	2	3	4	5
211	Às vezes, vêm-me à cabeça pensamentos aterradores	1	2	3	4	5
212	Interesso-me, pessoalmente, pelas pessoas com quem trabalho	1	2	3	4	5
213	Teria muita dificuldade em deixar a minha imaginação vaguear, sem controlo nem orientação	1	2	3	4	5
214	Tenho bastante fé na natureza humana	1	2	3	4	5
215	Sou eficiente e eficaz no meu trabalho	1	2	3	4	5
216	Mesmo os pequenos contratemplos podem ser frustrantes para mim	1	2	3	4	5

217	Gosto de festas com muita gente	1	2	3	4	5
218	Agrada-me mais ler poesia, que dá ênfase aos sentimentos e às imagens, do que uma história com princípio, meio e fim	1	2	3	4	5
219	Orgulho-me da minha perspicácia em lidar com as pessoas	1	2	3	4	5
220	Gasto muito tempo à procura de coisas, que coloquei fora do lugar	1	2	3	4	5
221	Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir	1	2	3	4	5
222	Não considero fácil controlar as situações	1	2	3	4	5
223	Coisas estranhas, como certos odores ou nomes de lugares distantes, podem evocar em mim fortes emoções	1	2	3	4	5
224	Quando posso, deixo o que estou a fazer para ajudar os outros	1	2	3	4	5
225	Só se estivesse mesmo doente é que eu faltava a um dia ao trabalho	1	2	3	4	5
226	Fico embaraçado (a), quando as pessoas, que eu conheço fazem asneiras	1	2	3	4	5
227	Sou uma pessoa muito activa	1	2	3	4	5
228	Sigo sempre o mesmo caminho, quando vou a qualquer sítio	1	2	3	4	5
229	Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho	1	2	3	4	5
230	Tenho o vício do trabalho	1	2	3	4	5
231	Consigo sempre manter os meus sentimentos sob controlo	1	2	3	4	5
232	Nos acontecimentos desportivos, gosto de fazer parte da multidão	1	2	3	4	5
233	Tenho uma grande variedade de interesses intelectuais	1	2	3	4	5
234	Sou uma pessoa superior	1	2	3	4	5
235	Tenho muita auto disciplina	1	2	3	4	5
236	Sou bastante estável, do ponto de vista emocional	1	2	3	4	5
237	Rio, facilmente	1	2	3	4	5
238	Penso que a nova moralidade, que consiste em tudo permitir, não é moralidade nenhuma	1	2	3	4	5
239	Gostaria mais que me considerassem "compreensivo (a)" (inclinado (a) a perdoar) do que "justo (a)" (inclinado (a) ao rigor)	1	2	3	4	5

240	Penso duas vezes antes de responder a uma pergunta	1	2	3	4	5
-----	--	----------	----------	----------	----------	----------

Descrição dos Domínios e Facetas do NEO-PI-R

Domínios	Facetas
<u>Neuroticismo</u>	N1: Ansiedade N2: Hostilidade N3: Depressão N4: Auto-consciência N5: Impulsividade N6: Vulnerabilidade
<u>Extroversão</u>	E1: Acolhimento Caloroso E2: Gregariedade E3: Assertividade E4: Actividade E5: Procura de excitação E6: Emoções positivas
<u>Abertura</u>	O1: Fantasia O2: Estética O3: Sentimentos O4: Acções O5: Ideias O6: Valores
<u>Amabilidade</u>	A1: Confiança A2. Rectidão A3: Altruísmo A4: Complacência A5: Modéstia A6: Sensibilidade
<u>Conscienciosidade</u>	C1: Competência C2: Ordem C3: Dever C4: Esforço de Realização C5: Auto-Disciplina C6: Deliberação

ANEXO F

SUJEITO N.º			GRUPO				
SEXO	M	F	IDADE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EXPERIMENTAL <input type="checkbox"/>	CONTROLO <input type="checkbox"/>
ESCOLARIDADE			ESTATUTO CONJUGAL				

WHYMPI

(©Kerns, Turk & Rudy, 1985)

INSTRUÇÕES: Uma parte importante da nossa avaliação inclui o exame da dor partindo da SUA perspectiva. Você conhece a sua dor melhor que ninguém, pelo que a informação que presta constitui uma ajuda relevante para planear um programa de tratamento para si.

Por favor leia atentamente cada uma das questões e tente responder o melhor possível a cada uma delas. **Não salte nenhuma questão.** Se houver uma questão que julgue não se aplicar a si, por favor faça um círculo nessa questão. Depois de ter completado o questionário, verifique as suas respostas por forma a assegurar-se de que respondeu a todas elas. Por favor utilize a última página para acrescentar informação adicional ou comentários que julgue serem úteis para que possamos compreender melhor o seu problema de dor.

A. Algumas perguntas deste questionário referem-se ao seu "outro significativo". Um "outro significativo" é a persona à qual você se sinte mais chegada (o). Neste conceito inclui-se qualquer pessoa com quem você se relacione numa base regular ou pouco frequente. É muito importante que identifique alguém como sendo o seu "outro significativo". Por favor indique quem é o seu "outro significativo", escolhendo uma das hipóteses abaixo indicadas:

- Cônjuge Parceiro (a)/ Companheiro(a) Companheiro (a) de casa/
Companheiro (a) de quarto
- Amigo (a) Vizinho (a) Pai/Mãe/ Filho/Filha/Outro familiar
- Outro (Favor descreva): _____

B. Vive regularmente com essa pessoa? SIM NÃO

Sempre que responder às questões que figuram nas páginas seguintes que se refiram ao seu "outro significativo", responda sempre com referência à pessoa específica que indicou.

SECÇÃO 1

Nesta secção são feitas perguntas que se destinam a ajudar-nos a conhecer melhor a sua dor e de que forma ela afecta a sua vida. Por baixo de cada uma das perguntas figura uma escala na qual deverá ser assinalada a sua resposta. Leia atentamente cada uma das perguntas e em seguida faça um círculo num dos números da escala que figura por baixo dessa pergunta para indicar de que forma essa questão específica se aplica a si. Um exemplo poderá ser útil para ajudar a compreender melhor como estas perguntas deverão ser respondidas.

EXEMPLO

Sente-se nervoso(a) quando circula num automóvel com tráfego muito intenso?

0 1 2 3 4 5 6
Nada nervoso (a) Extremamente nervoso (a)

Se não se sentir nada nervoso quando circula num carro em tráfego muito intenso deverá assinalar a sua resposta pondo um círculo no algarismo "0" da escala. Pelo contrário, se se sentir muito nervoso quando circula num carro em tráfego muito intenso, deverá colocar um círculo no algarismo "6" da escala. Números mais baixos deverão ser usados para menores níveis de nervosismo, e números mais altos para maiores níveis de nervosismo.

POR FAVOR RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS:

1. Avalie a intensidade da sua dor no momento presente

0 1 2 3 4 5 6
Sem dor Dor muito intensa

2. Geralmente, em que medida a sua dor interfere nas actividades do seu dia-a-dia ?

0 1 2 3 4 5 6
Sem interferência Interferência extrema

3. Desde a altura em que a sua dor começou, até que ponto a dor alterou a sua capacidade de trabalho? (___ Assinale com uma cruz se não está a trabalhar por outras razões não relacionadas com a sua dor)

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Alteração extrema

4. Em que medida a sua dor alterou a satisfação ou prazer que sente quando participa em actividades sociais e de lazer ?

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Alteração extrema

5. Em que medida o seu "outro significativo" (refere-se à pessoa que indicou acima) o (a) apoia ou ajuda em relação à sua dor ?

0 1 2 3 4 5 6
Apoio nenhum Apoio extremo

6. Avalie em termos gerais o seu estado de humor (disposição) durante a semana passada.

0 1 2 3 4 5 6
Extremamente baixo Extremamente alto

7. Em que medida a sua dor interferiu com a sua capacidade de dormir o suficiente?

0 1 2 3 4 5 6
Sem interferência Interferência extrema

8. Em termos médios, qual foi a gravidade da sua dor durante a semana passada?

0 1 2 3 4 5 6
Sem gravidade Extremamente grave

9. Qual é a sua capacidade de prever quando a sua dor começa, melhora ou piora?

0 1 2 3 4 5 6
Nenhuma capacidade de previsão Muito boa capacidade de previsão

10. Em que medida a dor alterou a sua capacidade para participar em actividades sociais e de lazer?

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Alteração extrema

11. Até que ponto limita as suas actividades por forma a evitar que a sua dor piore?

0 1 2 3 4 5 6
Sem limitação Muito limitadas

12. Em que medida a sua dor alterou o nível de satisfação ou prazer que retira da sua participação em actividades familiares?

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Alteração extrema

13. Em que medida o seu cônjuge (ou "outro significativo") se preocupa consigo por causa da sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
Nenhuma preocupação Extrema preocupação

14. Durante a semana passada, até que ponto se sentiu capaz de controlar a sua vida ?

0 1 2 3 4 5 6
Controlo nenhum Extremo controlo

15. Num dia normal, quanto varia a sua dor (aumento ou diminuição) ?

0 1 2 3 4 5 6
Permaneceu na mesma Variou muito

16. Como avalia o grau de sofrimento que sente por causa da sua dor ?

0 1 2 3 4 5 6
Sofrimento nenhum Extremo sofrimento

17. Quantas vezes se sente capaz de fazer qualquer coisa que a (o) ajude a reduzir a sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muitas vezes

18. Até que ponto a sua dor alterou a relação com o seu cônjuge, familiares, ou "outro significativo"?

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Mudança radical

19. Em que medida a sua dor alterou o nível de satisfação ou prazer que retira do seu trabalho ? (___ Assinale com uma cruz se não estiver presentemente a trabalhar)

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Alteração extrema

20. Que atenção lhe dedica o seu cônjuge (ou "outro significativo") por causa da sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
Atenção nenhuma Extrema atenção

21. Durante a semana passada, até que ponto se sentiu bem por ter sido capaz de lidar com os seus problemas?

0 1 2 3 4 5 6
Nada bem Extremamente bem

22. Em que medida se sente capaz de controlar a sua dor?

0 1 2 3 4 5 6
Controlo nenhum Muito controlo

23. Em que medida a sua dor lhe alterou a capacidade de executar tarefas domésticas?

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Extrema alteração

24. Durante a semana passada, até que ponto foi bem sucedido (a) ao lidar com situações de stress da sua vida?

0 1 2 3 4 5 6
Sucesso nenhum Extremamente bem sucedido(a)

25. Em que medida a dor interferiu com a capacidade de planear as suas actividades?

0 1 2 3 4 5 6
Sem interferência Extrema interferência

26. Durante a semana passada, em que medida se sentiu irritável?

0 1 2 3 4 5 6
Sem irritação Extremamente irritável

27. Até que ponto a sua dor alterou as relações de amizade extra-familiares?

0 1 2 3 4 5 6
Sem alteração Alteração extrema

28. Durante a semana passada, em que medida se sentiu tenso (a) e ansioso (a) ?

0 1 2 3 4 5 6
Nada tenso(a) e ansioso(a) Extremamente tenso(a) e ansioso(a)

SECCÃO 2

Nesta secção, estamos interessados em saber de que modo o seu cônjuge (ou "outro significativo") reage para consigo quando ele ou ela sabe que está com dores. Na escala por baixo de cada pergunta **faça um círculo num algarismo** para indicar com que frequência o seu cônjuge (ou "outro significativo") reage para consigo dessa forma particular quando você se encontra em situação de dor.

POR FAVOR RESPONDA A CADA UMA DAS SEGUINTE 14 PERGUNTAS:

1. Ignora-me

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

2. Pergunta-me o que pode fazer para me ajudar

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

3. Lê para mim

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

4. Fica irritado (a) comigo

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

5. Toma a seu cargo as minhas tarefas ou deveres

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

6. Fala-me de outras coisas para me fazer esquecer a minha dor

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

7. Fica frustrada (o) comigo

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

8. Tenta fazer com que eu descanse

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

9. Procura envolver-me em alguma actividade

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

10. Zanga-se comigo

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

11. Arranja-me medicação para a dor

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

12. Estimula-me a que me ocupe com um passatempo ?

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

13. Arranja-me qualquer coisa para comer ou beber

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

14. Liga a televisão para me distrair da minha dor

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

SECÇÃO 3

Encontram-se listadas abaixo 18 actividades do quotidiano. Por favor indica **com que frequência** faz cada uma delas, fazendo um círculo num dos algarismos da escala que se encontra por baixo de cada pergunta. Por favor responda a todas as perguntas.

1. Lavar a louça

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

2. Cortar a relva (___ Assinale com uma cruz caso não tenha relva para cortar)

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

3. Ir comer fora

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

4. Jogar cartas ou outros jogos

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

5. Ir às compras à mercearia ou ao supermercado

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

6. Fazer jardinagem (___ Assinale com uma cruz se não tiver jardim)

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

7. Ir ao cinema

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

8. Visitar amigos

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

9. Ajudar na limpeza da casa

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

10. Cuidar do carro (___ Assinale com uma cruz caso não tenha carro)

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

11. Dar um passeio de carro ou de autocarro

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

12. Visitar parentes (___ Assinale com uma cruz se não tiver parentes num raio de 50 km)

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

13. Preparar uma refeição

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

14. Lavar o carro (___ Assinale com uma cruz caso não tenha carro)

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

15. Fazer uma viagem

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

16. Ir ao parque ou à praia

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

17. Lavar a roupa

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

18. Consertar qualquer coisa necessária em casa

0 1 2 3 4 5 6
Nunca Muito frequentemente

Comentários/Informações adicionais

ANEXO G

SUJEITO N.º		GRUPO			
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE <input type="text"/>	EXPERIMENTAL <input type="checkbox"/>		CONTROLO <input type="checkbox"/>	
ESCOLARIDADE		ESTATUTO CONJUGAL			

COPE

Interessa-nos saber como é que as pessoas reagem quando enfrentam dificuldades ou situações stressantes nas suas vidas. Existem muitas formas de procurar lidar com o stress. Neste questionário, pedimos-lhe que indique o que geralmente faz ou sente quando enfrenta situações stressantes. Obviamente, situações distintas provocam reacções diferentes, mas pense no que faz normalmente quando está submetido a muito stress. De seguida, responda a cada uma das perguntas, utilizando as seguintes alternativas de resposta:

- 1. Normalmente nunca faço isso**
- 2. Normalmente faço isso raras vezes**
- 3. Normalmente faço isso algumas vezes**
- 4. Normalmente faço isso muitas vezes**

Por favor, tente responder a cada pergunta sem ter em conta o que respondeu às outras. Pense bem na suas respostas e seja o mais sincero possível. Responda a todas as perguntas. Não existem repostas certas ou erradas. Por isso, escolha a que melhor se adapta ao seu caso. Não importa o que a "maioria das pessoas" diriam ou fariam. Indique o que faz normalmente quando se encontra perante uma situação stressante.

Muito Obrigado pela sua colaboração

1	Tento crescer como pessoa como resultado da experiência	1	2	3	4
2	Envolve-me no trabalho ou em outras actividades para não pensar na situação	1	2	3	4
3	A situação afecta-me e deixo exteriorizar as minhas emoções	1	2	3	4
4	Procuro alguém que me aconselhe sobre o que fazer	1	2	3	4
5	Concentro os meus esforços em fazer algo a respeito do problema	1	2	3	4
6	Digo a mim próprio que "isto não é real"	1	2	3	4
7	Entrego-me nas mãos de Deus	1	2	3	4
8	Rio-me da situação	1	2	3	4
9	Reconheço que sou incapaz de enfrentar o problema e desisto de tentar	1	2	3	4

10	Evito fazer qualquer coisa precipitadamente	1	2	3	4
11	Falo os meus sentimentos com alguém	1	2	3	4
12	Consumo álcool ou outras drogas para me sentir melhor	1	2	3	4
13	Habituo-me à ideia de que isso aconteceu	1	2	3	4
14	Falo com alguém para saber mais sobre a situação	1	2	3	4
15	Procuro que outros pensamentos ou actividades não me distraiam	1	2	3	4
16	Sonho acordado com outras coisas	1	2	3	4
17	A situação afecta-me e estou realmente consciente disso	1	2	3	4
18	Procuro a ajuda de Deus	1	2	3	4
19	Preparo um plano de acção	1	2	3	4
20	Brinco com a situação	1	2	3	4
21	Aceito que a situação ocorreu e que não pode ser alterada	1	2	3	4
22	Abstenho-me de fazer qualquer coisa até que a situação o permita	1	2	3	4
23	Procuro conseguir apoio emocional de amigos e familiares	1	2	3	4
24	Renuncio, simplesmente, a alcançar o meu objectivo	1	2	3	4
25	Faço coisas diferentes para tentar libertar-me do problema	1	2	3	4
26	Tento "perder-me um pouco", bebendo álcool ou consumindo drogas	1	2	3	4
27	Nego-me a acreditar no que aconteceu	1	2	3	4
28	Deixo exteriorizar os meus sentimentos	1	2	3	4
29	Tento vê-lo de forma diferente, fazendo com que pareça mais positivo	1	2	3	4
30	Falo com alguém que possa fazer algo de concreto sobre o problema	1	2	3	4
31	Durmo mais que o habitual	1	2	3	4
32	Procuro elaborar uma estratégia sobre o que fazer	1	2	3	4
33	Concentro-me em fazer frente ao problema e, se necessário, deixo outras coisas de lado	1	2	3	4
34	Procuro simpatia e compreensão por parte de alguém	1	2	3	4
35	Bebo álcool ou consumo drogas para pensar menos na situação	1	2	3	4
36	Fiz de conta que a situação não ocorreu	1	2	3	4

37	Dou-me por vencido nas minhas tentativas para conseguir o que queria	1	2	3	4
38	Tento retirar algo de bom da situação	1	2	3	4
39	Penso na melhor maneira de lidar com o problema	1	2	3	4
40	Finjo que realmente não aconteceu nada	1	2	3	4
41	Asseguro-me de não piorar as coisas, actuando precipitadamente	1	2	3	4
42	Arranjo maneira de que as outras coisas não interfiram nos meus esforços para enfrentar a situação	1	2	3	4
43	Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos no problema	1	2	3	4
44	Aceito a realidade do que aconteceu	1	2	3	4
45	Pergunto a pessoas que já tiveram experiências semelhantes, como reagiram	1	2	3	4
46	Afecta-me muito emocionalmente, e dou conta de que manifesto intensamente esses sentimentos	1	2	3	4
47	Faço coisas concretas para solucionar o problema	1	2	3	4
48	Tento encontrar conforto na religião	1	2	3	4
49	Obrigo-me a esperar pelo momento oportuno para fazer alguma coisa	1	2	3	4
50	Rio-me da situação	1	2	3	4
51	Acabo por não me esforçar muito para resolver o problema	1	2	3	4
52	Comento com alguém como me sinto	1	2	3	4
53	Bebo álcool ou consumo drogas para me ajudar a superar a situação	1	2	3	4
54	Aprendo a viver com a situação	1	2	3	4
55	Ponho de lado outras actividades para concentrar-me no problema	1	2	3	4
56	Penso muito nos passos que devo de dar	1	2	3	4
57	Reajo como se o problema nem sequer tivesse ocorrido	1	2	3	4
58	Faço o que há a fazer, passo a passo	1	2	3	4
59	Aprendo alguma coisa com a experiência	1	2	3	4
60	Rezo mais que o habitual	1	2	3	4

ANEXO H

SUJEITO N.º		GRUPO	
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE <input type="text"/> <input type="text"/>	EXPERIMENTAL <input type="checkbox"/>	CONTROLO <input type="checkbox"/>
ESCOLARIDADE		ESTATUTO CONJUGAL	

BRIEF COPE

As seguintes perguntas referem-se a diferentes formas de fazer frente ao stress que esteve na origem do problema que tem. Há muitas maneiras de tentar enfrentar os problemas. Estas perguntas referem-se ao que está a fazer para enfrentar o seu problema. Obviamente, pessoas diferentes enfrentam os problemas de formas distintas. No entanto, estamos interessados em conhecer a sua forma de reagir.

Cada pergunta faz referência a uma determinada forma de enfrentar os problemas. Gostaríamos de saber em que medida está a fazer o que as perguntas referem, em que grau ou com que frequência. Não responda em função da estratégia lhe parecer eficaz ou não, mas sim pelo que faz ou não faz. Tente responder a cada pergunta sem ter em conta o que respondeu às outras. Escolha a resposta que reflecte melhor o que faz e seja o mais sincero possível.

Utilize as seguintes alternativas de resposta:

- 1 = Nunca fiz isto**
- 2 = Faço isto algumas vezes**
- 3 = Faço isto com frequência**
- 4 = Faço isto quase sempre**

Muito Obrigado pela sua colaboração

1	Tenho-me refugiado no trabalho ou em outras actividades para me distrair dos problemas	1	2	3	4
2	Tenho concentrado os meus esforços para arranjar alguma forma de sair deste problema	1	2	3	4
3	Tenho dito para mim próprio (a) "isto não é verdade"	1	2	3	4
4	Tenho-me refugiado no álcool ou outras drogas para me sentir melhor	1	2	3	4
5	Tenho procurado o apoio emocional de outras pessoas	1	2	3	4
6	Tenho desistido de lutar contra este problema	1	2	3	4
7	Tenho tomado medidas para tentar melhorar a situação	1	2	3	4
8	Tenho-me recusado a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	1	2	3	4

9	Tenho tido desabafos para aliviar os meus sentimentos desagradáveis	1	2	3	4
10	Tenho pedido ajuda e conselhos de outras pessoas	1	2	3	4
11	Tenho usado o álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar os problemas	1	2	3	4
12	Tenho tentado analisar a situação de maneira diferente de forma a torná-la mais positiva	1	2	3	4
13	Tenho feito críticas a mim próprio (a)	1	2	3	4
14	Tenho tentado encontrar uma estratégia que me ajude a enfrentar a situação	1	2	3	4
15	Tenho tido o conforto e compreensão de algumas pessoas	1	2	3	4
16	Tenho desistido da tentativa de lidar com o problema	1	2	3	4
17	Tenho tentado encontrar algo de positivo em tudo o que me tem acontecido	1	2	3	4
18	Tenho feito piadas sobre a situação	1	2	3	4
19	Tenho tentado fazer outras coisas para pensar menos neste problema, tais como ir ao cinema, ver televisão, ir às compras, ler, sonhar acordado, dormir, entre outras	1	2	3	4
20	Tenho tentado aceitar este problema tal como está a acontecer	1	2	3	4
21	Tenho expressado os meus sentimentos negativos	1	2	3	4
22	Tenho tentado encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	1	2	3	4
23	Tenho tentado aconselhar-me ou arranjar ajuda de outras pessoas para saber melhor o que fazer	1	2	3	4
24	Tenho tentado aprender a viver com isto	1	2	3	4
25	Tenho pensado muito sobre a melhor forma de lidar com isto	1	2	3	4
26	Tenho-me culpado pelo problema que está a acontecer	1	2	3	4
27	Tenho rezado ou meditado	1	2	3	4
28	Tenho feito humor sobre a situação	1	2	3	4

ANEXO I

SUJEITO N.º				GRUPO			
SEXO	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	IDADE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				EXPERIMENTAL	<input type="checkbox"/>	CONTROLO	<input type="checkbox"/>
ESCOLARIDADE				ESTATUTO CONJUGAL			

BSI

Em seguida estão listados alguns problemas que as pessoas por vezes têm. Por favor, leia atentamente cada um deles e assinale a alternativa de resposta que melhor descreve **EM QUE MEDIDA ESSE PROBLEMA LHE PROVOCOU STRESSE OU INCOMODOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Assinale apenas uma resposta para cada problema, e não deixe nenhum deles sem resposta.

As alternativas de resposta são:

- 0= Nada**
- 1= Pouco**
- 2= Moderadamente**
- 3= Bastante**
- 4= Muito**

Muito Obrigado pela sua colaboração

Em que medida estes problemas lhe causaram stress ou incómodo:

1	Sentir nervosismo ou inquietação interior	0	1	2	3	4
2	Ter desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
3	Ter a ideia de que os seus pensamentos podem ser controlados por outra pessoa	0	1	2	3	4
4	Ter a sensação de que os outros são culpados da maioria dos seus problemas	0	1	2	3	4
5	Sentir dificuldades em recordar coisas	0	1	2	3	4
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	0	1	2	3	4
7	Ter dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
8	Ter medo de espaços abertos ou de estar na rua	0	1	2	3	4
9	Ter pensamentos de pôr termo à vida	0	1	2	3	4
10	Ter a sensação de que não se pode confiar na maioria das pessoas	0	1	2	3	4
11	Ter pouco apetite	0	1	2	3	4

12	Assustar-se repentinamente sem qualquer razão	0	1	2	3	4
13	Ter ataques de fúria que não pode controlar	0	1	2	3	4
14	Sentir-se só, mesmo que esteja com outras pessoas	0	1	2	3	4
15	Ficar bloqueado quando está a fazer qualquer coisa	0	1	2	3	4
16	Sentir-se só	0	1	2	3	4
17	Sentir-se triste	0	1	2	3	4
18	Não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
19	Sentir-se atemorizado	0	1	2	3	4
20	Sentir os seus sentimentos feridos com facilidade	0	1	2	3	4
21	Sentir que as pessoas não são amáveis consigo ou que você não é bem aceite por elas	0	1	2	3	4
22	Sentir-se inferior a toda a gente	0	1	2	3	4
23	Ter náuseas ou mau estar no estômago	0	1	2	3	4
24	Sentir que os outros o observam ou falam de si	0	1	2	3	4
25	Ter problemas em adormecer	0	1	2	3	4
26	Ter que comprovar por várias vezes as coisas que faz	0	1	2	3	4
27	Ter dificuldades em tomar decisões	0	1	2	3	4
28	Ter medo de viajar em autocarro, metro ou comboio	0	1	2	3	4
29	Sentir dificuldades em respirar	0	1	2	3	4
30	Sentir ondas de calor ou de frio	0	1	2	3	4
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades, porque lhe metem medo	0	1	2	3	4
32	Sentir a "cabeça vazia"	0	1	2	3	4
33	Ter sensações de inchaço ou formigueiro em algumas partes do corpo	0	1	2	3	4
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35	Sentir-se sem esperança face ao futuro	0	1	2	3	4
36	Ter dificuldades de concentração	0	1	2	3	4
37	Sentir debilidade em alguma parte do corpo	0	1	2	3	4

38	Sentir-se tenso ou com os "nervos à flor da pele"	0	1	2	3	4
39	Pensar na morte ou em morrer	0	1	2	3	4
40	Sentir o impulso de bater, magoar ou prejudicar alguém	0	1	2	3	4
41	Sentir o impulso de estragar ou destruir coisas	0	1	2	3	4
42	Sentir-se constrangido pelas pessoas	0	1	2	3	4
43	Sentir-se incomodado em lugares concorridos, como no cinema ou quando vai às compras	0	1	2	3	4
44	Nunca se sentir ligado a ninguém	0	1	2	3	4
45	Sofrer de ataques de medo ou pânico	0	1	2	3	4
46	Envolver-se frequentemente em discussões	0	1	2	3	4
47	Sentir-se nervoso quando o deixam sozinho	0	1	2	3	4
48	Sentir que os outros não valorizam suficientemente os seus êxitos	0	1	2	3	4
49	Sentir-se tão inquieto que não consegue sequer permanecer sentado	0	1	2	3	4
50	Sentir-se um inútil	0	1	2	3	4
51	Sentir que os outros se aproveitariam de si, se lhes fosse permitido	0	1	2	3	4
52	Ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53	Ter a ideia de que algo não funciona bem na sua mente	0	1	2	3	4

ANEXO J

GRELHA DAS VARIÁVEIS MÉDICAS

(Instrumento a utilizar no Grupo com DATM)

Grelha das Variáveis Médicas

Idade

Sexo

➤ **TEMPO** de evolução da disfunção (especificar em meses)
 (Expresso em meses desde os primeiros sintomas até à 1ª consulta de ATM)

➤ **EM RELAÇÃO à DOR**

Ausência

Contínua

Descontínua

No caso de **Dor Contínua** ou **Descontínua**, favor especificar:

Mastigação		Palpação		Movimento	
Ausência	<input type="text"/>	Ausência	<input type="text"/>	Ausência	<input type="text"/>
Direita	<input type="text"/>	Direita	<input type="text"/>	Direita	<input type="text"/>
Esquerda	<input type="text"/>	Esquerda	<input type="text"/>	Esquerda	<input type="text"/>
Bilateral	<input type="text"/>	Bilateral	<input type="text"/>	Bilateral	<input type="text"/>

➤ **HÁBITOS PARAFUNCIONAIS**

Hábitos Parafuncionais	SIM	NÃO
Opressão Dental	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mastigar Pastilhas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comer Pevides (aperitivos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morder os lápis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Roer as unhas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Morder os sabugos das unhas	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➤ **DOR À PALPAÇÃO MUSCULAR**

GLOBAL **SIM** **NÃO**

Para cada um dos cinco músculos – temporal, masseter, musculatura da parte posterior do digástrico, esternocleidomastoídeo, musculatura da parte posterior do pescoço – e para cada lado (direito e esquerdo) valorizar se existe dor durante a palpação, utilizando a seguinte escala:

- 0 = Ausência
 - 1 = Em Repouso (passiva)
 - 2 = Movimento (activa)
 - 3 = Repouso e Movimento
- (Nota: o termo movimento ocorre com a palpação)

Preencha o quadro seguinte:

Temporal		Masseter		Digástrico		Esternocleidomastoídeo		Posterior Pescoço	
D	E	D	E	D	E	D	E	D	E

➤ **DOR À PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR**

ATM - Direita		ATM - Esquerda	
Sem dor		Sem dor	
Dor em Repouso		Dor em Repouso	
Dor em Movimento		Dor em Movimento	
Dor em repouso e Movimento		Dor em repouso e Movimento	

➤ **DOR COM A MOBILIZAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR**

ATM - Direita		ATM – Esquerda	
Sem Dor		Sem Dor	
Passiva		Passiva	
Activa		Activa	
Passiva e Activa		Passiva e Activa	

➤ **AUSCULTAÇÃO À ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR – Clicks**

Não

Sim

Se **Sim**, especificar:

ATM - Direita		ATM – Esquerda	
Abertura		Abertura	
Fechamento		Fechamento	
Abertura e Fechamento Simétrico		Abertura e Fechamento Simétrico	
Abertura e Fechamento Assimétrico		Abertura e Fechamento Assimétrico	
Fricção Articular		Fricção Articular	

➤ **ARCO GÓTICO**



- **Abertura Máxima** (expressar em milímetros)

- **Abertura Máxima Forçada** (Endfeel)

Quantitativo (expressar em milímetros)

Qualitativo (**DOR** ao forçar a abertura)

Sem Dor

Com Dor

Direita

Esquerda

Ambos

➤ **DIAGNÓSTICO** (Corresponde aos subgrupos clínicos)

Patologias Musculares

Transtornos Internos da Articulação Temporo-Mandibular

Deslocamento Anterior com redução

Deslocamento Anterior sem Redução

Artroses