

RITA SOFIA ROSA MARTINS FALCÃO DA FONSECA

**DOR OROFACIAL CRÓNICA E TRAÇOS DE
PERSONALIDADE NO BRUXISMO**

Dissertação apresentada no
Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte,
Para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Dor,
Sob orientação do Professor Doutor José Francisco Soriano Pastor,
da Universidade de Valência – Espanha
e co-orientação do Mestre João Miguel Rua Gonçalves,
da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

“Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does”

Margo McCaffery

Agradecimentos

Ao longo da minha vida académica, nunca tinha realizado uma investigação que exigisse tanto tempo, dedicação e que mobilizasse tantos conhecimentos e pessoas. A realização da dissertação de mestrado foi uma grande experiência, não só devido aos conhecimentos teóricos adquiridos mas, sobretudo devido à aprendizagem no que respeita a inter-ajuda, o apoio, a paciência e a perseverança – não só minha, mas de todos que de alguma forma foram tocados pela investigação.

Agradeço ao Professor Doutor José Soriano e ao Mestre João Rua, cuja orientação e motivação foram imprescindíveis. Queria também agradecer pela sua compreensão, motivação, ajuda, apoio técnico e esclarecimento de dúvidas, sem os quais alguns obstáculos teriam sido muito mais complicados de ultrapassar.

Agradeço ao meu marido, João, pelo apoio, paciência, amor e carinho. E, também pelo constante sorriso, pelo tempo e espaço que me deu para conseguir cumprir prazos, pelas ajudas técnicas e por ajudar na gestão do stress.

Agradeço à minha família, a próxima e a distante, não só pelas minhas raízes, oportunidades e capacidade de visão, mas também pelo amor, amizade, apoio e motivação, não só nesta fase, mas desde sempre.

Agradeço a todos os meus amigos por acreditarem em mim, empurrarem-me para a frente quando é preciso e relaxar e divertir quando o stress começa a apertar demais.

Agradeço a todos os membros da Academia Portuguesa de Medicina Dentária Interdisciplinar Avançada que me ajudaram na concretização das etapas da investigação, sem cuja participação esta vitória teria sido impossível.

Por último agradeço aos meus colegas do Hospital Nossa Senhora da Graça da Misericórdia de Tomar pela motivação e pela força que me deram para me empenhar na realização deste estudo, mesmo nas alturas mais caóticas de trabalho.

Resumo

Este estudo tem como objectivo geral verificar se existe correlação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos. Tem também como objectivos específicos verificar a prevalência/existência de casos de bruxismo não fisiológico, o nível médio de qualidade de vida, o domínio de personalidade predominante e as estratégias de *coping* mais utilizadas na amostra estudada, bem como verificar se a personalidade pode explicar o bruxismo.

É um estudo descritivo, quantitativo, correlacional e transversal, teoricamente fundamentado na análise conceptual de bruxismo, dor orofacial crónica, personalidade, *coping* e qualidade de vida, assim como em estudos existentes abrangendo estes domínios.

Os dados foram recolhidos na Academia Portuguesa de Medicina Dentária Interdisciplinar Avançada.

Como instrumentos de avaliação e colheita de dados, foram utilizados um questionário de caracterização da amostra elaborado para o efeito, a Escala Visual Analógica (E.V.A.), modelos de gesso, *BruxCheckers* e as versões portuguesas do Inventário dos Cinco Factores NEO (NEO-FFI), do *Short Form-36 Health Survey*, versão dois (SF-36, V.2) e do *Cuestionário de Afrontamiento Del Dolor* (CAD-R).

Os dados recolhidos identificaram uma amostra predominantemente feminina, cuja a maioria dos indivíduos constituintes vivem acompanhados e apresentam um elevado nível de escolaridade no geral.

Nesta amostra, não existem correlações significativas entre a intensidade de dor orofacial crónica e os traços de personalidade em indivíduos bruxómanos. Constatou-se que a maioria dos indivíduos constituintes da amostra apresentavam bruxismo não fisiológico, que associado a bruxismo severo, poderá ter sido uma causa major de dor orofacial crónica, somática e de grande intensidade. Verificou-se que a amostra tinha como domínio predominante de personalidade a Conscienciosidade e que a estratégia de *coping* mais utilizada era a Auto-afirmação, utilizando-se mais estratégias de *coping* activas. O nível médio de qualidade de vida é fraco. Da amostra obtiveram-se dois grupos de personalidade, apresentando o Grupo Alto em personalidade médias mais elevadas na Função Física e no Desempenho Físico em relação ao Grupo Baixo em Personalidade.

Abstract

The purpose of this study is to verify if there is a significant co relation between the degree of chronic orofacial pain and personality traits in bruxers. Also, the aim of the study is to check the existence and amount of non physiologic bruxism, the average quality of life, the main field of personality and the most common coping strategies used by the study sample. Its purpose is also to see if the personality can help explain bruxing behavior.

This is a descriptive, quantitative, transversal and co relational study. It is theoretically based on the organic occlusion concept of bruxism, on a conceptual analysis of the oral facial pain, the personality, coping and quality of life, as well as to existing studies on these matters/subjects.

The data was collected from a patient population of *Academia Portuguesa de Medicina Dentária Interdisciplinar Avançada*.

The instruments used for the evaluation and collection of data were: a customized inquiry to characterize the sample, the Visual Analog Scale (V.A.S.), stone cast models, *BruXCheckers* and the Portuguese versions of the NEO-Five-Factor Inventory (NEO-FFI), of the Short Forms-36 Health Survey version 2 (SF-36, V.2) and of the *Cuestionário de Afrontamiento Del Dolor (CAD-R)*.

The sample gender was mainly feminine. Most individuals were living amongst somebody and have a high level of schooling.

No significant relation was found between the degree of chronic orofacial pain and personality traits in bruxers. It was stated that most individuals showed non physiologic bruxing behavior, which if associated with the severe type could be a major cause for somatic, chronic and strong orofacial pain. It was shown that the main field of personality was Conscientiousness and the preferred coping strategy was Positive Self-statements, as well as the active coping strategies. The average quality of life is weak. Two main personality groups were found in the sample: a High group and a Low group. The High Group showed better scores in physical function and performance rather than the Low Group.

Índice Geral	Páginas
I- Introdução.....	18
1. Estado Actual dos Conhecimentos.....	21
1.1 Ética na Investigação.....	21
1.1.1. Aprovação pela Instituição.....	21
1.1.2. Consentimento Informado.....	21
1.2. Bruxismo.....	23
1.2.1. Conceito de bruxismo.....	23
1.2.2. Conceitos básicos da Oclusão Orgânica Funcional - Classificação de Bruxismo.....	23
1.2.3. Bruxismo como uma função vital.....	32
1.2.4. Bruxismo e alterações fisiológicas.....	33
1.2.5. Bruxismo nos adolescentes.....	33
1.2.6. Bruxismo nos adultos.....	33
1.3. Dor Orofacial Crónica.....	35
1.3.1. Conceito de dor orofacial crónica.....	35
1.3.2. Classificação e causas.....	36
1.3.2.1. Dor orofacial de origem muscular.....	37
1.3.2.2. Difunções crânio-mandibulares.....	38
1.4. Personalidade.....	43
1.4.1. Conceito de personalidade.....	43
1.4.2. Traços de personalidade.....	44
1.4.3. O modelo dos cinco factores.....	45

1.5. <i>Coping</i>	49
1.5.1. O Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman – Stress.....	50
1.5.2. Estratégias de coping.....	55
1.5.3. <i>Coping</i> e dor crónica.....	56
1.6. Qualidade de vida.....	62
1.6.1. O conceito de qualidade de vida: aspectos históricos.....	63
1.6.2. Qualidade de vida: subjectividade e multidimensionalidade.....	64
1.6.3. Qualidade de vida: conceptualização.....	65
1.6.4. Clarificando o conceito: distinção entre qualidade de vida e estado de saúde.....	66
1.6.5. As dimensões da qualidade de vida.....	67
1.6.6. Qualidade de vida e dor crónica.....	67
1.7. Relações entre conceitos-chave.....	69
1.7.1. Bruxismo e dor orofacial crónica.....	69
1.7.2. Bruxismo e personalidade.....	69
1.7.3. Dor orofacial crónica e factores psicossociais.....	70
1.7.4. Dor orofacial crónica e personalidade.....	72
II- Objectivos.....	74
III- Metodologia.....	75
1. População alvo e amostra.....	75
2. Instrumentos.....	76
3. Plano e procedimentos.....	89

IV- Análise dos resultados.....	93
1. Fidelidade dos questionários utilizados.....	93
1.1. Inventário dos Cinco Factores NEO (NEO-FFI).....	93
1.2. <i>Short Form-36 Health Survey</i> , versão dois (SF-36, V.2).....	96
1.3. <i>Cuestionário de Afrontamiento Del Dolor</i>	98
2. Caracterização da amostra.....	99
2.1. Caracterização sociodemográfica.....	99
2.2. Caracterização clínica.....	102
3. Análise das correlações.....	110
4. Diferenças de médias.....	111
5. Comparação de médias das dimensões do NEO-FFI e do CAD-R.....	112
6. Média da qualidade de vida da amostra.....	114
7. Análise <i>Cluster</i> com personalidade.....	114
7.1. Diferenças de Médias / <i>Cluster</i>	116
8. Análise do comportamento das variáveis.....	116

V- Discussão dos Resultados.....	119
VI- Conclusão.....	127
VII- Referências Bibliográficas.....	131
VIII- Anexos.....	151

Índice de Anexos

Páginas

1. Declaração da aceitação do convite formal do orientador.....	152
2. Declaração da aceitação do convite formal do co-orientador.....	154
3. Pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética da Academia Portuguesa de Medicina Dentária Interdisciplinar Avançada.....	156
4. Autorização à realização da investigação pela Comissão de Ética da Academia Portuguesa de Medicina Dentária Interdisciplinar Avançada.....	160
5. Autorização à utilização da versão portuguesa do NEO-FFI pela editora da versão original (P.A.R.).....	162
6. Autorização à utilização da versão portuguesa do NEO-FFI pela autora da versão portuguesa.....	165
7. Autorização à utilização da versão portuguesa do SF-36, V.2.....	168
8. Consentimento informado.....	169
9. Questionário de caracterização da amostra.....	171
10. Versão portuguesa do NEO-FFI.....	175
11. Versão Portuguesa do SF-36, V.2.....	178
12. Versão Portuguesa do CAD-R.....	183
13. Tabela de correlações entre personalidade e estratégias de coping.....	186
14. Tabela de correlações entre personalidade e qualidade de vida.....	189
15. Tabela de correlações entre personalidade e variáveis sociodemográficas.....	192
16. Tabela de correlações entre personalidade e variáveis clínicas.....	194
17. Tabela de diferenças de médias em função da idade.....	202
18. Tabela de diferenças de médias em função do género.....	206
19. Tabela de diferenças de médias em função da coabitação.....	210
20. Tabela de diferenças de médias em função da administração actual de medicação.....	214
21. Tabela de diferença de médias por grupo de personalidade.....	218
22. Tabela de análise discriminante de variáveis predictoras do bruxismo.....	221

Índice de Figuras	Páginas
1. Arcos Cêntricos Activos e Passivos.....	24
2. Cúspide méso-palatina do 1º molar superior.....	25
3. Cúspide disto-vestibular do 1º molar inferior.....	25
4. Intercuspidação entre a cúspide méso-palatina do 1º molar superior com a cúspide disto-vestibular do 1º molar inferior.....	25
5. Áreas de guia biologicamente funcionais durante o bruxismo.....	26
6. Áreas de guia biologicamente funcionais durante o bruxismo.....	26
7. Relação entre a morfologia da guia oclusal e o sistema crânio-mandibular.....	26
8. Barreira retrusiva da mandíbula.....	27
9. Guias oclusais e mediotrusão.....	27
10. Dominância canina.....	27
11. Dominância canina com contactos mediotrusivos.....	28
12. Guia incisiva, canina e pré-molar.....	28
13. Guia incisiva, canina e pré-molar com contactos mediotrusivos.....	28
14. Função de grupo.....	29
15. Função de grupo com contactos mediotrusivos.....	29
16. Contacto cêntrico que inclui a área de desgaste funcional.....	30
17. Contacto cêntrico individualizado da área de desgaste funcional.....	30
18. Comportamento do côndilo do lado de trabalho quando se verifica guia canina.....	31
19. Comportamento do côndilo do lado de trabalho quando se verifica guia canina com contactos mediotrusivos.....	31
20. Curva de Spee.....	31
21. Curva de Wilson.....	31
22. Classes esqueléticas I, II e III.....	42
23. Explicação do Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman.....	54

Índice de Fotos

Páginas

1. Modelos de gesso.....	78
2. Modelos de gesso.....	78
3. Modelos de gesso.....	78
4. Aparelho de prensagem de folhas termoplásticas a vácuo.....	78
5. BruxCheckers.....	79
6. BruxCheckers.....	79
7. BruxCheckers.....	79

Índice de Tabelas	Páginas
1. Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman.....	51
2. Domínios e facetas avaliadas pelo NEO-FFI.....	80
3. Itens directos e inversos do NEO-FFI.....	81
4. Informações sobre o sistema de pontuação do SF-36, V.2.....	83
5. Definição das dimensões do SF-36, V.2 de acordo com a respectiva pontuação.....	85
6. Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36, V.2.....	86
7. Exemplos dos itens que constituem as seis escalas do CAD-R.....	88
8. Níveis de Qualidade de Vida.....	91
9. Alpha de Cronbach para o Inventário dos Cinco Factores NEO (NEO-FFI).....	93
10. Alpha de Cronbach para o <i>Short Form-36 Health Survey</i> , versão dois (SF-36, V.2)....	96
11. Alpha de Cronbach para o <i>Cuestionario de Afrontamiento Del Dolor</i> (CAD-R).....	98
12. Caracterização da amostra por género.....	99
13. Caracterização da amostra por idade.....	100
14. Caracterização da amostra quanto à coabitação.....	100
15. Caracterização da amostra por nível de escolaridade.....	101
16. Caracterização da amostra por medicação.....	102
17. Caracterização da amostra por presença de úlceras gástricas.....	102
18. Caracterização da amostra por presença de hiperdesenvolvimento do córex supra-renal.....	103
19. Caracterização da amostra por presença de contracção da glândula do timo.....	103
20. Caracterização da amostra por percepção subjectiva do bruxismo (“ranger”).....	104
21. Caracterização da amostra por percepção subjectiva do bruxismo (“apertar”).....	104
22. Caracterização da amostra por presença de cefaleias.....	105
23. Caracterização da amostra por percepção de fadiga dos músculos da face.....	105
24. Caracterização da amostra por presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros.....	106
25. Caracterização da amostra por utilização de goteira oclusal.....	106
26. Caracterização da amostra por tratamento de ortodôcia efectuado.....	107

27. Caracterização da amostra por tipo de dor.....	107
28. Comparação de Médias das dimensões do NEO-FFI utilizando o teste de <i>Chi-Quadrado</i>	112
29. Comparação de Médias das dimensões do NEO-FFI utilizando o teste de <i>Chi-Quadrado</i>	112
30. Comparação de Médias das dimensões do CAD-R utilizando o teste de <i>Chi-Quadrado</i>	113
31. Comparação de Médias das dimensões do CAD-R utilizando o teste de <i>Chi-Quadrado</i>	113
32. Nível médio de qualidade de vida da amostra.....	114
33. Variabilidade de pontuações nas dimensões do NEO-FFI.....	115
34. Pontuações dos dois grupos nas dimensões do NEO-FFI.....	115
35. Número de doentes em cada <i>Cluster</i>	116

Índice de Gráficos

Páginas

1. Nível de estudos da amostra.....	101
2. Caracterização da amostra por intensidade de dor.....	108
3. Caraterização da amostra por padrões de bruxismo.....	109
4. Caracterização da amostra por quantidade de bruxismo.....	110

Sinais convencionais

α - Alpha

% - Por Cento

® - Marca registada

X – Média

Glossário de Termos

- Órgão Mastigatório – órgão constituído por três sistemas: oclusão, sistema neuromuscular e sistema crânio-mandibular.
- Sistema Crânio-Mandibular – sistema do órgão mastigatório constituído por: conjunto de ligamentos que centram a mandíbula, tecido retro-articular, músculos estabilizadores do disco-articular e articulações têmporo.mandibulares propriamente ditas.
- Cúspide – protuberância anatómica na superfície oclusal dos molares, pré-molares e caninos.
- Fossa – depressão anatómica na superfície oclusal dos molares, pré-molares e caninos.
- Intercuspidação – relação de encaixe entre a(s) cúspide(s) de um dente com a(s) fossa(s) dos dentes antagonistas.
- Protusão – movimento mandibular no sentido anterior.
- Retrusão – movimento mandibular no sentido posterior.
- Lateralidade – movimento mandibular que afasta a mandíbula da linha média.
- Lado de Trabalho – lado para o qual se efectua a lateralidade.
- Lado de não Trabalho – lado oposto ao lado para onde se efectua a lateralidade.
- Côndilo – detalhe anatómico na extremidade de cada ramo ascendente da mandíbula.
- Lesões de Abfracção – lesões em forma de cunha no colo dentário (região em que a coroa do dente transita para a raíz).
- Lesões de Abrasão – lesões em forma de faceta, mais ou menos pronunciada, geralmente nas cúspides, podendo aparecer também nos bordos incisais dos incisivos.
- Traçados axiográficos – traçados obtidos através de um exame que estuda em tempo real a cinemática mandibular – axiografia.
- Interferência dentária – contacto indesejado entre dentes maxilares e mandibulares que surge durante um movimento mandibular. Geralmente origina padrões musculares para se evitarem essas mesmas interferências.
- Mesial – que se aproxima dos lábios.
- Distal – que se afasta dos lábios.

- Vestibular – do lado da mucosa jugal.
- Palatino – do lado do palato.
- Lingual – do lado da língua.
- Inclinação condilar – inclinação dada pelo trajecto condilar durante o movimento protusivo da mandíbula, medido nos primeiros milímetros, e em relação a um plano específico de referência na base do crânio.

I. Introdução

O presente estudo tem como questão orientadora geral “Será que existe correlação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos?”.

A ideia de realizar este estudo surgiu pelo meu interesse pessoal na temática da dor orofacial e do bruxismo. Surgiu também pelo interesse no âmbito da Academia Portuguesa de Medicina Dentária Interdisciplinar Avançada (A.P.M.D.I.A.), da qual a autora do estudo é membro vogal do Conselho de Ética e fisioterapeuta oficial. Neste momento a A.P.M.D.I.A. encontra-se vocacionada para ajudar com avanços científicos válidos no âmbito da Medicina Dentária. Como tal, pretende-se dar um contributo à temática do bruxismo. Além da academia, a autora encontra-se de momento a frequentar uma Pós-Graduação em fisiopatologia do sistema músculo-esquelético craneomandibular, craneocervical e dor orofacial pela Universidade de Andres Bello, Chile.

A importância deste estudo incide no facto de, no momento presente começarem a aparecer evidências científicas de que o bruxismo se pode tratar de mais uma função do nosso organismo para alcançar a homeostase, funcionando com o "válvula de escape ao stress" (Sato, 2005). No entanto, este fenómeno foi considerado durante anos uma actividade parafuncional dos músculos mastigatórios destrutiva para o órgão mastigatório, sendo que este órgão inclui o maxilar superior, a mandíbula, a dentição e a sua estrutura de suporte e vários músculos da região cervical e da face. Todos estes componentes estão sob um controlo de um bem desenvolvido sistema neuromuscular (Okeson, 2000).

Surgiu a ideia de recorrer a uma amostra de indivíduos bruxómanos, uma vez que o bruxismo se trata de um fenómeno que além de ainda se encontrar em investigação no que diz respeito a vários aspectos, apresenta uma grande importância como causa de dor orofacial crónica, exercendo, como consequência, um grande impacto na qualidade de vida que quem o padece.

Em relação a outros tipos de dor segundo a localização, a dor orofacial tem sido até agora pouco investida no que diz respeito à investigação, facto este observado durante as pesquisas de revisão da literatura.

Quanto à epidemiologia, em geral, estima-se que entre 6% e 8% da população padeça de dor orofacial crónica (Siqueira, 2005).

Este tipo de dor afecta um quarto da população adulta de Hong Kong. Uma substancial proporção da dor foi classificada em termos de intensidade como sendo entre moderada a severa, com potencial para morbilidade significativa (MacMillan, 2006).

Em relação à personalidade, existem alguns questionários de recolha de dados utilizados por profissionais de saúde especializados em oclusão e dor orofacial que incluem sempre algum componente relacionado com o temperamento do indivíduo.

Apesar de se colocar a hipótese de existir relação significativa entre traços de personalidade e intensidade de dor orofacial crónica, pela pesquisa realizada, esta não está provada até agora.

Além de todos os aspectos supra mencionados revelarem a importância do estudo numa perspectiva geral, é de enfatizar que, na área da Fisioterapia, este estudo apresenta uma importância ainda maior, uma vez que existe uma grande lacuna nesta área em relação à dor orofacial e a todo o estudo do sistema craneomandibular e craneocervical. Em Portugal, existem poucos profissionais especializados na área e com competências de avaliação e tratamento em patologias deste sistema e muito menos com interesse apostar na investigação dentro desta temática.

Neste capítulo (I. Introdução), proceder-se-á à descrição da questão orientadora da investigação, da relevância e da razão da investigação que se irá realizar, dos objectivos e das hipóteses do estudo e dos resultados da revisão bibliográfica efectuada, na tentativa de revelar o estado actual dos conhecimentos.

No capítulo II. (Objectivos), descrever-se-ão o objectivo geral e os objectivos específicos do estudo.

No próximo capítulo (III. Metodologia), proceder-se-á a uma descrição pormenorizada de como se irá realizar a investigação.

No capítulo IV. (Análise dos Resultados), apresentar-se-ão todos os resultados da investigação.

No capítulo V. (Discussão dos Resultados), proceder-se-á à discussão dos resultados encontrados.

No capítulo VI. (Conclusão), apresentar-se-ão as conclusões finais do estudo.

No capítulo (VII. Referências Bibliográficas), apresentam-se todas as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

Finalmente no capítulo VIII. (Anexos), apresentar-se-ão todos os documentos em anexo inerentes à investigação.

O estudo tem como hipóteses:

H₁: Existe correlação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos.

H₀: Não existe relação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos.

1. Estado Actual dos Conhecimentos

1.1. Ética na Investigação

Uma vez que esta investigação, tal como todas as outras, teve que respeitar determinados aspectos éticos, passa-se a descrever os mais relevantes.

1.1.1. Aprovação pela Instituição

Os investigadores deverão obter a devida aprovação para realizar a investigação por parte da instituição ou organização de acolhimento. Deverão fornecer à organização informação cuidada e precisa sobre a sua proposta de investigação. A investigação será conduzida de acordo com o protocolo de investigação aceite pela instituição (Ribeiro, 1999) (Anexos 1 e 2).

1.1.2. Consentimento Informado

O consentimento informado deverá estar devidamente documentado e recorrer a uma linguagem que seja entendida pelos participantes (Ruse, 2002) (Anexo8).

Aos participantes deverão ser dadas informações sobre (Almeida & Freire, 2003):

- A natureza da investigação;
- Que são livres de participar, de declinar de participar ou abandonar a investigação;
- Quais as consequências previsíveis de declinarem de participar ou de abandonarem a participação;
- Os factores susceptíveis de influenciar a sua disponibilidade para participar;
- Outros aspectos acerca dos quais os candidatos a participarem questionem.

A ética profissional foi também respeitada, tendo sido pedida autorização aos

autores das versões portuguesas dos questionários para a sua utilização.

1.2. Bruxismo

1.2.1 Conceito de Bruxismo

O termo “Oclusão Orgânica” reconhecido como a base da oclusão moderna refere-se a um conceito de protecção mútua que deve funcionar quando o sistema oclusal é sobrecarregado. Quando isto acontece, os molares (arco de suporte) deverão proteger os dentes anteriores (arco de controlo) no caso do padrão de movimento ser cêntrico (*clenching* – movimento de “apertar”) e os dentes anteriores protegerem os dentes posteriores no caso do padrão de movimento ser excêntrico (*grinding* – movimento de “ranger”). O cenário descrito é conhecido como função de bruxismo. O bruxismo é no fundo uma actividade muscular que tem a sua origem no sistema límbico e que é modulada, entre outros por órgãos proprioceptivos - os dentes. Esta função pode manter níveis toleráveis e ter um efeito positivo no organismo ou exacerbar-se e dar origem a problemas no órgão mastigatório. A existência de contactos na região molar durante o bruxismo torna-se um problema para a actividade muscular, aumentando-a consideravelmente (hiperactividade). Este facto representa um risco elevado de passar a haver bruxismo não fisiológico (Sato, 2005).

1.2.2. Conceitos básicos da Oclusão Orgânica Funcional - Classificação de Bruxismo

Contactos Cêntricos

A posição mandibular é principalmente estabelecida pela intercuspidação dentária, entre os dentes maxilares e os dentes mandibulares. Os pontos de contacto resultantes desta intercuspidação denominam-se Contactos Cêntricos. Se unirmos estes contactos com uma linha formamos as linhas cêntricas (Sato, 2005).

Arco Cêntrico Passivo

É assim chamado o conjunto dos contactos cêntricos existentes na dentição da arcada superior. Este arco é encarado como estático, em comparação com o movimento dinâmico da mandíbula. Para além disso, é encarado como o arco receptor das cúspides funcionais dos dentes mandibulares (Figura 1) (Sato, 2005).

Arco Cêntrico Activo

Os Contactos Cêntricos mandibulares apresentam movimento dinâmico em relação aos seus antagonistas, sendo por isso chamado este arco cêntrico de Activo (Figura 1) (Sato, 2005)

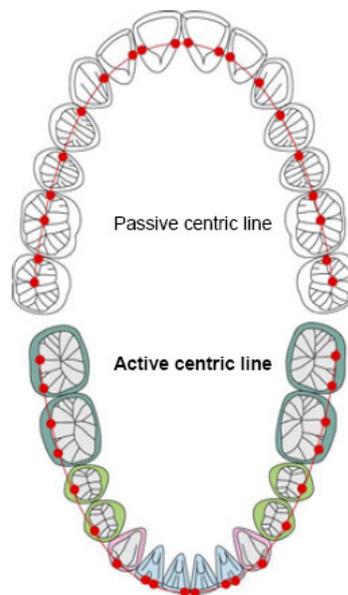


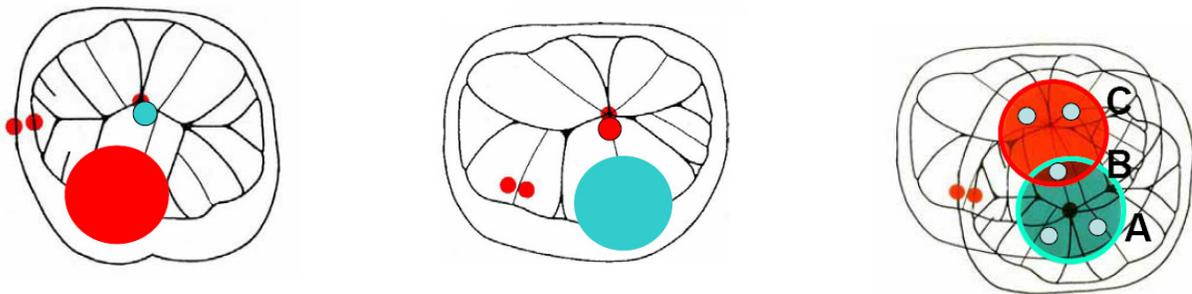
Figura 1. Arcos Cêntricos Activos de Passivos

Intercuspidação do Primeiro Molar

O primeiro molar erupciona cedo na dentição permanente e representa um papel importante na manutenção do suporte da oclusão e da posição mandibular. A cúspide

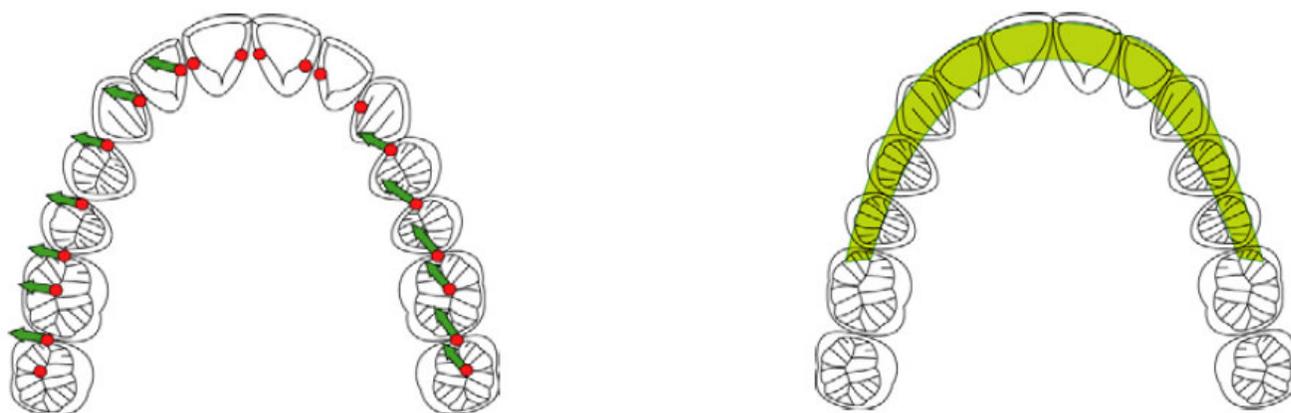
mesio-palatina do primeiro molar superior (em baixo, círculo mais largo a vermelho) e a disto-vestibular do primeiro molar inferior (em baixo, círculo mais largo a azul) são as duas maiores cúspides em toda a dentição. A estabilidade da posição mandibular e o suporte da oclusão são obtidos pelo encaixe destes dois detalhes anatómicos.

Por definição, a intercuspidação em Classe I do primeiro molar obtém-se da seguinte forma: a cúspide méso-palatina do primeiro molar superior oclui na fossa central do primeiro molar inferior. A cúspide centro-vestibular do primeiro molar inferior oclui na fossa central do dente antagonista. A intercuspidação em Classe II e III apresenta variações a esta relação, sendo biologicamente viável, desde que se mantenha a estabilidade da intercuspidação destas cúspides principais nas arcadas antagonistas (Slavicek, 2006).



Figuras 2, 3 e 4. 1º molar superior, 1º molar inferior e intercuspidação, respectivamente

Os Contactos Cêntricos da mandíbula ocluem nos respectivos antagonistas e durante as excursões laterais mandibulares deslocam-se sobre as superfícies palatinas dos incisivos e caninos superiores, bem como nas cristas marginais dos molares e pré-molares superiores. Estas áreas de guia apenas devem existir do “lado de trabalho”, ou seja, do lado para onde a excursão é feita. A área de guia mais posterior que deve existir numa oclusão biologicamente funcional é a crista marginal mesial do primeiro molar superior (Slavicek, 2006).



Figuras 5 e 6. Áreas de guia biologicamente funcionais durante o bruxismo

Inclinação das Guias Oclusais

Outro factor importante que influencia a posição mandibular é a relação de balanço entre a morfologia da Guia Oclusal e do Sistema Crânio-Mandibular. Uma Guia Oclusal muito inclinada (ou verticalizada) diminui a área de movimento mandibular livre. Isto, por sua vez, activa o sistema neuromuscular e a reacção é no sentido de colocar a mandíbula numa posição retruída. O tipo de bruxismo observado nestes casos é retrusivo no lado de trabalho, pressionando o côndilo do lado de trabalho contra as estruturas do Sistema Crânio Mandibular (Sato, 2005).

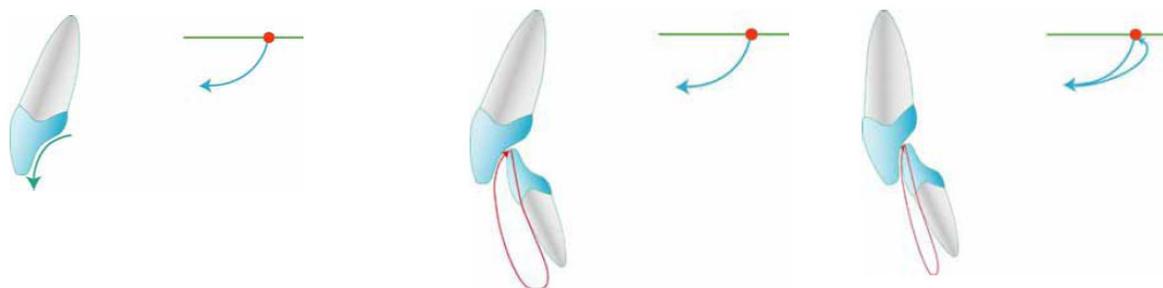


Figura 7. Relação entre a morfologia da guia oclusal e o sistema crânio-mandibular

Barreiras Retrusivas

A Classe I molar é, como já foi dito, mantida através da cúspide centro-vestibular do primeiro molar inferior e da fossa antagonista. Quando está na fossa do primeiro molar superior a cúspide referida encontra-se mesial à chamada “ponte de esmalte”. Esta estrutura é extremamente importante como barreira retrusiva da mandíbula (Sato 2005).

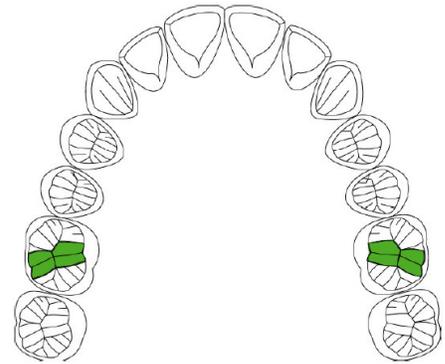


Figura 8. Barreira retrusiva da mandíbula

Guias Oclusais e Mediotrusão

Quando se analisam os padrões de bruxismo é importante observar a ligação entre as Guias Oclusais e o lado de não trabalho, ou lado mediotrusivo. Na imagem seguinte estão representadas zonas possíveis de guia oclusal e, da mesma cor, no lado oposto zonas possíveis de contactos mediotrusivos do lado de não trabalho (Sato, 2005).

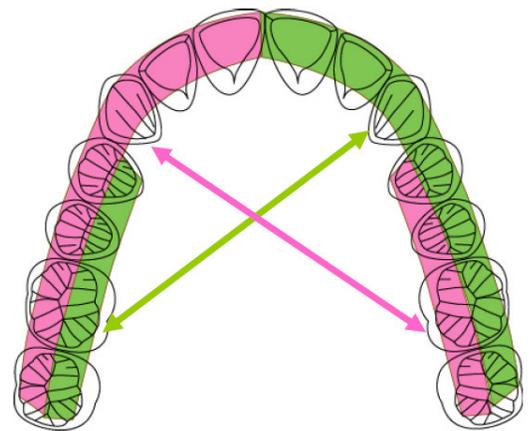


Figura 9. Guias oclusais e mediotrusão

Classificação do Bruxismo Nocturno segundo o Padrão

Na análise de contactos durante o bruxismo é importante também diagnosticar não só o lado laterotrusivo ou de trabalho mas também o lado mediotrusivo ou de não trabalho. Podem-se classificar vários padrões durante o bruxismo nocturno (Sato 2005):

- 1- Guia Canina / Dominância canina – o canino do lado de trabalho guia durante o bruxismo.



CG:
Canine dominance type
Figura 10. Dominância Canina

- 2- Guia Canina / Dominância canina com contactos mediotrusivos – além do canino do lado de trabalho, os molares do lado de não trabalho e, por vezes, também os pré-molares desse lado guiam durante o bruxismo.

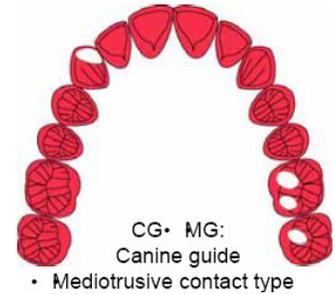


Figura 11. Dominância Canina com contactos mediotrusivos

- 3- Guia Incisiva, Canina e Pré-molar – o canino é auxiliado na excursão pelos incisivos e pelo primeiro pré-molar, todos do lado de trabalho ou laterotrusivo.



Figura 12. Guia incisiva, canina e pré-molar

- 4- Guia Incisiva, Canina e Pré-molar com contactos mediotrusivos – semelhante ao anterior mas com contactos nos molares e, por vezes pré-molares do lado oposto.

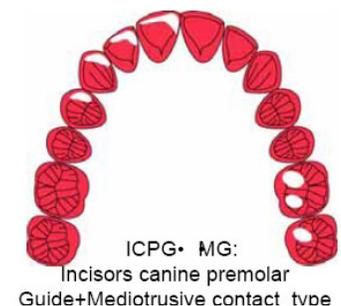


Figura 13. Guia incisiva, canina e pré-molar com contactos mediotrusivos

5- Função de grupo – o canino guia em conjunto com os incisivos (pode nem sempre verificar-se) e com os pré-molares e molares do lado de trabalho, no entanto, sem contactos do lado oposto.

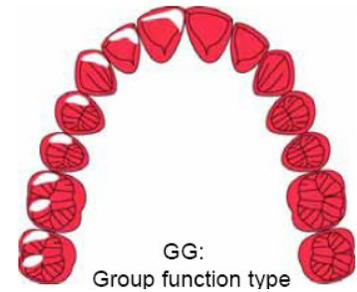


Figura 14. Função de grupo

6- Função de grupo com contactos mediotrusivos – semelhante ao anterior, no entanto, com contactos sempre presentes do lado oposto. Este tipo de oclusão também é chamado classicamente de oclusão balanceada.

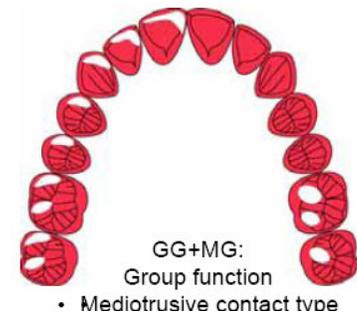


Figura 15. Função de grupo com contactos mediotrusivos

É de notar que todos os padrões que incluem contactos mediotrusivos reflectem bruxismo não fisiológico, uma vez que traduzem interferências molares.

Estes padrões principais resumem a maioria dos tipos de contactos observados, porém, existem algumas variações, dependentes de mau posicionamento de dentes na arcada e rotações dentárias, o que constitui muitas vezes não a excepção, mas sim a regra. O movimento observado no bruxismo tem principalmente um vector latero-retrusivo, ao contrário do protrusivo puro, que se pensava ser o que explicava a cinética mandibular desta função do órgão mastigatório.

Existem dois tipos de contactos principais observados, em relação aos contactos cêntricos, já descritos: um tipo que inclui o contacto cêntrico na área de desgaste (Figura 16) e outro em que o contacto cêntrico está individualizado da área de desgaste funcional (Figura 17) (Slavicek, 2006).

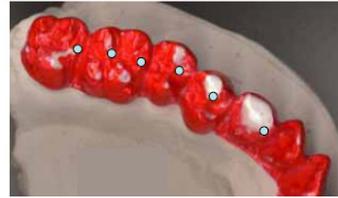


Figura 16. Contacto cêntrico que inclui a área de desgaste funcional



Figura 17. Contacto cêntrico individualizado da área de desgaste funcional

Pensa-se que esta variação no posicionamento do contacto cêntrico em relação á área de guia durante o movimento no bruxismo é dependente da relação entre a inclinação condilar e a inclinação da guia canina. É possível que o movimento durante o bruxismo a partir da posição cêntrica (ICP – *intercuspal position*) seja mais difícil quando a inclinação da guia canina é muito pronunciada, em comparação com a inclinação condilar.

Pode-se então classificar o bruxismo quanto ao padrão e quanto à quantidade, segundo a qual pode ser ligeiro (bruxismo fisiológico), moderado (bruxismo fisiológico) e severo (bruxismo não fisiológico).

Comportamento do Cêndilo do Lado de Trabalho

Pela observação de traçados axiográficos é possível, estatisticamente, observar dois tipos de comportamento do cêndilo do lado de trabalho durante o bruxismo: um em que o cêndilo roda em torno de um ponto fixo e outro em que o cêndilo assume um trajecto retrusivo. Quando esta última situação se verifica, o movimento nas superfícies funcionais

dos dentes torna-se latero-retrusivo, o que forma facetas funcionais largas. Para além disso, a probabilidade de existirem contactos mediotrusivos aumenta bastante (Slavicek, 2006).

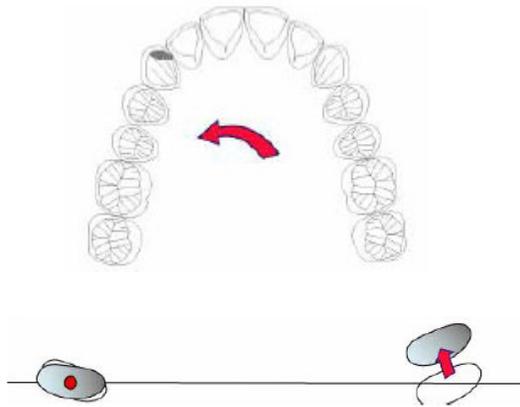


Figura 18. Comportamento do cêndilo do lado de trabalho quando se verifica guia canina

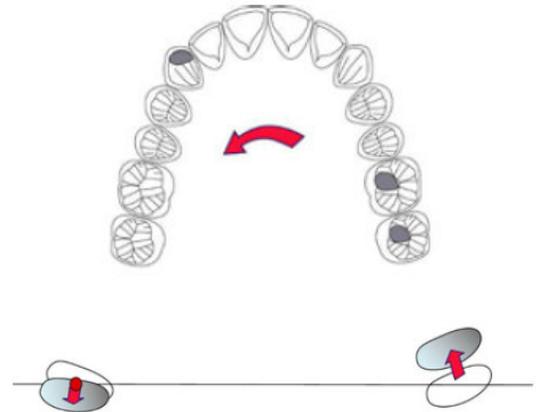


Figura 19. Comportamento do cêndilo do lado de trabalho quando se verifica guia canina com contactos mediotrusivos

Curvas de Compensação e Desoclusão Posterior

A dentição humana apresenta na sua morfologia curvas de compensação, quer no plano sagital, quer no plano frontal. A curva no plano sagital é chamada de Curva de Spee e a curva no plano frontal é chamada de Curva de Wilson. Uma curva de Spee acentuada aumenta a probabilidade de contactos molares durante o bruxismo. Uma curva de Wilson acentuada aumenta a probabilidade de contactos mediotrusivos no bruxismo. A natureza criou estas curvas com vários objectivos, sendo que a relação delas com a matriz esquelética do crâneo ainda não está totalmente investigada. Sabe-se que a sua existência está relacionada com o processo de desoclusão posterior e para aumentar a eficácia mastigatória do órgão (Slavicek, 2006).

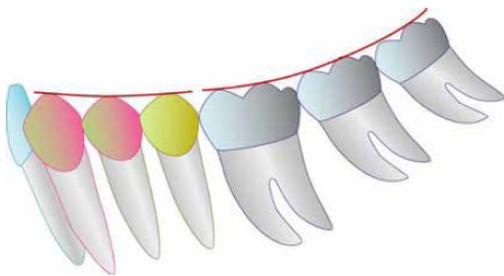


Figura 20. Curva de Spee



Figura 21. Curva de Wilson

Contactos Posteriores durante o Bruxismo e Disfunção

Considerando as funções do Órgão Mastigatório, a existência de interferências na região molar em funções dinâmicas como a mastigação, deglutição, fala e bruxismo é tida como uma das principais causas de patologia que afecta os tecidos dentários, periodontais, a articulação temporo-mandibular e os músculos mastigatórios. Como supramencionado, o comportamento condilar durante o bruxismo e a inclinação das curvas de compensação são causas de interferências molares. Para além disso também o plano oclusal é um elemento-chave nesta matéria. O plano oclusal é definido como o plano que liga o bordo incisal dos incisivos inferiores à cúspide disto vestibular do primeiro molar inferior de cada hemi-arcada inferior. Se este plano for muito inclinado, os molares têm dificuldade a desocluir e o padrão oclusal durante o bruxismo nocturno aproxima-se cada vez mais da função de grupo. Se o plano oclusal for pouco inclinado os molares desocluem melhor e o padrão oclusal tende para a dominância canina (Slavicek, 2006).

1.2.3. Bruxismo como uma Função Vital

O bruxismo nocturno visto como um libertador de stress tem sido considerado uma das funções mais importantes do órgão mastigatório que mantém a homeostase do corpo humano (Sato, 2005). Este deve ser visto como uma função normal do órgão mastigatório para expressar a sobrecarga psíquica (Slavicek, 2006).

Análises comparativas entre sujeitos saudáveis com e sem actividade muscular mastigatória rítmica (AMMR) demonstram que esta actividade não está associada a distúrbios do sono, sugerindo que se trata de uma actividade natural que ocorre durante o sono (Lavigne, 2001). Esta actividade muscular rítmica está ligada a um mecanismo involuntário que visa a manutenção da lubrificação e nutrição da articulação temporo-mandibular (A.T.M.) durante o sono.

Uma vez que a *psique* se torna no local de acumulação de problemas não resolvidos, os factores ambientais são de grande importância na avaliação da causa de disfunção no órgão mastigatório. Por conseguinte, todas estas impressões psíquicas podem despoletar reacções conscientes, inconscientes e “pré-conscientes” (Slavicek, 2006).

1.2.4. Bruxismo e Alterações Fisiológicas

Estudos demonstram que indivíduos que padecem de bruxismo noturno apresentam uma hiper excitabilidade das vias centrais motoras. Este fenómeno pode derivar de uma diminuição da modulação dos circuitos inibitórios do tronco cerebral e não da alteração dos mecanismos corticais. Estes resultados suportam a hipótese do bruxismo ser principalmente mediado a nível central e das estruturas sub-corticais estarem envolvidas (Gastaldo *et al*, 2006).

Tanaka e colaboradores (1983), sugerem que, durante a exposição a factores stressantes, quanto menores são os valores de bruxismo e agressividade, maiores são os valores de noradrenalina, dopamina, corticosteróides, acetilcolina, pressão sanguínea e lesão gástrica (úlceras). Isto significa que, caso o órgão mastigatório, por alguma razão, não cumpra a sua função de "escape" ao stress, surgirão outras manifestações de stress, como as supra mencionadas.

1.2.5. Bruxismo nos Adolescentes

A fase da adolescência e da pré-adolescência é aquela que envolve mais restrições/inibições psíquicas e stress, pela subjugação social forçada (familiar) e sistemas éticos, religiosos e hierárquicos. Neste grupo etário, o bruxismo é uma função normal para libertar a *psique* e portanto, segundo Slavicek (2006), esta função não deve ser abolida.

1.2.6. Bruxismo nos Adultos

Nos adultos, a agressão é um padrão comportamental vitalício à luz do stress profissional e social. O stress é vital e tem que ser aceite como tal. Durante a hominização, no sistema límbico, a polaridade e o desequilíbrio emergiram no esboço do que seria o equilíbrio. Este fenómeno conduziu à descoberta dos conceitos morais, como a capacidade de distinguir o “bem do “mal” ou egoísmo em benefício do altruísmo e à descoberta de normas éticas. Embora estas sejam reconhecidas e aceites pela maioria dos indivíduos, são quebradas com frequência na vida quotidiana, provocando conflito (McNeill, 1990).

Para finalizar esta temática, é de enfatizar que o bruxismo não fisiológico pode ser considerado como uma causa psíquica primária e como tal, a terapia psíquica deve ser sempre tida em conta (Slavicek, 2006).

1.3. Dor Orofacial Crónica

1.3.1. Conceito de Dor Orofacial Crónica

A dor é definida, segundo a *Internacional Association for the Study of Pain (IASP)*, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano (IASP). Nos termos dessa definição, não apenas os componentes físico e químico envolvidos no evento doloroso são considerados, mas também os aspectos subjectivo e psicológico, que são cruciais na compreensão da queixa dolorosa, especialmente, em indivíduos com dor crónica.

A dor orofacial inclui condições de dor associadas com os tecidos duros e moles da cabeça, face, pescoço e de todas as estruturas intra-orais (Okeson, 1998).

O termo “dor orofacial” compõe-se de duas partes: facial e oral. A dor facial inclui dores cuja origem fica abaixo da linha órbito-meatal, acima do pescoço e anterior às orelhas, enquanto a dor oral indica dor dentro da boca (Zakrzewska & Hamlyn, 1999).

A dor orofacial pode originar-se de doenças infecciosas, vasculares e neoplásicas (Bonica, 1990 & Bell, 1991). Está, na maioria dos casos, associada aos músculos da mastigação e/ou às A.T.M., sendo denominada nesses casos de disfunção ou desordem temporomandibular (Bell, 1991; Kaplan & Assael, 1991; Okeson, 1995; Peter & Gross, 1995; Okeson, 1998).

A dor crónica caracteriza-se por uma duração superior a seis meses, com início não preciso e prolongamento, de causa nem sempre acessível, sem valor adaptativo, de resposta ao tratamento imprevisível e acarretando importantes e duradouras alterações na qualidade de vida (Barrón, Más & Pérez, 1994).

Azevedo e colaboradores (2008) sugerem que 30% dos portugueses padecem de dor crónica, estudo este que abrangeu também as regiões autónomas da Madeira e dos Açores. Segundo os autores, além dos 30%, 14% padecem de dor moderada a grave. A principal causa da dor crónica são as lombalgias, outros problemas osteo-articulares, as cefaleias, os traumatismos, a dor crónica pós-cirúrgica enquanto que o cancro representa apenas 1% da dor crónica. Neste estudo, verificou-se que 35% dos doentes com dor crónica acham que a

sua dor não está bem controlada e, portanto, não estão contentes com o tratamento. A maior parte diz que os medicamentos não são eficazes ou que os médicos não dão a devida atenção à dor que padecem.

1.3.2. Classificação e Causas

A classificação da dor orofacial, sofreu uma grande metamorfose, ao longo dos anos, na tentativa de se entender qual a sua génese.

As principais causas de dor orofacial são as seguintes (Fricton & Dubner, 2003):

- Nevralgia do trigémio (V par craneano);
 - A.1) Nevralgia pré-trigeminal;
- Nevralgia do glossofaríngeo (IX par craneano);
 - B.1) Nevralgia vagoglossofaríngeo;
- Nevralgia pós-herpética;
 - C.1) Síndrome Ransay-Hunt;
- Dor psicogénica;
- Dor de origem de origem dentária;
- Dor de origem muscular;
- Disfunções crânio-mandibulares;
- Dor facial atípica;
- Lesões estruturais do V par craneano;
- Dor de origem cardíaca;
- Dor de origem vascular;
- Dor de origem óssea;
- Dor de origem nasal e paranasal;
- Dor de origem nas glândulas salivares;
- Dor com origem em doenças sistémicas;
- Dor com origem na inflamação nervosa;
- Dor de origem oncológica;

- Dor de origem otológica.

Uma vez que, para este estudo, apenas se irá incidir nas dores musculares e articulares provocadas por bruxismo (causas no âmbito da Medicina Dentária), desenvolver-se-à apenas a dor orofacial de origem muscular e as disfunções crânio-mandibulares (articulares).

1.3.2.1. Dor Orofacial de Origem Muscular

A dor de origem muscular da região da cabeça e do pescoço têm origem nos músculos esqueléticos, nos tendões e nas aponevroses (Friction & Dubner, 2003).

A dor muscular é uma forma de dor somática e profunda, que ocorre como resposta a um estímulo nocivo, tal como calor, pressão ou mesmo químicos; o seu limiar, a nível central, encontra-se diminuído (Okeson, 1998).

As características da dor de origem muscular são (Okeson, 1998):

- Depressiva, difusa;
- Contínua e profunda, tipo toque, golpe ou pressão;
- Localização difícil (localização nem sempre correspondente à origem);
- Limitante;
- A dor à palpação aumenta proporcionalmente à quantidade de pressão exercida sobre o músculo;
- Intensidade variável, desde a ligeira sensação de pressão até ao insuportável;

Este tipo de dor apresenta como fenómenos associados:

1. Splinting (Kaplan & Assael, 1991)

Consiste num reflexo protector mediado pelo SNC, que desencadeia uma contracção muscular involuntária, que pretende limitar e imobilizar uma zona lesada, protegendo-a de futuros traumatismos.

2. Mioespasmo (Kaplan & Assael, 1991)

Consiste numa desordem de músculos ou de grupos musculares, que se manifesta como uma contracção tónica súbita, involuntária, dolorosa e limitante.

3. Miosite (Kaplan & Assael, 1991)

Consiste numa inflamação muscular que resulta de uma causa local. Na maior parte dos casos, o indivíduo consegue relacionar o início da sintomatologia com uma causa específica. Resulta de um traumatismo externo, estiramento muscular ou infecção.

4. Dor Miofascial (Kaplan & Assael, 1991)

Dor associada a uma alteração muscular regional, associada a um *trigger-point*, que se define como um ponto localizado na profundidade de um músculo-esquelético, tendão ou ligamento que, quando estimulado, produz uma dor referida, com uma distribuição anatómica definida. Estão localizados nas fibras musculares fusais, que são inervadas pelo sistema nervoso simpático, o que justifica a relação entre a dor miofascial e os factores emocionais.

5. Fibromialgia (Kaplan & Assael, 1991)

Consiste numa patologia sistémica que envolve toda a musculatura corporal. Está associada a *tender-points*, com localização anatómica específica. Tal como os *trigger-points*, os *tender-points* são, igualmente, sensíveis à pressão, mas não produzem dor numa zona de referência.

6. Contractura Muscular (Bell, 1991)

Consiste numa diminuição do comprimento de um músculo em repouso, sem interferir com a sua capacidade de contracção. A contractura dos músculos elevadores da mandíbula causa restrição crónica e dolorosa dos movimentos mandibulares, podendo estar relacionada com anquilose.

a) Contractura miostática - um músculo que foi mantido em estado de contracção parcial, sem relaxamento completo, por um período de tempo prolongado; sem o estímulo adequado (reflexo de estiramento), o músculo encurta gradualmente para se

acomodar a um determinado limite de abertura bucal, a partir do qual o estiramento é doloroso. Ocorre encurtamento reversível das fibras musculares.

b) Contractura miofibrótica – resulta da formação de tecido cicatricial, que impede o restabelecimento da função normal; pode resultar de uma condição inflamatória ou traumática.

1.3.2.2. Disfunções Crânio-Mandibulares

As disfunções crânio-mandibulares (D.C.M.) têm, sobretudo, em consideração, as causas exteriores à esfera orofacial, sendo uma designação usada no seu sentido mais lato, mas devem, também, incluir a etiologia no próprio órgão mastigatório (Fricton & Dubner, 1995). Estas disfunções tratam-se de um conjunto de manifestações clínicas de má função mandibular, associadas à dor e que são originadas por agentes agressores à integridade morfológica ou funcional das A.T.M., tendões e ligamentos associados (Munhoz, 2001).

Podem ocorrer em todas as faixas etárias, mas a sua maior incidência ocorre entre os 20 e os 45 anos. As mulheres são mais afectadas que os homens numa proporção de cinco para um (Biasotto-Gonzalez, 2005)

Os indivíduos queixam-se, sobretudo, de dores difusas na zona orofacial, dores resistentes à terapêutica médica e, também, de ruídos ao nível das A.T.M.. Deverá, portanto, ser feito um diagnóstico diferencial com muitas outras patologias cuja sintomatologia compreende a dor na zona orofacial, como: pulpites, patologia periodontal, sinusite, nevralgias faciais, *trismus*, patologia tumoral, fracturas e lesões estruturais, artrites e anquilose das A.T.M.. De facto, antes de colocar a hipótese de diagnóstico de D.C.M., todas as patologias referidas devem ser eliminadas como factores etiológicos de dor orofacial. Esta abordagem clínica poderá tender a perpetuar uma patologia mais grave (Okeson, 2000).

Na coordenação e regulação da cinemática mandibular intervêm os músculos, com uma função pré-definida e que, adicionalmente à mobilidade da cintura têmporo-mandibular, coordenam e equilibram, sob influência dentária, os movimentos mandibulares. As regras mecânicas da cinemática dento-dentária impõem a ausência de

interferências anteriores e posteriores durante as diferentes excursões mandibulares, em protrusão, retrusão e lateralidade. Estas interferências provocam, numa primeira fase, um fenómeno de condicionamento da cinemática mandibular. Em seguida, ocorre alteração da trajectória mandibular como mecanismo compensatório e como tentativa de evitar as referidas interferências. Esta adaptação é aceite pelos diferentes elementos do órgão mastigatório, instalando-se uma nova situação de equilíbrio. As alterações dos movimentos mandibulares, como mecanismo de adaptação, originam, por exemplo, situações de contractura muscular ao nível dos músculos mastigatórios que, potenciados pelo *stress*, podem desencadear processos patológicos (Zakrzewska & Hamlyn, 1999).

É necessário compreender que a D.C.M. não se instala sem o contributo de dois parâmetros fundamentais: oclusão e componente psicológica. Assim, em cada indivíduo, poderá desenvolver-se e estabelecer-se D.C.M., em que poderão coexistir patologia dentária, muscular e articular, o que se poderá traduzir em sintomatologia dolorosa. A adaptação dentária a uma descoordenação motora ou de intensidade/assimetria muscular, poderá influir no aparecimento de D.C.M.. Para além deste facto, o indivíduo orienta a propriocepção no sentido de induzir uma posição mandibular que poderá originar tensões musculares. Estas tensões poderão, por sua vez, ultrapassar a capacidade de adaptação funcional e conduzir a um desequilíbrio responsável pela patologia emergente. A própria hiperactividade muscular manifesta-se por hipertrofia e por aumento de catabolitos que promovem excitação das terminações nervosas musculares (Okeson, 2000).

De uma forma simplificada, podemos considerar como sintomas de D.C.M. (Fricton e Dubner, 2003):

- Recorrência de ruídos articulares durante qualquer movimento mandibular;
- Limitação funcional de movimentos mandibulares, como, por exemplo, a restrição de abertura;
- Dor contínua ou descontínua.

Como factores etiológicos de D.C.M., consideram-se (Fricton & Dubner, 2003):

- Hiperactividade muscular (repercutido no fenómeno de bruxismo, por exemplo);

- Stress psicológico associado a hiperactividade muscular;
- Trauma;
- Ausência dentária prolongada;
- Existência de tratamentos protéticos com prematuridade de contactos ou inadequados às A.T.M. do indivíduo (que não respeitam as necessidades de suporte articular ou a mobilidade individual da A.T.M.);
- Postura inadequada (incluindo a posição das A.T.M. durante o sono);
- Relação oclusal inadequada;
- Ausência de higiene oral, com ocorrência de cárie e doença periodontal;
- Ausência de compensação de extracções dentárias;
- Restaurações dentárias incorrectas;
- Entre outras...

É importante referir que a descrição destes factores etiológicos não deve ser vista como um algo simples e linear. De facto o limite da função é algo difícil de definir e a origem das disfunções crâneo-mandibulares é um assunto controverso e complexo, sem dúvida multifactorial. É fundamental, no entanto, esclarecer que a maioria da literatura aponta para a eugnatia (relações esqueléticas e dentárias harmoniosas) como uma condição *sine-qua-non* para se desenvolver uma correcta função do órgão mastigatório. Esta crença, embora institucionalizada até no seio da comunidade científica não passa de ficção. De facto, as disgnatias (relações esqueléticas menos harmoniosas) encontram muitas vezes formas de compensação dentária, articular e da dimensão vertical do indivíduo. Desta forma, podemos encontrar situações de função normal, até quando as relações esqueléticas e dentárias não parecem as mais adequadas. Da mesma forma, eugnatias (como a Classe I Esquelética) podem, por vezes apresentar fenótipos instáveis e desequilibrar o sistema músculo-articular, desenvolvendo-se D.C.M.. Simplificando, significa que não só a morfologia dita a função, mas também o *timing* e a qualidade dos mecanismos compensatórios, bem como os factores psicológicos, mediadores fundamentais de todos os processos biológicos (Slavicek, 2006).

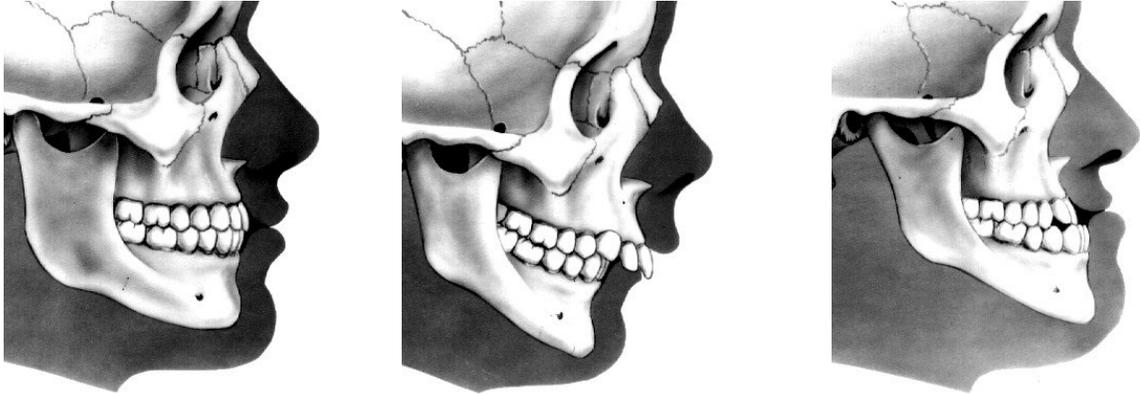


Figura 22. Classes esqueléticas I, II e III, respectivamente (Kriger & Richards, 2008)

1.4. Personalidade

1.4.1. Conceito de Personalidade

A palavra personalidade tem étimo latino, derivando de “*persona*”, que significa “máscara de actor”. O termo, no entanto, ao longo da sua evolução, foi adquirindo sentidos múltiplos (Pervin, 1996). Nos escritos de Cicero, é usado com, pelo menos, quatro sentidos, todos eles relacionados com o teatro: a personalidade, como um conjunto de características pessoais do actor, que representam o que a pessoa realmente é; a personalidade, vista como a forma pela qual a pessoa aparece aos outros e não como realmente é e, neste sentido, equivale à máscara; o papel que a pessoa representa na vida, tal como a personagem num drama; a personalidade, encarada como um conjunto de qualidades indicativas da distinção e dignidade, que fazem do actor uma “estrela” (Pervin, 1997). Por seu turno, Allport, em 1937, referia-se à existência de, pelo menos, cinquenta significados diferentes para o termo personalidade, optando por a considerar como uma organização dinâmica dos sistemas biosociais que determinam a adaptação única do indivíduo ao mundo (Allport, 1962). Na perspectiva de Cattell (1995), a personalidade é um conjunto de traços, que predispõe o indivíduo a agir, de determinada maneira, num conjunto de situações.

O conceito de personalidade é complexo e não inteiramente consensual (Augusta Gaspar, 1998). No entanto, ultrapassados os detalhes das várias definições operacionais, permanece constante o facto da personalidade caracterizar um modo individual de interagir com o mundo e de um dos seus aspectos mais marcantes e menos susceptíveis de mudança ser o modo particular como o indivíduo se relaciona com os outros, conferindo às suas acções um determinado grau de previsibilidade (Little, 2000a).

Apesar da “personalidade poder ser definida de forma a englobar praticamente todos os aspectos da vida e experiência humana” (Heatheron & Weinberger, 1994, p.4), convencionalmente, as definições de personalidade excluem as diferenças físicas e, a maioria, as diferenças intelectuais, embora reconhecendo que ambas influenciam a personalidade e o comportamento dos sujeitos. Contudo, muitas teorias consideram o conjunto destes aspectos (físicos e intelectuais) como parte do constructo da personalidade

(Little, 2000b). As definições de personalidade reflectem as diferentes teorias e a perspectiva que se tem, em relação ao tópico num determinado momento histórico. Por conseguinte, é compreensível que as definições mais recentes deste constructo tenham vindo a valorizar os componentes interactivos e dinâmicos (Little, 2000b).

1.4.2. Traços de Personalidade

Os traços de personalidade estão na base da construção dos inventários e são um conceito-chave presente, em todo o discurso sobre a personalidade. Efectivamente, o estudo dos traços tem sido considerado por muitos, como uma abordagem à personalidade “cinzenta” e enfadonha, objecto de muitas críticas, dado não englobar toda a magia, profundidade e fascínio das perspectivas existenciais e terapêuticas da personalidade. Todavia, os defensores das teorias dos traços, não tinham (nem têm) pretensões a elaborar livros de ‘biblioterapia’, mas consideram que “eles (os traços) são compatíveis com uma grande variedade de abordagens teóricas e têm formado a base para grande parte da investigação em psicologia” (McCrae & Costa, 1992). Para ilustrar a importância atribuída aos traços, na psicologia da personalidade, é elucidativa a posição de Eysenck (1985) que, ao fazer a história das teorias da personalidade, se refere apenas à história das teorias dos traços.

Todos nós usamos tais constructos no dia-a-dia, descritiva ou explicativamente (Bernardos, 1995).

Assim, não admira que os traços tenham, também, desde há muito tempo, um papel importante em muitas áreas da psicologia, nomeadamente, na psicopatologia, na investigação organizacional, e na psicologia da saúde (Costa & Widiger, 1994). Existem inúmeros estudos dedicados a traços como a auto-estima, auto-eficácia, *locus* de controlo, assertividade, perfeccionismo, dependência, auto-crítica, sociotropia, autonomia, impulsividade, procura de novidade, evitamento da dor, auto-consciência, culpabilidade, vergonha e empatia. Contudo, a definição científica de personalidade e o estudo sistemático dos traços é muito mais complexo do que o seu uso generalizado pode sugerir e, tem sido, também, muito polémico (Little, 2000b). Neste contexto, entende-se por teorias dos traços as abordagens que concebem a personalidade do indivíduo como uma constelação de traços

(Eysenck, 1985). Muitas teorias da personalidade assumem que os traços são características persistentes do indivíduo, que sustentam ou espelham a personalidade e que estão por detrás do pensamento, dos sentimentos, do comportamento, da forma de agir, nas actividades do dia-a-dia, sendo de presumir que ao identificar os traços e assim a personalidade do indivíduo, seria possível prever o seu modo de actuar agora e no futuro (Dias, sem data). Nelas se incluem teorias como a de Cattell, Allport, Guilford e, mais recentemente, a de Costa e McCrae.

Murphy e Davidshofer (1998) analisaram os traços de três modos diferentes:

- a) Os que provocam os comportamentos, ou seja, os traços explicam o comportamento. O comportamento honesto da pessoa resultaria do indivíduo ter um traço de honestidade;
- b) Os traços só existem na cabeça do investigador. Estes seriam uma organização cognitiva do investigador, que ao pretender organizar o comportamento dos outros numa totalidade coerente, construiria traços;
- c) Os traços são sumários descritivos. O comportamento do indivíduo não seria provocado pelos traços, mas antes, os traços seriam descrições do comportamento.

1.4.3. O Modelo dos Cinco Factores

Embora alguns investigadores da Psicologia da Personalidade tenham mostrado como, muitas vezes o conhecimento dos traços de personalidade de um indivíduo é pouco preditivo em relação aos seus comportamentos específicos, muitos outros reconhecem nos traços uma forma importante de caracterizar e compreender a variabilidade humana com base em dimensões comuns (Epstein & O'Brien, 1985).

O modelo dos cinco factores de personalidade é uma versão da teoria dos traços de que representa hierarquicamente a estrutura da personalidade, com base em cinco factores globais que agrupariam outros factores mais específicos. Habitualmente referidas como “*Big Five*”, essas cinco dimensões básicas, que sintetizam as diversas expressões comportamentais do indivíduo, podem ter designações ou significados distintos, de acordo com diferentes investigadores.

Este modelo é um exemplo de uma taxinomia de traços, uma organização abrangente da estrutura dos traços da personalidade (Costa & MacCrae, 1990), modelo este

em que se baseia o instrumento que será utilizado para avaliar a personalidade-traço neste estudo (Inventário dos Cinco Factores de Personalidade-NEO – NEO-FFI).

O percurso histórico do modelo dos cinco factores está intimamente ligado à chamada hipótese lexical, considerada por Costa & McCrae (1995) “o orientador mais frutífero de um modelo compreensivo da personalidade (p. 23), tendo sido a partir de análises baseadas na linguagem comum que se estabeleceu a base para a conceptualização deste modelo. Assim, McCrae e Costa passaram a designar os factores por letras, já que consideraram que seria de mais fácil compreensão o seu significado (Saucier & Goldberg, 1996). Assim, N lembraria Neuroticismo, Negativos (afectos), Nervosismo, E, Extroversão, Entusiasmo, Energia, O, Abertura (*Openness*, em inglês) ou Originalidade, A, Amabilidade ou Altruísmo e C, Conscienciosidade, Controlo ou Limites (*Constraint*, em inglês). John (1990) sugere ainda as vantagens mnemónicas de se reparar que, em anagrama, se está perante o oceano (*OCEAN*) das dimensões da personalidade.

As cinco dimensões parecem manter-se estáveis ao longo de vários anos (Costa & McCrae, 1986; Costa & McCrae, 1990; Costa & McCrae, 1993; Costa & McCrae, 1994). Em estudos mais recentes, McCrae (1993) reafirma a estabilidade das dimensões da personalidade, especificando que, em geral, as tendências básicas da personalidade seriam muito estáveis. As adaptações características (onde se incluem hábitos, atitudes, crenças e valores) seriam menos estáveis já que resultam da interacção entre as tendências básicas e o meio social.

Para além da validade empírica do modelo, ainda se pode referir aquilo que o modelo tem de intuitivo, parecendo responder à experiência connosco próprios e com os outros, tornando explícita a “*teoria da personalidade implícita que está codificada na linguagem sobre a personalidade que usamos*” (McCrae & John, 1992, p. 188).

McCrae e Costa (1989) consideram que avaliar os cinco grandes factores deverá ser apenas o primeiro passo de uma avaliação completa da personalidade. Também outros autores reforçam o interesse de um modelo hierárquico da personalidade deste tipo, em que havendo um pequeno número de dimensões básicas, estas se decompõem em facetas ou subdimensões, permitindo mais especificidade no estudo da personalidade dos indivíduos (Lévy-Leboyer, 1994; Petot, 1994).

McCrae e Costa (1996) consideram que praticamente todas as teorias da

personalidade se debruçam sobre os mesmos elementos e que uma teoria completa e compreensiva da personalidade deve considerar sempre cinco categorias de elementos: as tendências básicas, as adaptações características, o auto-conceito, a biografia objectiva e as influências externas. Para além disso, deverá também ter em conta os processos dinâmicos que caracterizam as inter relações desses elementos. Os traços de personalidade seriam tendências básicas, disposições que definem as potencialidades do indivíduo, actualizadas nas adaptações características que resultam da interacção do indivíduo com o meio. Os valores tal como os interesses, seriam adaptações características.

Recentemente, segundo Halverson (1994), começaram a emergir tentativas de explicação teóricas para as impressionantes regularidades empíricas e estatísticas encontradas (John, 1990; Buss, 1991 & Wiggins, 1996). Quer dizer que datam, de há muito pouco, os esforços no sentido de compreender porquê cinco factores, porquê estes cinco factores, qual a origem/base do modelo e qual a sua relevância para o estudo da personalidade.

A teoria dos cinco factores da personalidade (tendências básicas, encontraríamos, por exemplo, as características genéticas e físicas e os traços da personalidade; nas adaptações características, variáveis como as competências adquiridas (linguagem, competências técnicas e sociais), as atitudes e as crenças; no auto-conceito, os pontos de vista implícitos e explícitos sobre o eu, a identidade e a autoestima; na biografia objectiva, o curso de vida (os percursos de carreira profissional, os acidentes históricos) e o comportamento manifesto; nas influências externas, variáveis desenvolvimentistas (relações pais/filhos, educação, socialização, mediante os colegas) e macro (cultura e subcultura) e micro-ambientais (reforços e punições) (Costa & MacCrae, 1990).

Estas categorias estão entre si relacionadas, mediante processos dinâmicos (como a volição e o *coping*) (Costa & Widiger, 1994).

Estudos correlacionais com indivíduos adultos indicam associações fiáveis entre as cinco dimensões de personalidade, o stress e as estratégias de *coping* (Penley & Tomaka, 2002; McWilliams *et al* , 2003; Brebner, 2001). Kardum & Krapić (2001) verificaram também que esta correlação já se verifica em adolescentes de forma semelhante aos adultos.

Esta teoria representa um movimento de reabilitação dos traços, há vários anos esboçado e atingindo, por seu intermédio, sua plena expressão (Costa & Widiger, 1994). Na

medida em que a teoria reivindica para os traços o estatuto de disposições fundamentais, considerando, portanto, que eles são constitutivo necessário da personalidade, ela coloca o problema dos seus mecanismos de influência e esboça soluções, no sentido de os identificar e clarificar (Christal, 1992). Pretende-se, assim, passar, do plano estrutural — a que os sistemas clássicos dos traços são acusados de confinar-se para o plano dinâmico da personalidade (Christal, 1992).

Não há, nem provavelmente haverá, uma teoria completa da personalidade (Bernardos, 1995). A teoria dos cinco factores não faz excepção mas lança, de acordo com os autores, as bases, que permitem a construção de um edifício razoavelmente sólido (Bernardos, 1995).

1.5. O *Coping*

O *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações stressantes, crónicas ou agudas, têm-se constituído em objecto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente ligado ao estudo das diferenças individuais (Folkman & Lazarus, 1984).

Historicamente, três gerações de investigadores têm-se dedicado ao estudo do *coping*. Diferenças marcantes podem ser observadas em suas construções, tanto a nível teórico quanto a nível metodológico, decorrentes das suas filiações epistemológicas (Suls, David & Harvey, 1996).

Desde o início do século, investigadores vinculados à psicologia do ego têm concebido o *coping*, enquanto relacionado aos mecanismos de defesa, motivado interna e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994). Eventos externos e ambientais, posteriormente incluídos como possíveis desencadeadores dos processos de *coping* foram, a exemplo dos mecanismos de defesa, categorizados hierarquicamente no sentido dos mais imaturos aos mais sofisticados e adaptativos (Tapp, 1985). Assim, para esta primeira geração de investigadores, o estilo de *coping* utilizado pelos indivíduos era concebido como estável, numa hierarquia de saúde *versus* psicopatologia.

A partir desta perspectiva inicial, algumas distinções foram sendo feitas no sentido de diferenciar os mecanismos de defesa do *coping* propriamente dito. A principal modificação feita neste sentido consistiu na distinção entre os comportamentos associados aos mecanismos de defesa, classificados como rígidos, inadequados em relação à realidade externa, originários de questões do passado e derivados de elementos inconscientes. Já os comportamentos associados ao *coping* foram classificados como mais flexíveis, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes.

Esta abordagem tem sido bastante criticada em função das dificuldades teóricas da psicologia do ego de testar empiricamente suas concepções (Folkman & Lazarus, 1980).

A partir da década de 60, estendendo-se pelas duas décadas seguintes, uma segunda geração de investigadores apontou para uma nova perspectiva com relação ao *coping*. Esta

nova tendência buscou enfatizar os comportamentos de *coping* e seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls, David & Harvey, 1996). Investigadores passaram a conceptualizar o *coping* como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, tanto quanto em traços de personalidade (Folkman & Lazarus, 1985). Esta época foi marcada por importantes avanços na área, que geraram inúmeras publicações, em especial pelo grupo de Lazarus e Folkman (Folkman & Lazarus, 1980, 1984, 1985).

Mais recentemente, uma terceira geração de investigadores voltaram-se para o estudo das convergências entre o *coping* e a personalidade. Esta tendência tem sido motivada, em parte, pelo corpo cumulativo de evidências que indicam que factores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos. Por outro lado, o interesse despertado pela credibilidade científica dos estudos sobre traços de personalidade, em especial, o modelo dos Cinco Grandes Factores tem ampliado os estudos nesta direcção (Holahan & Moos, 1985; McCrae & Costa, 1986; O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). Os traços de personalidade mais amplamente estudados, que se relacionam às estratégias de *coping*, são optimismo, rigidez, auto-estima e *locus* de controlo (Carver & Scheier, 1994; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991; Lopez & Little, 1996; Parkes, 1984).

Muitos dos artigos publicados sobre *coping* referem-se à construção de instrumentos de medida. Embora muitos anos de desenvolvimento teórico e pesquisa se tenham passado, e uma grande variedade de inventários e *checklists* tenham sido desenvolvidos (por exemplo, Amirkhan, 1990; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parcker, 1990; Folkman & Lazarus, 1980), não chegamos, ainda, a um entendimento compreensivo da estrutura do *coping*.

1.5.1. O Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman - Stress

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o stress psicológico é determinado pela avaliação que o indivíduo faz de uma interacção específica com o ambiente. A avaliação é determinada por factores individuais com os seus compromissos, a sua vulnerabilidade, as

suas crenças e os seus recursos e por factores situacionais, como a natureza da ameaça e a sua eminência.

O Modelo Transaccional considera três aspectos fundamentais: os antecedentes causais, os processos causais, os processos mediadores e os efeitos a curto e a longo prazo.

Tabela 1. Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman

MODELO TRANSACCIONAL DE LAZARUS E FOLKMAN		
<i>Antecedentes Causais</i>	<i>Processos Mediadores</i>	<i>Efeitos Imediatos e Tardios</i>
❖ Variáveis Pessoais	❖ Avaliação a. Primária b. Secundária	❖ Funcionamento Psicológico
❖ Variáveis Situacionais	❖ Coping a. Centrado no Problema b. Centrado nas Emoções	❖ Funcionamento Físico ❖ Funcionamento Social

Nos antecedentes causais consideram-se as variáveis da situação, pois as situações são sempre diferentes em termos de exigências, recursos e limitações. Consideram-se também as variáveis individuais, tais como a hierarquia pessoal de valores, a experiência única de vida e as crenças.

É nos processos mediadores que surge o conceito fundamental do modelo, a avaliação. Numa avaliação primária, o indivíduo avalia a forma como a situação o pode afectar e numa avaliação secundária avalia os recursos disponíveis para fazer frente à situação.

Perante uma situação que avalia como ameaçadora, se o indivíduo considera não possuir recursos suficientes para a ultrapassar surge então o stress, que de acordo com Lazarus e Folkman (1984), é “uma relação entre a pessoa e o ambiente, que a pessoa

considera como ameaçadora, ou excedendo os seus recursos e fazendo comprometer o seu bem estar” (p.43).

A avaliação cognitiva medeia as reacções humanas e determina as emoções, ao prever as consequências que determinado acontecimento provocará no indivíduo.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o significado de um acontecimento para o indivíduo vai condicionar a sua resposta emocional e comportamental, pois o processo de avaliação cognitiva avalia o significado, a importância da situação para o seu bem-estar” (p.77).

Há determinadas características do indivíduo que determinam o processo de avaliação cognitiva, como sejam os compromissos e as crenças. Os compromissos expressam o que é importante para o indivíduo e as crenças determinam o modelam o significado atribuído aos acontecimentos.

Compromissos e crenças influenciam assim o processo de avaliação, determinando o que é mais importante para ao indivíduo, a forma como ele entende a situação e as bases para avaliar os resultados (Lazarus e Folkman, 1984). Contudo, compromissos e crenças por si só não são suficientes para explicar o processo de avaliação. Actuam em conjunto com as variáveis situacionais, para determinar a sensação de dano/prejuízo, ameaça ou desafio (Lazarus e Folkman, 1984).

É pois importante que além dos factores individuais se considere a componente situacional da relação indivíduo/ambiente, pois o grau de stress é determinado pela conjugação de factores pessoais e situacionais (Lazarus e Folkman, 1984).

Da avaliação cognitiva que o indivíduo faz do acontecimento como um todo, ou seja, da forma como avalia que a situação o vai afectar e dos recursos que avalia como disponíveis para enfrentar a situação, vai surgir a sua reacção. O indivíduo vai então adoptar estratégias para lidar com a situação, surgindo assim o *coping*.

Lazarus e Folkman consideram duas grandes linhas orientadoras do *coping*:

- Estratégias de *Coping* Activas, centradas no problema, pretendendo alterar a situação. Estão associadas à avaliação da situação como um desafio;
- Estratégias de *Coping* Passivas, centradas nas emoções, pretendendo modificar a forma de vivenciar a situação sem a modificar objectivamente. Mas diminuindo

o grau de transtorno emocional. Estão associadas à avaliação da situação como uma ameaça.

As estratégias adoptadas pelo indivíduo vão reflectir-se no seu funcionamento psicológico, físico e social.

Trata-se de um modelo transaccional e a forma como o indivíduo ultrapassar a situação vai numa próxima oportunidade funcionar como variável da situação, pois é já uma experiência, um conhecimento.

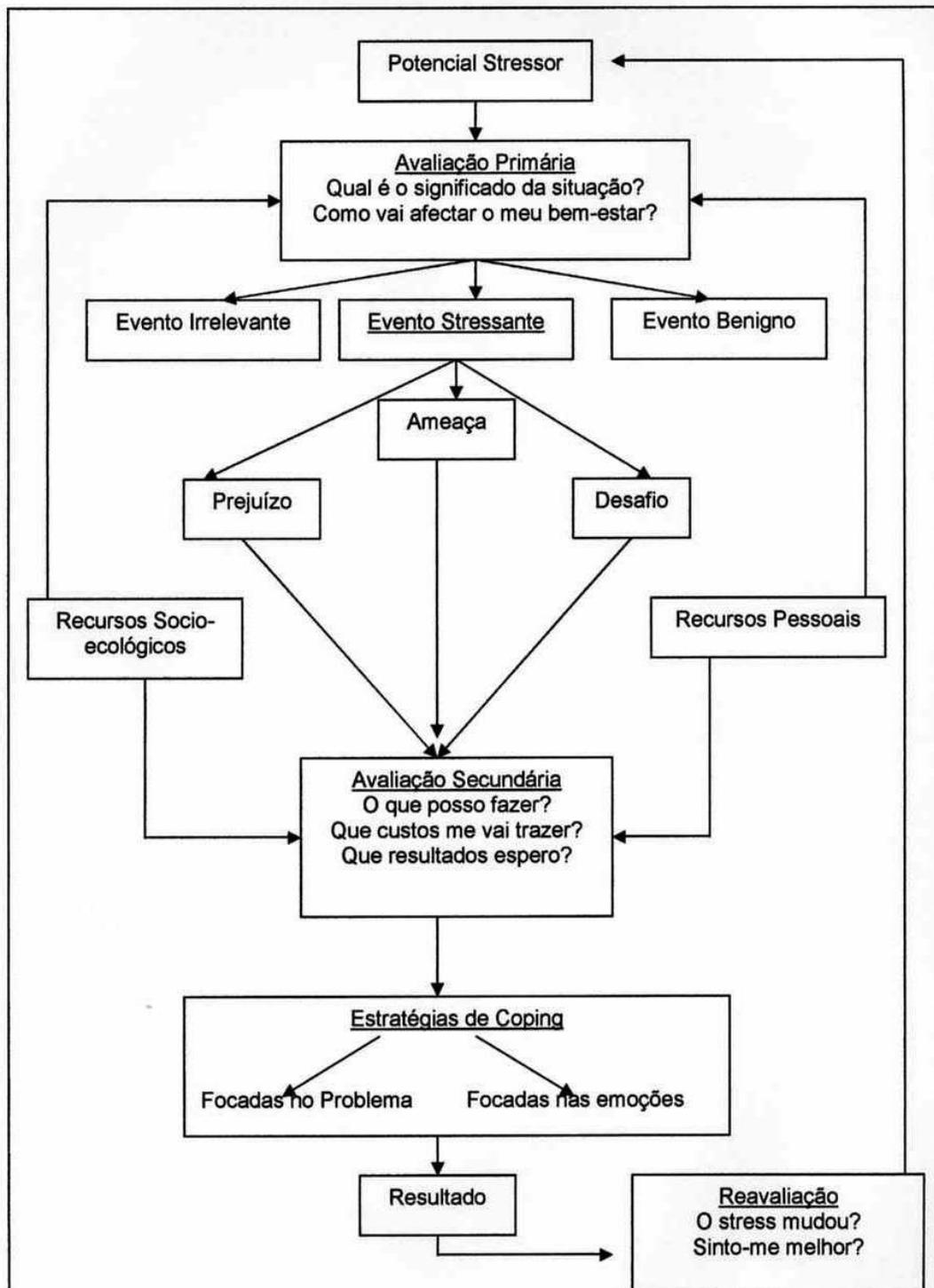


Figura 23. Explicação do Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman (Lazarus e Folkman, 1984)

Do Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman ressaltam quatro conceitos fundamentais:

- O *coping* como uma interacção entre o indivíduo e o ambiente;
- O *coping* pressupõe sempre a noção de avaliação;
- O *coping* é uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais;
- A função do *coping* é administrar a situação stressante.

1.5.2. Estratégias de *coping*

As estratégias de *coping* têm sido vinculadas a factores situacionais. Folkman e Lazarus (1980) enfatizam o papel assumido pelas estratégias de *coping*, apontando que estas estratégias podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação stressante.

As estratégias de *coping* reflectem acções, comportamentos ou pensamentos utilizados para lidar com um stressor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Segundo Folkman e Lazarus (1980), estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo da sua função. O *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao *stress*, ou é o resultado de eventos stressantes. Estes esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objectivo alterar o estado emocional do indivíduo.

Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, ver um filme de comédia na televisão, sair para correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de *stress*.

O *coping* focalizado no problema trata-se de um esforço para actuar na situação que deu origem ao *stress*, tentando mudá-la. A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está a causar a tensão. A acção de *coping* pode ser direccionada internamente ou externamente. Quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de *stress*, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas.

O *coping* focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento stressor.

Para Folkman e Lazarus (1980), o uso de estratégias de *coping* focalizando o problema ou a emoção depende de uma avaliação da situação stressora na qual o sujeito encontra-se envolvido. Existem dois tipos de avaliação. A avaliação primária é um processo cognitivo através do qual os indivíduos identificam o risco envolvido numa determinada situação de *stress*. Na avaliação secundária as pessoas analisam quais são os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focalizado no problema tende a ser empregado, enquanto o *coping* focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980).

A importância do *coping* focalizado no problema ou focalizado na emoção pode variar em resposta a diferentes tipos de *stress* ou diferentes momentos no tempo. Para Carver e Scheier (1994), estas duas categorias são facilmente percebidas, mas os seus efeitos podem ser confundidos. O *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema por remover a tensão e, similarmente, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional. Os estudos indicam que ambas as estratégias de *coping* são usadas durante praticamente todos os episódios stressantes, e que o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de stressores envolvidos (Compas, 1987).

Mais recentemente, foi apresentada uma terceira estratégia de *coping* focalizada nas relações interpessoais, na qual o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação stressante. A ideia deste tipo de resposta iniciou com o trabalho de Coyne e DeLongis (1986) e foi estudada mais aprofundadamente por O'Brien e DeLongis (1996), com o objectivo de entender melhor o papel da personalidade e dos factores situacionais na escolha das estratégias de *coping*.

1.5.3. *Coping* e Dor Crónica

As pesquisas até agora efectuadas suportam a conclusão de que uma boa adaptação à experiência de dor, depende mais do que os doentes fazem para lidar com essa dor do que

daquilo que lhes é feito, pelo que a maior parte do trabalho de adaptação à dor é feito pelo próprio doente (Jensen *et al*, 2003).

Talvez por isso e devido à sua grande importância na forma de gerir a dor, o coping tem recebido muita atenção na literatura da dor (Keefe *et al*, 2004).

A dor crónica é sem dúvida um grave problema de saúde pública, muito difícil de tratar e com muitos gastos associados e de acordo com Koleck e colaboradores (2006), a forma como os doentes lidam com a sua dor pode influenciar os resultados obtidos e diminuir significativamente os gastos.

Também Blyth e colaboradores (2005) defendem que uma boa manutenção pessoal da dor é sem dúvida um dos objectivos da terapêutica da dor crónica, pois vários estudos apontam no sentido de que uma eficaz auto-manutenção da dor está associado a melhores resultados.

Para entender a forma de reagir de um doente com dor crónica é fundamental identificar quais os predictores que podem interferir no funcionamento desse doente, quais as variáveis intervenientes que podem interferir no ciclo destrutivo em que muitas vezes o doente se vê envolvido e tem de enfrentar, numa tentativa de promoção do seu bem-estar e da sua qualidade de vida.

Não é uma tarefa fácil, pois a experiência de dor é única, subjectiva e pessoal. A interpretação e a avaliação cognitiva que o doente faz da sua dor são influenciadas pelas suas características pessoais, pelo contexto sócio-familiar e pelas crenças que desenvolveu, de acordo com a sua experiência de vida.

De acordo com Monsalve e De Andrés (1999), alguns autores demonstraram a importância das crenças do doente acerca da sua dor no controlo da mesma e nas estratégias de *coping* a adoptar.

A actividade cognitiva dos doentes com dor crónica pode contribuir para a exacerbação, abrandamento ou perpetuação da sua dor, dos comportamentos de dor, do stress afectivo e de um ajuste disfuncional, pois interfere nas estratégias de *coping* a adoptar.

Também Keefe e colaboradores (2004) referem a existência de alguns factores que podem funcionar como sinais de alerta de que o doente poderá desenvolver estratégias de *coping* mal adaptadas à sua experiência de dor. Entre esses sinais de alerta estão

determinados comportamentos, emoções e respostas familiares como a super protecção ou a ausência de suporte social, as atitudes e as crenças.

De acordo com um estudo efectuado, Jensen e colaboradores (1999) referem que determinadas crenças do doente podem ser predictoras de disfuncionalidade física e psíquica e alterações nessas crenças poderão estar associadas a alterações na disfuncionalidade do doente.

As crenças do doente e as estratégias de coping adoptadas desempenham um papel fundamental na sua adaptação à dor crónica (Jensen *et al*, 2003; Soucase *et al*, 2005).

Também para Spinhoven e colaboradores (2004) as crenças desempenham um papel fundamental na adaptação à dor crónica e podem ser definidas como pensamentos estáveis do doente acerca da sua dor. Atribuições e expectativas são os dois importantes tipos de crenças. Atribuições são interpretações da dor em termos de relevância e potencial perigo. Expectativas são pensamentos antecipados das consequências da dor e da capacidade de controlar a situação.

A ansiedade também tem emergido como um importante factor de vulnerabilidade na experiência da dor, pois o excesso de ansiedade pode exacerbar o medo da dor, levando à adopção de estratégias de *coping* negativas e ao aparecimento de respostas psicopatológicas (Keogh & Cochrane, 2002).

De acordo com Manne (2003), a imprevisibilidade de muitas doenças crónicas, assim como as perdas que implicam a nível social e ocupacional, podem conduzir as pessoas a questionarem muito daquilo em que acreditavam acerca delas próprias, gerando medo e ansiedade.

Estudos clínicos e experimentais sugerem que o medo e a ansiedade que muitas vezes se encontram associados à dor crónica, são importantes na compreensão da experiência dolorosa e funcionam como predictores da forma como os doentes vão reagir a essa experiência.

Muitas vezes a ansiedade e stress são usados como sinónimos, como uma reacção emocional. O stress é um processo mais amplo de adaptação, enquanto que a ansiedade é uma reacção emocional de alerta perante uma ameaça. Das alterações causadas pelo stress, a ansiedade é uma reacção emocional mais frequente (Vindel, n.d.).

De acordo com Folkman e Lazarus (1988), a relação entre emoções e *coping* em situações de stress é bidireccional, influenciando-se mutuamente. A avaliação da situação gera emoções. Esta avaliação e as emoções concomitantes influenciam o processo de *coping*, que por sua vez vai alterar a relação da pessoa com a situação. Vai haver uma reavaliação que conduz a alterações na qualidade e intensidade das emoções. Desta forma, o *coping* pode também ser considerado um mediador da resposta emocional.

No doente com dor crónica, a vida familiar e as actividades sociais funcionam como importantes factores de stress e as estratégias de *coping* utilizadas podem estar mais associadas a factores psicológicos do que à própria dor ou a variáveis sócio-demográficas.

Depressão e baixa auto-estima funcionam aqui como importantes predictores do uso de estratégias de *coping* centradas nas emoções (Dysvik *et al*, 2005).

As estratégias de *coping* que a pessoa utiliza dependem não só das suas possibilidades e da forma como as avalia, mas também do que pretende alcançar no confronto com a situação (Lazarus, 1991) e de acordo com Turner e colaboradores (2000), é pouco provável que determinada estratégia seja constantemente bem sucedida ou mal sucedida.

Diferentes estratégias de *coping* são utilizadas pelo mesmo indivíduo em diferentes situações. O doente necessita de enfrentar não só a sua dor, mas também o impacto dessa dor na sua vida, pois a dor é apenas um dos problemas de um doente cuja dor crónica e a causa de muitos outros problemas. Podem existir sentimentos de medo e ansiedade sobre o que está por acontecer, limitações físicas e perda de autonomia, dificuldades em mudar estilo e hábitos de vida, mudanças na rotina diária e sofrimento.

O sucesso das estratégias vai depender de uma grande variedade de factores, como os objectivos pessoais e a resposta familiar e social.

Num estudo que LaChapelle e colaboradores (2001) efectuaram para pesquisar a associação entre *coping*, adaptação à dor e controlo da situação, os resultados obtidos indicam que altos níveis de percepção de auto-controlo estão associados ao uso de estratégias sociais e cognitivas, como a busca de assistência e suporte social, numa tentativa de manter as actividades habituais. Concluem que a adaptação à dor e a percepção de controlo da situação devem ser consideradas como potenciais resultados das estratégias de *coping* adoptadas, mas também como potenciais determinantes dessas estratégias.

Assim, no contexto da dor crónica a adaptação à dor não é apenas influenciada pelas estratégias de *coping* adoptadas, mas parece também contribuir para a escolha das estratégias a adoptar.

A utilização de estratégias de *coping* é sem dúvida fundamental para o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos perante situações de stress.

Na dor crónica o *coping* activo está associado a um melhor funcionamento físico e psíquico, enquanto o *coping* passivo está associado a um pior funcionamento. Doentes que utilizam estratégias de *coping* passivas apresentam mais dificuldade em adaptar-se à sua dor crónica, relativamente aos que utilizam estratégias de *coping* activas (Turek *et al*, 1996; Anarte *et al*, 2001; Dysvik *et al*, 2005).

Num estudo efectuado, Mercado e colaboradores (2005), concluíram que o uso de estratégias passivas para lidar com a dor, aumenta substancialmente o risco de incapacidade associado à dor, pelo que consideram que o seu estudo fornece fortes evidências de que as estratégias de *coping* passivas devem ser consideradas um importante factor de risco, no aparecimento de incapacidades relacionadas com a dor.

Também de acordo com Blyth e colaboradores (2005), uma grande percentagem de pessoas que vive com a dor faz a sua vida normal, pelo que a presença da dor por si só, não determina incapacidade. Num estudo que efectuaram, concluíram que o uso de estratégias de *coping* activas está associado a menor incapacidade menor necessidade de ajuda nas actividades diárias e menos distúrbios de sono, enquanto o uso de estratégias de *coping* passivas está associados a uma maior incapacidade atribuída á dor.

A avaliação da dor crónica como um desafio está associado ao uso de estratégias centradas no problema, enquanto a avaliação como uma ameaça está associada ao uso de estratégias centradas na emoção, a uma mais baixa auto-estima e sensação de vulnerabilidade por parte do doente, com tendência para estados depressivos (Dysvik *et al*, 2005).

As estratégias adoptadas podem, com o decorrer do tempo, afectar o funcionamento físico e psicológico de tal modo, que formas desadaptativas podem agravar a dor e o impacto da mesma (Monsalve & de Andrés, 1999).

Morley e colaboradores (1999), numa revisão de estudos efectuados sobre terapia cognitivo-comportamental e comportamental na área da dor crónica, concluíram que ambas

produzem alterações significativas na avaliação que o doente faz da experiência da dor e no *coping* que utiliza, reduzindo o *coping* negativo, aumentando o positivo e melhorando assim o seu nível de actividade e o seu papel social.

McCracken e Eccleston (2006) consideram muito importante que o doente crónico aceite a sua dor, pois se ela é realmente crónica e não é possível eliminá-la, podem ser exaustivos os esforços para a controlar, assim como para reduzir o seu impacto. O processo de aceitação parece libertar o doente da preocupação com a dor, canalizando os seus esforços para desempenhar as suas actividades.

Aceitar a dor é mais que um exercício mental, uma decisão ou uma crença. Implica não se ocupar na luta contra essa dor, mas em actividades diárias, adaptando-se á dor e aprendendo a viver com ela, diminuindo assim os níveis de ansiedade (McCracken e Eccleston, 2003 e 2006).

Como referem Soucase e colaboradores (2005), no caso particular da dor crónica pretende-se que o doente se “*sinta capaz de confrontar de forma efectiva a sua dor, melhorando assim directa e indirectamente a sua qualidade de vida*” e de acordo com Soriano e Monsalve (2002a), provavelmente as estratégias mais eficazes na dor crónica, são as que eliminam a atenção e a concentração do doente na dor.

1.6. A Qualidade de Vida

O conceito qualidade de vida é utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem quotidiana, pela população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (Bowling *et al.*, 1995; Rogerson, 1995).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do sector nas últimas décadas. Os condicionantes do processo saúde-doença são multifactoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos económicos, sócio-culturais, à experiência pessoal e a estilos de vida. Consoante a mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais como das políticas públicas para o sector nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Schuttinga, 1995).

A mudança do perfil de morbimortalidade, tendência universal também nos países em desenvolvimento, indica o aumento da prevalência das doenças crónico-degenerativas. Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efectivas de controlo destas patologias têm acarretado o aumento da sobrevida das pessoas. A propósito disso, Fleck e colaboradores assinalaram que a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua esperança média de sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na tentativa de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos.

No âmbito da saúde colectiva e das políticas públicas para o sector também é possível identificar interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida. Assim, informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para

avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de patologias diversas, como na comparação entre procedimentos para o controlo de problemas de saúde (Kaplan, 1995).

Outro interesse está directamente ligado às práticas assistenciais quotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as doenças, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas comprometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. Nesses casos, a compreensão sobre a qualidade de vida do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipas de saúde (Morris *et al*, 1998).

O interesse crescente pelo constructo qualidade de vida pode ser exemplificado, ainda, por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de investigadores e de profissionais interessados no tema.

1.6.1. O conceito de Qualidade de Vida: Aspectos Históricos

Sabe-se que, já em meados da década de 70, Campbell (1976) tentou explicitar as dificuldades que cercavam a conceitualização do termo qualidade de vida, referindo que “*a qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*” (p.558). A citação dessa afirmação, feita há cerca de trinta anos, ilustra o ênfase dado na literatura mais recente às controvérsias sobre o conceito desde que este começou a aparecer na literatura associado a trabalhos empíricos.

Há indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, segundo um levantamento de estudos que tinham por objectivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da qualidade de vida.

O acentuado crescimento nas duas últimas décadas representa os esforços voltados para o amadurecimento conceptual e metodológico do uso do termo na linguagem científica.

As revisões de literatura de períodos anteriores a 1995 revelam que, ao lado dos esforços direccionados para a definição e avaliação da qualidade de vida na área de saúde, havia lacunas e desafios teóricos e metodológicos a serem enfrentados. Gill e colaboradores (1994), procuraram identificar como é que a qualidade de vida estava a ser definida e medida na área de saúde, mediante a revisão de 75 artigos que tinham este termo como títulos, publicados em revistas médicas. Depois de verificar que somente 15,0% dos trabalhos apresentavam uma definição conceptual do termo e 36,0% explicitavam as razões para a escolha de determinado instrumento de avaliação, Gill e colaboradores (1994), concluíram que havia falta de clareza e de consistência quanto ao significado do termo e à medida da qualidade de vida.

1.6.2. Qualidade de Vida: Subjectividade e Multidimensionalidade

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os investigadores da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjectividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjectividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Noutras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com qualidade de vida (The WHOQOL Group, 1995).

Investigadores enfatizam, então, que a qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais do uso do conceito quando a qualidade de vida era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde. Nesse sentido, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de

instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde (Leplège & Rude, 1995; Slevin *et al*, 1988).

O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, utilizando metodologias qualitativas (Bowling, 1995) e quantitativas (Smith *et al*, 1999; The WHOQOL Group, 1995).

1.6.3. Qualidade de Vida: Conceptualização

São identificadas duas tendências quanto à conceptualização do termo na área de saúde: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada com a saúde.

No primeiro caso, a qualidade de vida apresenta uma aceitação mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou outros compromissos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um estudo que teve como objectivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida numa perspectiva internacional e transcultural. A qualidade de vida foi definida como "*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*" (The WHOQOL Group, 1995, p.1405). Um aspecto importante que caracteriza os estudos que partem de uma definição genérica do termo qualidade de vida é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de patologias específicas.

O termo qualidade de vida relacionado com a saúde é muito frequente na literatura e tem sido utilizado com objectivos semelhantes à conceptualização mais geral. No entanto,

parece implicar os aspectos mais directamente associados às doenças ou às intervenções em saúde.

Existe uma controvérsia associada à utilização de medidas específicas da qualidade de vida relacionada com saúde. Alguns autores defendem os enfoques mais específicos da qualidade de vida, assinalando que esses podem contribuir para melhor identificar as características relacionadas a uma determinada patologia. Outros ressaltam que algumas medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde têm uma abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não-médicos associados à qualidade de vida (Gladis *et al*, 1999).

Dados de levantamentos recentes, para verificar o crescimento de medidas de avaliação da qualidade de vida e sua disponibilidade para as diversas especialidades, verificaram grande crescimento do número de instrumentos de qualidade de vida relacionada com a saúde, no período 1990-1999. Assim, Garrat e colaboradores (2002), constataram que 46,0% dos trabalhos publicados versavam sobre medidas da qualidade de vida para populações e patologias específicas, seguidas de 22,0% que trabalhavam com medidas genéricas da qualidade de vida.

1.6.4. Clarificando o Conceito: Distinção entre Qualidade de Vida e Estado de Saúde

Investigadores alertam que os termos qualidade de vida e estado de saúde aparecem na literatura muitas vezes quase como sinónimos (World Health Organization, 1994; Guyatt *et al*, 1993). Interessados na clarificação destes conceitos, Smith e colaboradores (1999) investigaram a importância de três grandes dimensões: saúde mental, função física e função social sobre a percepção da qualidade de vida e do estado de saúde, em 12 estudos que trabalharam esses indicadores com amostras de pacientes portadores de doenças crónicas (neoplasias, hipertensão, entre outras). A dimensão que teve maior poder de predição em relação ao escore da qualidade de vida foi o da saúde mental/bem-estar psicológico, sendo

que o poder preditivo da dimensão função física foi menor. No caso da percepção do estado de saúde como variável critério, a dimensão função física foi o mais forte preditor, incluindo variáveis como energia, fadiga e dor. Explorando os dados com *path analysis*, observaram, por um lado, que o score da saúde mental afectou de modo significativo os scores da qualidade de vida. Por outro lado, a função física afectou de modo mais significativo a percepção do estado de saúde. Os autores concluíram que os dois constructos são diferentes e alertaram que determinados instrumentos que avaliam a percepção do estado de saúde não devem ser usados para a avaliação da qualidade de vida.

1.6.5. As Dimensões da Qualidade de Vida

Estudos de meta-análise como o de Smith e colaboradores (1999), respondem também a questões sobre a relevância e o peso das diferentes dimensões da qualidade de vida, trazendo mais clareza ao constructo. O empreendimento da Organização Mundial de Saúde, de grande contribuição teórico-metodológica para o tema, foi desenvolvido num projecto, cuja construção se deu em quatro etapas: (a) clarificação do conceito de qualidade de vida por especialistas oriundos de diferentes culturas; (b) estudo qualitativo, em 15 cidades de 14 países, com grupos focais formados por pacientes com patologias diversas, profissionais de saúde e pessoas da população em geral, para explorar as representações e o significado do termo em diferentes culturas; (c) desenvolvimento dos testes de campo para análise factorial e de fidedignidade, validade de constructo e validade discriminativa (The WHOQOL Group, 1995 e 1998).

A natureza multidimensional do constructo foi validada, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões ou factores: (a) física - percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológica - percepção do indivíduo sobre sua condição afectiva e cognitiva; (c) do relacionamento social - percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados na vida; (d) do ambiente - percepção

do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além dessas dimensões, obteve-se uma avaliação da qualidade de vida percebida de modo global, medida por quatro itens específicos que foram compactados num único score. As quatro dimensões subdivididas em 24 facetas mais os itens referentes à qualidade de vida geral constituem o *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida* da OMS (The WHOQOL Group, 1998).

1.6.6. Qualidade de Vida e Dor Crónica

A avaliação da qualidade de vida deve ocupar um lugar de destaque na compreensão do modo com vive um doente com dor crónica, pois como refere Shaw (2006), disfuncionalidade e qualidade de vida são conceitos sempre interrelacionados quando se fala de dor crónica e de acordo com Katz (2002), a qualidade de vida tem vindo a ser reconhecida como um dos mais importantes parâmetros na avaliação das terapias médicas, incluindo o tratamento da dor, devido ao efeito deteriorante que esta provoca em todos os aspectos da vida do doente.

Existem evidências de que a dor crónicaa independentemente da sua etiologia, conduz a uma mais fraca qualidade de vida relativamente à população saudável (Petra^k *et al*, 2003).

De acordo com Lamé e colaboradores (2005), a dor crónica tem um impacto negativo na qualidade de vida, com consequências também negativas na saúde em geral e no bem-estar psíquico e social. Está associada a altos níveis de ansiedade, depressão e disfunção funcional e social.

As restrições físicas causadas pela dor crónica, desempenham um papel importante no declínio das componentes psicológica e social da qualidade de vida (Doeglas, n. d.) e Anarte e colaboradores (2001), entendem a dor como uma experiência que coloca as

peessoas sob stress, pois atenta directamente contra o seu bem-estar, afectando a sua qualidade de vida.

A medicina actual, com todo o conhecimento e tecnologia de que dispõe com capacidade de muitas vezes prolongar a vida, tem em mãos muitos doentes crónicos, desejosos de manter as suas actividades familiares e sociais.

Assim, é fundamental que todos os profissionais que trabalham na área da dor crónica conjuguem esforços e articulem cuidados, no sentido de ajudar o doente a obter a melhor qualidade de vida possível.

Felizmente que, como referem Monsalve, Soriano e De Andrés (2006), a qualidade de vida é actualmente um dos elementos que mais se valoriza nas Unidades de Tratamento de Dor, pois a dor nem sempre tem solução e pretende-se que o doente mantenha a sua qualidade de vida.

1.7. Relações entre Conceitos-Chave

1.7.1. Bruxismo e Dor Orofacial Crónica

Relativamente à possível relação existente entre bruxismo e dor orofacial crónica, Kobs e colaboradores (2005) sugerem que existe uma relação sólida entre a incidência do bruxismo e a sensibilidade das A.T.M. com achados na palpação muscular. Conclui-se que o bruxismo intenso pode conduzir de forma predominante a fenómenos patológicos nos músculos e nas articulações. Além deste facto, Aydin e colaboradores (2004) verificaram que o stress agrava a dor muscular já existente, resultante do bruxismo.

Quando ocorre uma alteração na oclusão, o sistema neuro-muscular reage de forma directa, numa primeira fase com a hiperactividade dos músculos mastigatórios, que causa problemas temporários nesta musculatura. Numa reacção fisiológica, o stress psíquico pode

levar ao uso do órgão mastigatório como defesa, a qual se manifesta através do bruxismo. Como consequência, surge sobrecarga dos músculos mastigatórios com tendo-miopatias (Slavicek, 2006), havendo compressão directa as estruturas, especialmente quando o padrão de bruxismo mais observado é o retrusivo. Esta compressão é muitas vezes acompanhada de fadiga muscular e leva a mecanismos de dor “protectores” ou a padrões musculares de defesa. É importante referir que em situações de luxação a articulação perde muitas vezes a função protectora do disco articular da A.T.M., havendo um desequilíbrio no mecanismo de defesa.

1.7.2. Bruxismo e Personalidade

Segundo Laving (1997), o bruxismo nocturno pode ser considerado um comportamento motor orofacial normal em que certos factores, como a patologia, o stress, a personalidade, o álcool e a medicação aumentaram a actividade muscular normal.

Segundo Slavicek (2006), existem associações definitivas entre a estrutura da personalidade individual - no que diz respeito a comportamentos agressivos espontâneos e reactivos - e a tendência para bruxismo crónico. Como tal, o comportamento agressivo pode ser uma razão para o uso parafuncional do órgão mastigatório (Kail, 1986).

O stress parece ser apenas significativo quando associado à personalidade tipo A, uma vez que sugere-se que esta associação aumenta a probabilidade de desenvolvimento de bruxismo. É de notar que este é um tipo de personalidade que intensifica os efeitos dos estressores do trabalho (Pingitore *et al*, 1991). Os indivíduos com personalidade do tipo A andam, comem e falam rapidamente, são agressivos, competitivos e sentem-se constantemente pressionados pelo tempo. Têm uma necessidade grande, possivelmente insaciável, de ter sucesso (Cunha, 2000).

De acordo com esta teoria, indivíduos com bruxismo crónico utilizam o órgão mastigatório como uma “válvula” para o stress. Assim, o uso parafuncional do órgão mastigatório para a regulação emocional toma lugar no subconsciente. Os indivíduos inibidos, tímidos, apresentam uma maior dificuldade em lidar com problemas stressantes, manifestando-se o bruxismo no subconsciente. Nestes casos o órgão mastigatório serve como um "escape" ao stress somático (Slavicek, 2006). Factores como diferenças

proporcionais na efectividade do sistema límbico, a integração forçada em áreas sociais que provocam constrição na personalidade do indivíduo, a necessidade de “rótulo social” como “bom” ou “mau” no sistema hierárquico da sociedade criam problemas que precisam de ser resolvidos. Assim, um grande número de indivíduos da população geral estão sujeitos a virem a desenvolver bruxismo ocasional ou permanente. Nestes casos, o órgão mastigatório serve de ferramenta para o alívio do stress e não utilizado de forma errónea, como geralmente é postulado (Slavicek, 2006).

1.7.3. Dor Orofacial Crónica e Factores Psicossociais

Ao longo do tempo, a importância dos factores psicossociais tem sido enfatizada na dor orofacial crónica (Rollman & Gillespie, 2000). Pensa-se que estes apresentam um papel na causa e no desenvolvimento da dor (Rugh, 1992) e que poderão ser responsáveis pela predisposição à cronicidade (Gatchel *et al*, 1996).

Os indivíduos com dor orofacial crónica podem apresentar uma combinação de manifestações psicológicas e somáticas (Mohl & Ohrbach, 1994). Poderão também apresentar dificuldades em recorrer a estratégias de *coping* pelo aumento de stress e pelas características de personalidade (De Leeuw *et al*, 1994). Por outro lado, foi postulado que as perturbações psicológicas podem ser uma consequência directa da dor orofacial crónica. (Murray *et al*, 1996). Os indivíduos que se consideram tensos apresentam um risco de 3,4 a 8,5 vezes superior aos que não se consideram (Wänman & Agerberg, 1990). Os conflitos em casa e no trabalho, os problemas financeiros e os reajustes culturais aumentam o nível de stress, os hábitos parafuncionais, mais propriamente o bruxismo e sobrecarga o órgão mastigatório (Okeson, 1998). O stress altera também a capacidade de tolerância à dor. (Zarb & Carlsson, 1994). Por outro lado, a dor crónica pode causar stress, alterações comportamentais e emocionais. (Schwarzman & McLellan, 1987), embora estes factores também possam ser causa de dor (Rugh & Davis, 1992).

A subcategorização dos pacientes com dor orofacial crónica sugere que aqueles que apresentam dor de origem miofascial têm mais compromissos psicológicos que aqueles apresentam dor de origem artrogénea. (Levitt & McKinney, 1994; Bosman *et al*, 1995; Spruijt & Wabeke, 1995). O indivíduos com dor muscular crónica apresentam níveis

aumentados de somatização (McGregor *et al*, 1996), os quais representam cerca de 20% da população que recorre frequentemente a cuidados de saúde (Karlsson *et al*, 1997).

Segundo Wilson e colaboradores (1991) são principalmente os indivíduos com dor crónica nos músculos mastigatórios que referem sintomas, comparando com grupos de controlo e têm maior predisposição para serem mais sensíveis ao estímulo doloroso (Reid *et al*, 1994).

Numerosos estudos sugerem que existe uma grande prevalência de depressão em indivíduos com dor orofacial crónica (McCreary *et al*, 1991; Gallagher *et al*, 1991; Gatchel *et al*, 1996; Korszun *et al*, 1996; Carlson *et al*, 1998; Madland *et al*, 2000).

Segundo Yan e colaboradores (2007), a dor orofacial crónica exerce um grande impacto nas actividades da vida diária, no nível de distress psicológico e na qualidade de vida em indivíduos idosos chineses.

A auto-eficácia para lidar com a dor é considerada importante para a adaptação dos indivíduos com dor orofacial crónica (Brister, 2006).

Um estudo sugere que a dor orofacial crónica prejudica as actividades do trabalho (59,09%), da escola (59,09%), o sono (68,18%) e o apetite/alimentação (63,64%). Com estes dados os autores concluíram que este tipo de dor tem um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo (Bermudez *et al*, 2003).

Dao e colaboradores (1994) sugerem que a dor orofacial crónica com origem no bruxismo não fisiológico diminui o nível de qualidade de vida da população geral, sugerindo-se também que a maioria da população adulta de Hong Kong recorre a estratégias de *coping* (MacMillan, 2006).

1.7.4. Dor Orofacial Crónica e Personalidade

Segundo Ciccone e colaboradores (2000) e Ferla (1992), alguns tipos de dor orofacial crónica correlacionam-se com a presença de um determinado número de sintomas e distúrbios específicos da personalidade.

Indivíduos com dor orofacial crónica sofrem de negativismo psicológico e de alterações de personalidade (Wickers & Boocock, 2005).

Num estudo experimental com um grupo experimental dividido em indivíduos com

dor orofacial de origem muscular e indivíduos com dor orofacial de origem articular e com um grupo de controlo sem sintomatologia, verificou-se que o neuroticismo tinha predomínio no grupo muscular, enquanto que a conscienciosidade tinha predomínio no grupo articular (Ferrando *et al*, 2004).

Segundo Harkins e colaboradores (1989), os indivíduos neuróticos e os extrovertidos referem intensidades de dor orofacial crónica mais elevadas que indivíduos com outros traços de personalidade.

Perante todos os estudos acima referidos, pode-se dizer que já existe alguma literatura que revela a tentativa de verificar se de facto existe relação entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade. Com este estudo pretende-se dar um passo à frente, uma vez que é utilizada uma população de bruxómanos, tendo em conta os novos conceitos de bruxismo como uma função fisiológica. Se esta relação se verificar após a conclusão do trabalho de investigação, será uma mais valia, na perspectiva da prevenção.

Pretende-se então contribuir para que haja um maior cuidado para se evitar determinados factores de risco, como situações oclusais que favoreçam o bruxismo não fisiológico, traumas, factores psicológicos e psicossociais, como o stress e as alterações comportamentais e emocionais. Haverá igualmente uma contribuição para ajudar objectivamente o profissional de saúde no diagnóstico da dor orofacial crónica relacionada com traços de personalidade.

Ir-se-à também fazer uma tentativa de se contribuir para o estudo da prevalência/existência de casos de bruxismo não fisiológico, do nível médio de qualidade de vida, do domínio de personalidade predominante e das estratégias de *coping* mais utilizadas na amostra estudada e ainda de se verificar se a personalidade pode explicar o bruxismo, uma vez que através da pesquisa efectuada não se encontraram estudos que discriminassem estes aspectos.

II. Objectivos

O objectivo geral do estudo é “Verificar se existe correlação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos”.

Os objectivos específicos do estudo são:

- Verificar se existem correlações significativas entre personalidade e *coping*, personalidade e qualidade de vida e personalidade e variáveis sociodemográficas;
- Verificar a prevalência/existência de casos de bruxismo não fisiológico na amostra estudada;
- Verificar se existem diferenças significativas de médias entre grupos constituídos em função de diversas variáveis;
- Verificar o domínio de personalidade predominante da amostra;
- Verificar as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos indivíduos constituintes da amostra;
- Verificar o nível médio de qualidade de vida dos indivíduos constituintes da amostra;
- Verificar se é possível formar grupos de personalidade e compará-los entre si;
- Verificar se variáveis sociodemográficas, intensidade de dor orofacial crónica, personalidade e *coping* podem explicar o bruxismo.

III. Metodologia

1. População Alvo e Amostra

A população alvo deste estudo é constituída pelos doentes de medicina dentária da A.P.M.D.I.A., mais propriamente doentes do departamento de Oclusão (bruxómanos), encontrando-se distribuídos por consultórios na região de Lisboa, Ericeira, Tomar, Santa Catarina da Serra, Fátima, Portimão, Vila Real de Santo António e Amora. No momento da recolha da amostra e dos dados, a população total do departamento de Oclusão da A.P.M.D.I.A. era constituída por 145 doentes bruxómanos.

Esta instituição trata-se de uma academia fundada em 2006 por um grupo de Médicos Dentistas que tiveram contacto com o Professor Doutor Rudolf Slavicek, um dos máximos expoentes mundiais da área da oclusão, durante o mestrado leccionado pela pareceria da Universidade de Krems (Áustria) e do Instituto Superior de Ciência da Saúde – Sul (Portugal).

O objectivo ou a missão desta academia é reunir todos os profissionais que estudaram com, assistiram a colóquios ou leram as publicações do Professor Doutor Rudolf Slavicek, juntamente com todos e quaisquer profissionais dentro e fora do mundo académico que tratem ou desejem tratar os seus doentes com os mais avançados métodos e tecnologias.

A A.P.M.D.I.A. pretende também que seja difundido o conhecimento do desenvolvimento evolutivo do órgão mastigatório, bem como aprofundar o conhecimento das funções da mastigação, fala, deglutição, respiração, estética, controlo do stress e das actividades parafuncionais.

A discussão específica de casos clínicos no âmbito da A.P.M.D.I.A. inclui obrigatoriamente o diagnóstico preciso de todas as estruturas presentes no órgão mastigatório, incluindo a dentição e suas estruturas de suporte, a A.T.M. e os seus movimentos, o sistema neuromuscular, a oclusão e o sistema nervoso central, aos níveis da

região psíquica e somática (Retto, 2006).

A amostra foi constituída por 37 participantes, doentes bruxómanos do departamento de Oclusão da A.P.M.D.I.A., ou seja, 25% da população alvo, entre os 20 e os 63 anos de idade.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística – intensional - através das fichas de registo dos doentes do departamento de Oclusão da A.P.M.D.I.A., após a triagem inicial.

Os critérios de inclusão de recolha da amostra foram: presença de sinais evidentes de bruxismo, a presença de dor orofacial crónica, faixa etária dos 17 (idade mínima limite para aplicação do Inventário dos Cinco Factores NEO) aos 80 anos de idade (por razões de compreensão), indivíduos que não estivessem sob efeito de medicação analgésica nem em tratamento ortodôntico.

Os critérios de exclusão foram: ausência de sinais evidentes de bruxismo, ausência de dor orofacial crónica, idade inferior aos 17 anos e idade superior aos 80, indivíduos alcoólicos, com patologia cognitiva-comportamental, indivíduos sob efeito de medicação analgésica e em tratamento ortodôntico.

2. Materiais

A recolha de dados realizou-se através de observação não-participante – Método dos Testes (testes e listas de verificação).

Os instrumentos utilizados foram:

- Avaliação da amostra: Questionário de caracterização da amostra (Anexo 9). Este questionário tem com objectivo a recolha de dados necessários à caracterização da amostra. Inclui questões sobre: nome, idade; sexo; se vive só ou acompanhado; qual o nível de estudos; se toma medicação actualmente medicação e qual; se apresenta úlceras gástricas, hiper-desenvolvimento do córtex supra-renal ou contracção da glândula do timo [manifestações de stress por inexistência de funcionamento adequado do órgão mastigatório

(Tanaka *et al*, 1983)]; se o indivíduo sente que aperta ou range os dentes, de noite ou de dia, se sente dores de cabeça com frequência, se costuma ter uma sensação de fadiga nos músculos da face, se sofre de espasmos ou contraturas nos músculos da região do pescoço e ombros, se já usou um dispositivo oclusal como uma goteira, se já efectuou tratamento ortodôntico [bons indicadores de que a dor está relacionada com bruxismo não fisiológico (Slavicek, 2006)]; se apresenta dor, qual o seu tipo [moinha, latejante, sensação de pressão (dor somática); sensação de queimadura, lancinante (dor neuropática); intensa, exagerada (dor idiopática)], qual a sua intensidade (Escala Visual Analógica) e qual o momento do dia do seu aparecimento, agravamento, alívio e desaparecimento.

- Avaliação da intensidade de dor orofacial crónica: Escala Visual Analógica (E.V.A.) (incluída no questionário de caracterização da amostra, abaixo da questão sobre o “tipo de dor”). Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha recta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo. Pode ser utilizada a partir dos três anos de idade. (DGS – Circular normativa nº 9/DGCG, 2003; Galvão e Gomes da Silva, 2005).

- Avaliação do bruxismo: modelos de gesso e *BruxCheckers*. Os modelos de gesso são uma forma fidedigna de avaliar alterações na morfologia dentária, como lesões de abrasão e de abfração, indicadoras de bruxismo cêntrico, excêntrico ou misto (Slavicek, 2006).

Inicialmente são recolhidos moldes das arcadas superiores e inferiores com alginato, os quais posteriormente são vazados a gesso (Fotos 1, 2 e 3).



Fotos 1, 2 e 3. Modelos de gesso

Os *BruxCheckers* são um novo instrumento de diagnóstico que permite diagnosticar objectivamente o bruxismo nocturno quanto à existência, ao seu padrão e quantidade (Sato, 2005) (figura 1). Este instrumento é elaborado através de um aparelho de prensagem de folhas termoplásticas a vácuo (Erkoform – 3d 188 500®) (Foto 4). As folhas termoplásticas utilizadas são constituídas por *polivinyl* de 0,1 mm (Erkodent ®), as quais são submetidas a uma pintura a cor com marcadores de tinta biológica. Por efeito de vácuo e de temperaturas elevadas (150°C), estas folhas moldam-se aos modelos de gesso, adquirindo a sua forma. Após este processo, passam a estar preparadas para a sua utilização. O padrão e a quantidade do bruxismo analisam-se através das regiões de desgaste da cor (Fotos 5, 6 e 7)



Foto 4. Aparelho de prensagem de folhas termoplásticas a vácuo (Erkoform – 3d 188 500 ®)



Fotos 5, 6 e 7. *BruxCheckers*

- Avaliação da personalidade: Inventário dos Cinco Factores NEO (NEO-FFI) – versão portuguesa (Anexo 10). Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento que permite avaliar as cinco principais dimensões, ou domínios da personalidade, assim como de algumas facetas ou traços que definem cada um dos domínios. Em conjunto, as cinco escalas dos domínios (N: Neuroticismo; E: Extroversão; O: Abertura à Experiência; A: Amabilidade e C: Conscienciosidade) e as 30 escalas das facetas permitem uma avaliação compreensiva da personalidade adulta, em diferentes contextos: clínico, vocacional, organizacional e laboral, saúde e investigação (Tabela 2). O instrumento apresenta 60 itens e outros três itens adicionais (*validity check items*) que perguntam ao sujeito se respondeu ao questionário com honestidade, se respondeu a todos os itens e se marcou correctamente as suas respostas (Barros, 1997).

Tabela 2. Domínios avaliados pelo NEO-FFI, com as respectivas facetas (Costa e McCrae, 2000)

DOMÍNIOS	
N : Neuroticismo E : Extroversão O : Abertura à Experiência A : Amabilidade C : Conscienciosidade	
Facetas do Neuroticismo N1 : Ansiedade N2 : Hostilidade N3 : Depressão N4 : Auto-consciência N5 : Impulsividade N6 : Vulnerabilidade	Facetas da Abertura à Experiência O1 : Fantasia O2 : Estética O3 : Sentimentos O4 : Acções O5 : Ideias O6 : Valores
Facetas da Extroversão E1 : Acolhimento caloroso E2 : Gregariedade E3 : Assertividade E4 : Actividade E5 : Procura de Excitação E6 : Emoções Positivas	Facetas da Amabilidade A1 : Confiança A2 : Rectidão A3 : Altruísmo A4 : Complacência A5 : Modéstia A6 : Sensibilidade
Facetas da Conscienciosidade C1 : Competência C2 : Ordem C3 : Obediência ao dever C4 : Esforço de realização C5 : Auto-Disciplina C6 : Deliberação	

É pedido ao doente que, numa escala de Likert de cinco pontos coloque uma cruz na quadrícula que reflecte a sua forma de ser, sendo que zero = discordo fortemente, um = discordo, dois = neutro, três = concordo e quatro = concordo fortemente.

Somando a pontuação dos itens correspondentes à respectiva escala, vemos em qual o doente pontua mais. Para este fim, existe itens directos e inversos para cada escala, sendo os directos (+) os itens que correspondem directamente e os inversos (-) que correspondem inversamente à respectiva escala.

Tabela 3. Itens directos e inversos de cada escala do NEO-FFI

NEO-FFI	Itens directos (+)	Itens Inversos (-)
Neuroticismo	1, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 51	6, 41, 46, 56
Extroversão	2, 7, 12, 22, 32, 47, 52	17, 27, 37, 42, 57
Abertura à experiência	3, 13, 18, 28, 33, 48, 53	8, 23, 38, 43, 58
Amabilidade	4, 24, 29, 39, 44, 49	9, 14, 19, 34, 54, 59
Conscienciosidade	10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45	5, 50, 55, 60

A escala Neuroticismo avalia a relação adaptação / instabilidade emocional. Identifica, por conseguinte, indivíduos preocupados, nervosos, hipocondríacos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, com tendência para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas. O aspecto central deste domínio é a tendência a experienciar afectos negativos, como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa (Costa e McCrae, 2000).

- Características do sujeito com pontuação alta: preocupado, nervoso, emocionalmente inseguro, sentimento de inadequação e hipocondríaco.
- Características do sujeito com pontuação baixa: calmo, relaxado, resistente, seguro, não-emotivo e satisfeito consigo.

O domínio Extroversão representa pessoas sociáveis, que para além de apreciarem o convívio com os outros, com os grupos e as multidões, são também afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, activos e conversadores. Gostam, por conseguinte, da excitação e da estimulação e tendem a ser alegres, animados, enérgicos e optimistas. A extroversão traduz, consequentemente, a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria (Costa e McCrae. 1990).

- Características do sujeito com pontuação alta: sociável, activo, falador, orientado para a relação interpessoal, optimista, amante da diversão e afectuoso.
- Características do sujeito com pontuação baixa: reservado, sóbrio, pouco exuberante, distante, orientado para a tarefa, tímido e silencioso.

A escala Abertura à Experiência representa indivíduos curiosos em relação aos eu mundo interior e exterior, sendo as suas vivências muito ricas. Estão dispostos a tomar em consideração novas ideias e valores não convencionais e experienciam um leque mais variado de emoções (Costa e McCrae, 1994).

- Características do sujeito com pontuação alta: curioso, com interesses diversos, criativo, original, imaginativo e não tradicional.
- Características do sujeito com pontuação baixa: convencional, pragmático, limitado, não artístico e não analítico.

O domínio Amabilidade, tal como a extroversão, diz respeito às tendências interpessoais e refere-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. A pessoa amável é, fundamentalmente altruísta, de bons sentimentos, benevolente, digna de confiança, prestável, disposta a acreditar nos outros, recta, inclinada a perdoar. É também simpática para com os outros e acredita, por sua vez, que os outros serão igualmente simpáticos (Barros, 1997).

- Características do sujeito com pontuação alta: sentimental, bondoso, de confiança, prestável, disposto a perdoar, crédulo e recto.
- Características do sujeito com pontuação baixa: cínico, rude, desconfiado, pouco cooperativo, vingativo, impiedoso, irritável e manipulador.

A escala Conscienciosidade avalia o grau de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Muitas das teorias da personalidade, sobretudo as psicodinâmicas, referem-se ao controlo dos impulsos (Barros, 1997).

- Características do sujeito com pontuação alta: organizado, confiável, trabalhador, auto-disciplinado, pontual, escrupuloso, arranjado, ambicioso e perseverante.
- Características do sujeito com pontuação baixa: irresponsável, preguiçoso, despreocupado, frouxo, negligente, idonista e sem objectivos.

Pode ser aplicado em indivíduos a partir dos 17 anos de idade, desde que não sofram de perturbações como, por exemplo, psicose e demência e que estejam aptos a

completar medidas de auto-avaliação, de forma fiel e válida (Barros, 1997).

- Avaliação da qualidade de vida: *Short Form-36 Health Survey*, versão dois (SF-36, V.2) – versão portuguesa (Anexo 11). Trata-se de um questionário geral de saúde, composto de 36 itens distribuídos por nove escala, as quais se distribuem pelas Componentes Física e Mental: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral (Componente Física); Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental (Componente Emocional). É também englobada uma escala de Transição ou Mudança de Saúde que não constitui por si só uma dimensão, mas pretende avaliar o grau de mudança geral em saúde com base na experiência previamente vivida. (Quadro 1).

Apesar deste instrumento ter sido inicialmente construído para a avaliação do estado de saúde geral, tem sido utilizado como critério de qualidade de vida em múltiplos estudos de distintos problemas de saúde, assim como no âmbito da dor crónica (Ferreira, 2000).

O SF-36, V.2 foi construído para representar oito dos conceitos mais importantes em saúde, os quais se encontram também representados na seguinte tabela de informação de pontuação do instrumento.

Tabela 4. Informação sobre o sistema de pontuação do SF-36, V.2 (Ferreira, 2000)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
DIMENSÃO	PERG.S	VALS	TRANSFORMAÇÃO	MIN	MAX
FF Função Física	3a - 3j	1 - 3	x → x	10	30
DF Desempenho físico	4a - 4d	1 - 2	x → x	4	8
DC Dor corporal	7	1 - 6	1 → 6.0 4 → 3.1 2 → 5.4 5 → 2.2 3 → 4.2 6 → 1.0	2	12
	8	1 - 5	7 falta 7=1 7=2.....6 1 → 6.0 1 → 6.0 x → 6 - x 2 → 4.75 1 → 4.0 3 → 3.5 1 → 3.0 4 → 2.25 1 → 2.0 5 → 1.0 1 → 1.0		
SG Saúde geral	1	1 - 5	1 → 5.0 4 → 2.0 2 → 4.4 5 → 1.0 3 → 3.4	5	25
	11a, 11c	1 - 5	x → x		
	11b, 11d	1 - 5	x → 6 - x		
VT Vitalidade	9a, 9e	1 - 6	x → 7 - x	4	24
	9g, 9i	1 - 6	x → x		
FS Função social	6	1 - 5	x → 6 - x	2	10
	10	1 - 5	x → x		
DE Desempenho emocional	5a - 5c	1 - 2	x → x	3	6
SM Saúde mental	9b, 9c, 9f	1 - 6	x → x	5	30
	9d, 9h	1 - 6	x → 7 - x		
MS Mudança de saúde	2	1 - 5	x → x	—	—

x → x representa a transformação identidade

Ao doente é pedido que assinale no questionário a resposta escolhida com um círculo, a qual é cotada de um a três ou de um a cinco, conforme o item.

Os itens de cada sub-escala são somados e codificados, sendo posteriormente transformados numa escala de zero a cem, em que zero corresponde a um pior estado de saúde e cem a um melhor estado de saúde.

Depois de calculada a pontuação de cada escala através da soma dos respectivos itens, os valores são transformados para uma escala de zero a cem através da fórmula:

$$\text{Escala Transformada} = \frac{\text{Soma} - \text{Min}}{\text{Max} - \text{Min}} \times 100$$

SOMA indica o valor da soma dos itens e MAX e MIN os valores mínimo e máximo correspondentes a essa soma e representados nas colunas cinco e seis da tabela anterior. O valor obtido corresponde à percentagem da total pontuação possível.

A seguinte tabela representa a definição das dimensões do SF-36, V.2

Tabela 5. Definição das dimensões do SF-36, V.2 de acordo com a respectiva pontuação adaptada de Ribeiro, 2005, p.85.

Dimensões	Amplitude da Pontuação	Significado da Pontuação	
		Baixa	Elevada
Função Física	10-30	Muito limitado na realização das suas actividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir, por razões de saúde.	Realiza todos os tipos de actividade física, incluindo as mais exigentes, sem limitações por motivos de saúde.
Desempenho Físico	4-8	Problemas com o trabalho ou outras actividades diárias, devido à saúde física.	Sem problemas na realização do trabalho ou outras actividades diárias, devido à saúde física.
Dor corporal	2-12	Dor muito intensa e limitativa.	Sem dor ou limitação devido à dor.
Saúde geral	5-25	Avalia a sua saúde como má e acredita que ela vai piorar.	Avalia a sua saúde como excelente.
Vitalidade	4-24	Sente-se cansado e exausto a maior parte do tempo.	Sente-se animado e cheio de energia.
Função social	2-10	Os problemas emocionais e físicos interferem de forma extrema e frequente com as actividades sociais normais.	Realiza as actividades sociais normais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram.
Desempenho emocional	3-6	Como resultado de problemas emocionais, tem dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias.	Não tem dificuldades com o trabalho ou outras actividades diárias devido a problemas emocionais.
Saúde Mental	5-30	Sente-se sempre nervoso e deprimido.	Sente-se sempre em paz, feliz e calmo.
Transição de Saúde	1-5	Acredita que a saúde geral é muito melhor agora do que há um ano.	Acredita que a saúde geral é muito pior agora do que há um ano.

As várias escalas contêm de 2 a 10 itens e são pontuadas através do método de Likert (1932). Os conteúdos abreviados dos itens de cada escala estão apresentados na tabela 6 a seguir.

Tabela 6. Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36, V.2 (Ferreira, 2000)

	ESCALA	ITEM	CONTEÚDO ABREVIADO		
FF	Função Física	3a	Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos		
		3b	Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa		
		3c	Levantar ou carregar as compras da mercearia		
		3d	Subir vários lanços de escada		
		3e	Subir um lanço de escadas		
		3f	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se		
		3g	Andar mais de 1 Km		
		3h	Andar vários quarteirões		
		3i	Andar um quarteirão		
		3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a		
		DF	Desempenho físico	4a	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades
				4b	Fez menos do que queria
4c	Limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades				
4d	Dificuldade em executar o trabalho ou outras actividades				
DC	Dor corporal	7	Intensidade das dores		
		8	Interferência da dor no trabalho normal		
SG	Saúde geral	1	A sua saúde é: óptima, muito boa, boa, razoável, fraca		
		11a	Parece que adoço mais facilmente do que os outros		
		11b	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa		
		11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar		
		11d	A minha saúde é óptima		
VT	Vitalidade	9a	Cheio/a de vitalidade		
		9e	Com muita energia		
		9g	Sentiu-se estafado/a		
		9i	Sentiu-se cansado/a		
FS	Função social	6	Interferência dos problemas de saúde nas actividades sociais normais		
		10	Número de casos em que a saúde física interferiu nas actividades sociais		
DE	Desempenho emocional	5a	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades		
		5b	Fez menos do que queria		
		5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume		
SM	Saúde mental	9b	Sentiu-se muito nervoso/a		
		9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava		
		9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo		
		9f	Sentiu-se triste e em baixo		
		9h	Sentiu-se feliz		
MS	Mudança de saúde	2	Classificação da saúde actual comparada com o que acontecia há um ano		

Pode ser aplicado em indivíduos a partir dos 14 anos de idade (Ferreira, 2000);

- Avaliação das estratégias de *coping*: *Cuestionário de Afrontamiento Del Dolor* (CAD-R) – versão portuguesa (Anexo 12). Trata-se de um questionário de avaliação de estratégias de *coping* na dor. É constituído por 24 itens distribuídos por seis escalas: Religião, Catarse, Distracção, Auto-controlo Mental, Auto-afirmação e Procura de Informação (Tabela 6). Estas seis escalas são divididas entre passivas e activas, sendo as passivas as duas primeiras supra mencionadas e as passivas as restantes (Soriano & Monsalve, 2004).

É pedido ao doente que, numa escala de Likert de cinco pontos coloque uma cruz na quadrícula que reflecte a sua forma de agir, em função da frequência com que utiliza a estratégia em questão quando tem dor, sendo que um = nunca, dois = poucas vezes, três = nem muitas nem poucas vezes, quatro = muitas vezes e cinco = sempre.

Somando a pontuação dos itens correspondentes à respectiva sub-escala, vemos em que estratégia o doente pontua mais.

As seis escalas encontram-se centradas na emoção, excepto a última, que se centra mais no problema.

A escala Religião pode definir-se como a utilização de técnicas cognitivas ou comportamentais para confrontar situações stressantes que provêm da religião ou espiritualidade, estabelecendo-se como uma estratégia efectiva para múltiplas circunstâncias stressantes (Soriano & Monsalve, 2004).

A estratégia Catarse refere-se a verbalizações acerca da dor que se traduzem no alívio produzido pelo acto de se comentar com outros sobre o problema e de se procurar a sua compreensão (Soriano & Monsalve, 2004).

A estratégia distracção refere-se a um conjunto de acções que pretendem que o indivíduo não se concentre na sua dor (Soriano & Monsalve, 2004).

A escala Auto-controlo Mental refere-se a esforços cognitivos para tentar diminuir a dor, referindo-se a escala de Auto-afirmação a diversas formas que o indivíduo tem para dar ânimo a si próprio para não desfalecer (Soriano & Monsalve, 2004).

Por fim, a escala Procura de Informação refere-se às consultas que o indivíduo se dirige com o propósito de saber mais sobre o seu problema, de forma a resolvê-lo (Soriano & Monsalve, 2004).

Tabela 7. Exemplos dos itens que constituem as seis escalas do CAD-R (Dias, 2006)

Escala I: Religião
Rezo para que as minhas dores desapareçam
Rezo para conseguir força e orientação sobre o problema
Escala II: Catarse (procura de apoio social emocional)
Quando tenho dor tento falar com alguém e contar-lhe o que me está a acontecer. Isto ajuda-me a suportá-lo
Quando tenho dor digo aos outros o muito que me dói, pois ao partilhar os meus sentimentos, sinto-me melhor
Escala III: Distracção
Quando tenho dor, penso noutra coisa
Ignoro a dor, pensando noutra coisa
Escala IV: Auto-afirmação
Penso que tenho que ter forças para não desfalecer
Animo-me para aguentar a dor
Escala V: Auto-controlo mental
Concentro-me no ponto em que mais me dói, tentando diminuir a dor
Quando tenho dor concentro-me na sua localização e intensidade para tentar controlá-lo
Escala VI: Procura de informação (busca de apoio social e instrumental)
Procuro algum amigo, familiar ou profissional para que me aconselhe sobre como superar a situação
Tento que me expliquem o que posso fazer para diminuir a dor

Pode ser utilizado a partir dos oito anos de idade. (Soriano & Monsalve, 2004).

3. Plano e Procedimentos

As variáveis em estudo foram:

- Variável independente: Personalidade-traço (métrica de intervalo);
- Variável dependente: Dor orofacial crónica (métrica de razão);
- Variável moderadora: Bruxismo (nominal).

O estudo de investigação em questão é do tipo descritivo, quantitativo, correlacional e transversal. Descritivo e quantitativo porque se vão recolher e quantificar os dados de uma forma sistematizada, tal como forem apresentados aos doentes, sem qualquer controlo por parte do investigador, que apenas vai descrever, analisar e interpretar os dados (Almeida & Freire, 2003).

Transversal porque a recolha de dados é feita num único momento pré-definido e correlacional porque além da descrição dos fenómenos estudados de vão estabelecer relações entre as variáveis através de coeficientes de correlação, sem no entanto se estabelecer significado de causalidade entre as relações encontradas (Almeida & Freire, 2003).

Numa consulta de medicina dentária da A.P.M.D.I.A. distribuíram-se o consentimento informado (Anexo 8) e os questionários (Anexos 9, 10, 11 e 12) para serem assinados e auto-preenchidos respectivamente ainda na consulta (na presença da autora ou do médico dentista para qualquer esclarecimento de dúvidas), e recolheram-se os moldes de alginato. Ainda durante a consulta estes moldes eram vazados a gesso de forma poderem ser utilizados para se elaborar os *BruxCheckers*, os quais eram entregues aos pacientes para os começarem a utilizar ainda nessa mesma noite. Foram elaborados sempre dois modelos de gesso e dois *BruxCheckers* por indivíduo (um da arcada inferior e um da arcada superior). Ambos os *BruxCheckers* tiveram de ser utilizados por cada indivíduo durante duas noites (aproximadamente oito horas seguidas), um de cada vez, independentemente da ordem. No final das quatro noites eram recolhidos e analisados.

A todos os questionários, modelos e *BruxCheckers* foi atribuída uma correspondência numérica, para que os dados fossem passíveis de identificação aquando do

tratamento estatístico.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS® v. 16.

Os procedimentos estatísticos utilizados foram:

- Análise estatística de correlação bivariada – coeficiente product-moment de *Pearson* (r) – com a finalidade de verificar se existem correlações significativas entre personalidade e *coping*, personalidade e qualidade de vida, personalidade e variáveis sociodemográficas e personalidade e variáveis clínicas (incluindo a intensidade de dor orofacial).

- Cálculo de diferenças de médias (teste de U de *Mann-Whitney*)– com o objectivo de verificar diferenças significativas de médias entre grupos constituídos em função de diversas variáveis.

- Comparação de médias das dimensões do instrumento CAD-R (*Chi-quadrado*) – com o objectivo de verificar quais os domínios de personalidade predominantes e quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos indivíduos constituintes da amostra.

- Cálculo da média dos resultados das somas dos valores totais das escalas do instrumento SF-36, V.2 de cada indivíduo, com intervalo de confiança de 95% - de forma a verificar qual é a média do nível de qualidade de vida dos indivíduos constituintes da amostra. Para se atingir este objectivo, calculou-se a transformação das escalas do SF-36, V.2, de seguida calculou-se a média para a componente física e para a componente mental. Por fim, calculou-se a média de ambas as componentes para cada indivíduo, resultando o nível de qualidade de vida total de cada um. De seguida os valores de qualidade de vida foram sujeitos a uma divisão por dois intervalos, sendo considerado o intervalo de 0% a 49,9% como um nível de qualidade de vida fraco e o intervalo de 50% a 100% como um nível de qualidade de vida bom.

Tabela 8. Níveis de Qualidade de Vida

Intervalos de Valores (%)	Definição
0 – 49,9	Nível de qualidade de vida fraco
50 – 100	Nível de qualidade de vida bom

- Análise Cluster com as dimensões da personalidade – de forma a formar grupos de personalidade e compará-los entre si.

- Análise discriminante, com selecção *stepwise* – de forma a verificar se variáveis sociodemográficas, intensidade de dor orofacial crónica, personalidade e *coping* podem explicar o bruxismo.

Quanto aos procedimentos gerais necessários para a realização deste estudo, foram feitos e aceites os convites formais ao orientador da dissertação (Anexo 1), Professor Doutor José Francisco Soriano Pastor, professor do Departamento de Personalidade, Avaliação e Tratamento da Universidade de Valência e do co-orientador (Anexo 2), Mestre João Rua, professor assistente de Oclusão da Escola Superior de Saúde Egas Moniz e membro da A.P.M.D.I.A..

Foi feito posteriormente um pedido formal à Comissão de Ética da A.P.M.D.I.A. para a recolha da amostra e dos dados, tendo havido uma resposta positiva (Anexos 3 e 4). Aos doentes foram explicados os objectivos do estudo e questionada a sua disponibilidade e vontade em participar. A todos os que aceitaram, foi entregue o consentimento informado (Anexo 8), onde todos os aspectos relevantes do estudo se encontravam discriminados. Obteve-se resposta positiva relativa à autorização da versão portuguesa do instrumento NEO-FFI por parte da editora Psychological Assessment Resources (P.A.R.) (Anexo 5) e da autora (Mestre Alexandra Barros, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa) (Anexo 6), bem como da versão portuguesa do instrumento SF-36 por parte do autor (Professor Doutor Pedro Ferreira) (Anexo 7). Não foi necessário o pedido de autorização para a utilização da versão portuguesa do CAD-R, uma vez que o orientador da dissertação possui os direitos intelectuais do instrumento.

Em Outubro de 2007 recebeu-se aprovação do projecto e passou-se à recolha da amostra e todo o trabalho de campo. Após a sua conclusão e após todos os dados

recolhidos, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos. Finalmente redigiu-se toda da dissertação.

Em Dezembro de 2008 a dissertação foi entregue, sendo posteriormente agendada a sua apresentação e discussão oral.

IV. Análise dos Resultados

1. Fidelidade dos Questionários Utilizados

Para avaliar a fidelidade dos questionários utilizados, foi calculado o índice de consistência interna, *alpha de Cronbach*, para cada um dos questionários utilizados.

1.1. Inventário dos Cinco Factores NEO (NEO-FFI)

Tabela 9. Alpha de Cronbach para o Inventário dos Cinco Factores NEO (NEO-FFI)

Sub-escalas e respectivos itens	α de Cronbach	α de Cronbach se item eliminado
Neuroticismo	.319	
Item 1		,333
Item 11		,129
Item 16		,398
Item 21		,247
Item 26		,254
Item 31		,407
Item 36		,207
Item 51		,264
Item 6		,241
Item 41		,292
Item 46		,405
Item 56		,321
Extroversão	.125	
Item 2		,017
Item 7		-,146 ^a

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Item 12		,397
Item 22		-,141 ^a
Item 32		-,008 ^a
Item 47		,100
Item 52		,042
Item 17		-,054 ^a
Item 27		,418
Item 37		-,062 ^a
Item 42		,310
Item 57		,041
Abertura à Experiência	.291	
Item 3		,349
Item 13		,282
Item 18		,135
Item 28		,185
Item 33		,175
Item 48		,346
Item 53		,363
Item 8		,172
Item 23		,356
Item 38		,181
Item 43		,323
Item 58		,310
Amabilidade	.112	
Item 4		,207
Item 24		,032
Item 29		,008
Item 39		,083
Item 44		,176
Item 49		,141

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Item 9		1,150E-14
Item 14		,064
Item 19		,173
Item 34		,106
Item 54		,126
Item 59		,069
Conscienciosidade	.103	
Item 10		,176
Item 15		,223
Item 20		,024
Item 25		-,012 ^a
Item 30		,187
Item 35		-,178 ^a
Item 40		-,024 ^a
Item 45		,319
Item 5		,077
Item 50		-,086 ^a
Item 55		,297
Item 60		-,133 ^a

Como se pode verificar, existe uma fraca consistência interna nas várias sub-escalas, alterando-se significativamente perante a eliminação dos itens.

1.2. *Short Form-36 Health Survey*, versão dois (SF-36, V.2)

Tabela 10. Alpha de Cronbach para o *Short Form-36 Health Survey*, versão dois (SF-36, V.2)

Sub-escalas e respectivos itens	α de Cronbach	α de Cronbach se item eliminado
Função Física	.964	
Item 3a		,971
Item 3b		,960
Item 3c		,957
Item 3d		,958
Item 3e		,958
Item 3f		,962
Item 3g		,962
Item 3h		,957
Item 3i		,958
Item 3j		,956
Desempenho Físico	.886	
Item 4a		,857
Item 4b		,893
Item 4c		,801
Item 4d		,862
Dor Física	.619	
Item 7		Não realizável
Item 8		Não realizável
Saúde Geral	.699	
Item 1		,740
Item 11a		,629
Item 11b		,675
Item 11c		,513

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Item 11c		,646
Item 11d		,740
Saúde Mental	.951	
Item 9b		,937
Item 9c		,937
Item 9d		,948
Item 9f		,935
Item 9h		,940
Desempenho Emocional	.860	
Item 5a		,867
Item 5b		,810
Item 5c		,715
Função Social	.539	
Item 6		Não realizável
Item 10		Não realizável
Vitalidade	.813	
Item 9a		,864
Item 9e		,742
Item 9g		,761
Item 9i		,680

Verifica-se uma boa consistência interna, que não sofre alterações significativas perante a eliminação dos diferentes itens.

1.3. *Cuestionário de Afrontamiento Del Dolor*

Tabela 11. Alpha de Cronbach para o *Cuestionário de Afrontamiento Del Dolor*

Sub-escalas e respectivos itens	α de Cronbach	α de Cronbach se item eliminado
Distracção	.592	
Item 1		,696
Item 7		,389
Item 13		,555
Item 19		,345
Autocontrolo Mental	.904	
Item 5		,904
Item 11		,858
Item 17		,861
Item 23		,881
Autoafirmação	.798	
Item 6		,734
Item 12		,815
Item 18		,674
Item 24		,757
Procura de Informação	.788	
Item 2		,690
Item 8		,854
Item 14		,711
Item 20		,655
Religião	.861	
Item 3		,793
Item 9		,795
Item 15		,899

Item 21		,813
Catarse	<i>.777</i>	
Item 4		,797
Item 10		,752
Item 16		,636
Item 22		,696

Também o CAD-R dispõe de uma boa consistência interna nas várias dimensões e não sofre alterações significativas com a eliminação dos diferentes itens.

2. Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra foi efectuada com base nas variáveis recolhidas através dos questionários utilizados.

2.1. Caracterização Sociodemográfica

Dos 37 doentes que constituem a amostra, 70,3% (26) são do sexo feminino e 29,7% (11) são do sexo masculino, conforme tabela anexa.

Tabela 12. Caracterização da amostra por género

	Frequência	Percentagem
Feminino	26	70,3
Masculino	11	29,7
Total	37	100,0

A idade varia entre um mínimo de 20 anos e um máximo de 63 anos, com uma idade média de 31,57 anos (d.p. 10,495), conforme tabela anexa.

Tabela 13. Caracterização da amostra por idade

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	20	63	31,57	10,495

Quanto à coabitação, verifica-se que a maioria dos doentes vivem acompanhados, 81,1% (30), e que apenas 18,9% (7) vivem sós, conforme tabela anexa.

Tabela 14. Caracterização da amostra quanto à coabitação

	Frequência	Porcentagem
Vive só	7	18,9
Vive acompanhado	30	81,1
Total	100,0	100,0

Quanto ao nível de escolaridade, pode-se verificar que é elevado. A maioria possui ensino superior, 48,6% (18). 18,2% (10) possui ensino secundário, 13,5% (5) possui 3º ciclo, 8,1% (3) possui ensino pós-graduado e apenas 2,7% (1) possui 1º ciclo, conforme tabela anexa.

Tabela 15. Caracterização da amostra por nível de escolaridade

	Frequência	Porcentagem
1º Ciclo	1	2,7
3º Ciclo	5	13,5
Ensino secundário	10	27,0
Ensino superior	18	48,6
Ensino pós-graduado	3	8,1
Total	37	100,0

Para uma melhor visualização do nível de estudos, elaborou-se um gráfico:

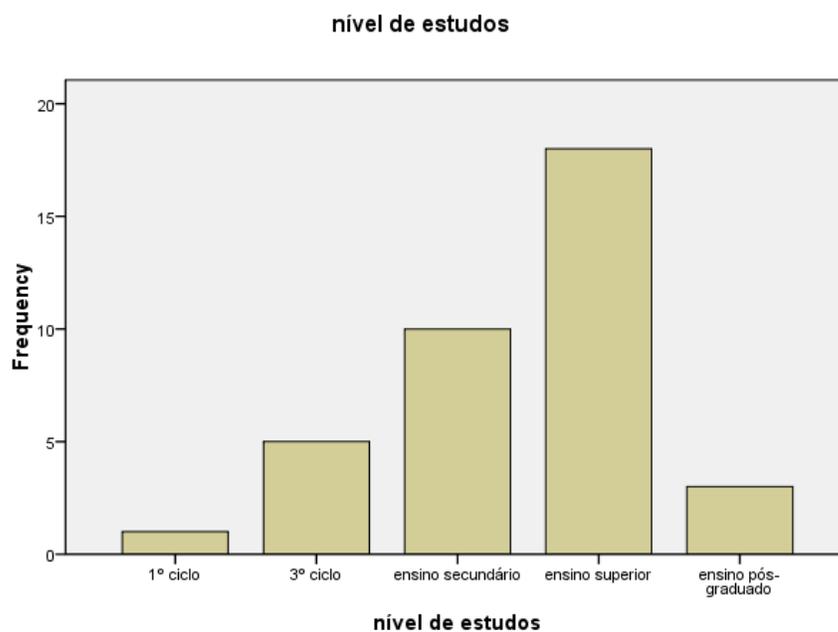


Gráfico 1. Nível de estudos da amostra

2.2. Caracterização Clínica

Quanto à caracterização da amostra por medicação, verifica-se que a maioria, 89,2% (33), não toma medicação e que 10,8% (4) toma, conforme tabela anexa. É de notar que a medicação à qual os pacientes se referiram trata-se de medicação não analgésica, sendo a maioria contraceptiva.

Tabela 16. Caracterização da amostra por medicação

	Frequência	Percentagem
Sim	4	10,8
Não	33	89,2
Total	37	100,0

Em relação às úlceras gástricas, verifica-se que a maioria, 94,6% (35), não apresenta úlceras gástricas e apenas 5,4% (2) apresenta, conforme tabela anexa.

Tabela 17. Caracterização da amostra por presença de úlceras gástricas

	Frequência	Percentagem
Sim	2	5,4
Não	35	94,6
Total	37	100,0

Quanto à presença ou não de hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal, verifica-se que apenas 2,7% (1) apresenta e que a maioria, 97,3% (36), não apresenta, conforme tabela anexa.

Tabela 18. Caracterização da amostra por presença de hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal

	Frequência	Percentagem
Sim	1	2,7
Não	36	97,3
Total	37	100,0

Em relação à presença ou não da contracção da glândula do timo, verifica-se que nenhum apresenta ,0% (0), pelo que todos referiram não apresentar, 100% (37), conforme tabela anexa.

Tabela 19. Caracterização da amostra por presença de contracção da glândula do timo

	Frequência	Percentagem
Não	37	100,0

Quanto à caracterização da amostra por percepção subjectiva de bruxismo (a qual se avaliou pela percepção de ranger ou apertar os dentes, de forma utilizar-se uma linguagem mais acessível para a amostra), verifica-se que 37,8% (14) sente que range os dentes à noite, 27,0% (10) sente que range os dentes de dia e de noite, 27,0% (10) não sente que range e 8,1% (3) sente que range de dia, conforme tabela anexa.

Tabela 20. Caracterização da amostra por percepção subjectiva de bruxismo (“ranger”)

	Frequência	Percentagem
Sim, de dia	3	8,1
Sim, de noite	14	37,8
Sim, de dia e de noite	10	27,0
Não	10	27,0
Total	37	100,0

Relativamente à percepção de apertar os dentes, verifica-se que 40,5% (15) sente que aperta os dentes de noite, 29,7% (11) sente que aperta de dia e de noite, 21,6% (8) sente que não aperta e 8,1% (3) sente que aperta de dia, conforme tabela anexa.

Tabela 21. Caracterização da amostra por percepção subjectiva de bruxismo (“apertar”)

	Frequência	Percentagem
Sim, de dia	3	8,1
Sim, de noite	15	40,5
Sim, de dia e de noite	11	29,7
Não	8	21,6
Total	37	100,0

Quanto à caracterização da amostra por presença de cefaleias, verifica-se que 51,4% (19) não apresenta e 48,6% (18) apresenta, conforme tabela anexa.

Tabela 22. Caracterização da amostra por presença de cefaleias

	Frequência	Porcentagem
Sim	18	48,6
Não	19	51,4
Total	37	100,0

Em relação à percepção de fadiga dos músculos da face, verifica-se que 59,5% (22) não sente fadiga destes músculos e 40,5% (15) sente, conforme tabela anexa.

Tabela 23. Caracterização da amostra por percepção de fadiga dos músculos da face

	Frequência	Porcentagem
Sim	15	40,5
Não	22	59,5
Total	37	100,0

Quanto à presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e dos ombros, verifica-se que 56,8% (21) não apresenta e 43,2% (16) apresenta, conforme tabela anexa.

Tabela 24. Caracterização da amostra por presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e dos ombros

	Frequência	Percentagem
Sim	16	43,2
Não	21	56,8
Total	37	100,0

Relativamente à utilização de goteira oclusal, 81,1% (30) nunca utilizou e 18,9% (7) já utilizou, conforme tabela anexa.

Tabela 25. Caracterização da amostra por utilização de goteira oclusal

	Frequência	Percentagem
Sim	7	18,9
Não	30	81,1
Total	37	100,0

Quanto à caracterização da amostra por tratamento de ortodôncia efectuado, verifica-se que 73,0% (27) já efectuou e 27,0% (10) nunca efectuou, conforme tabela anexa.

Tabela 26. Caracterização da amostra por tratamento de ortodôncia efectuado

	Frequência	Percentagem
Sim	10	27,0
Não	27	73,0
Total	37	100,0

Em relação ao tipo de dor, verificou-se que a grande maioria apresenta dor somática, 97,3% (36), e que apenas 2,7% (1) apresenta dor idiopática. Nenhum apresenta dor neuropática, conforme tabela anexa.

Tabela 27. Caracterização da amostra por tipo de dor

	Frequência	Percentagem
Somática	36	97,3
Idiopática	1	2,7
Total	37	100,0

Relativamente à intensidade da dor referida pelo doente, apresenta-se um gráfico com os valores da E.V.A.:

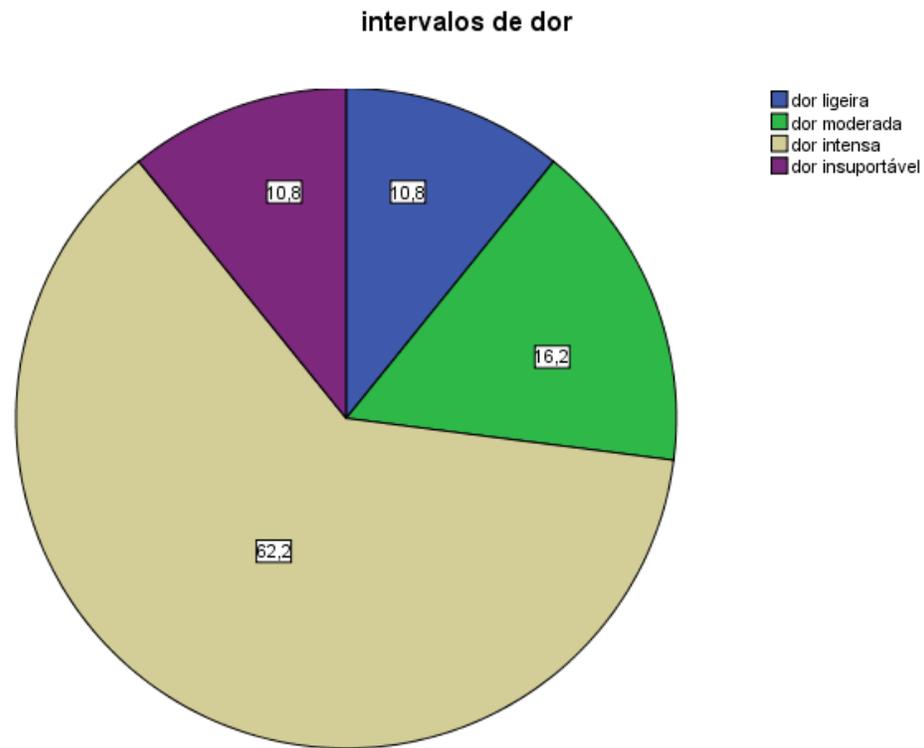


Gráfico 2. Caracterização da amostra por intensidade de dor

Como se pode verificar, 62,2% dos doentes refere dor intensa, 16,2% refere dor moderada, 10,8% refere dor ligeira e 10,8% refere dor insuportável.

Em relação aos padrões de bruxismo, apresenta-se um gráfico com os resultados dos modelos de gesso e BruxCheckers:

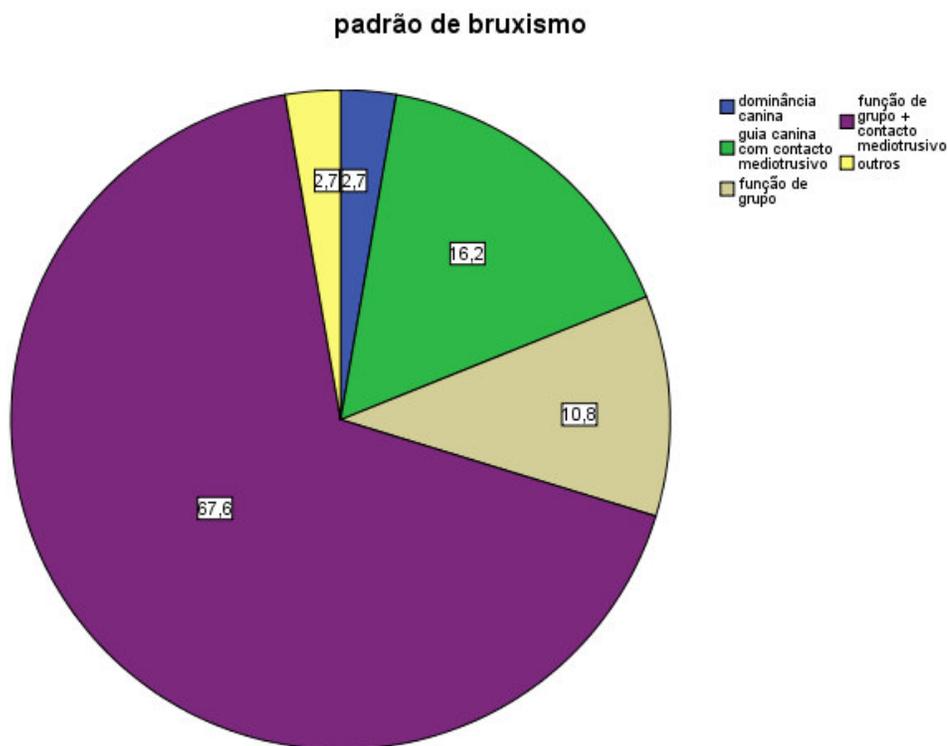


Gráfico 3. Caracterização da amostra por padrões de bruxismo

Como se pode verificar, a maioria dos doentes apresenta um padrão de função de grupo com contactos mediotrusivos (67,6%), 16,2% apresenta um padrão de guia canina com contactos mediotrusivos, 10,8% apresenta um padrão de função de grupo e 2,7% apresenta um padrão de dominância canina, existindo a mesma percentagem para outros padrões. Estes resultados indicam que, quanto ao padrão, 94,6% dos doentes apresenta bruxismo não fisiológico.

Apresenta-se igualmente um gráfico com os resultados dos modelos de gesso e dos *BruxCheckers*, mas agora para a quantidade de bruxismo:

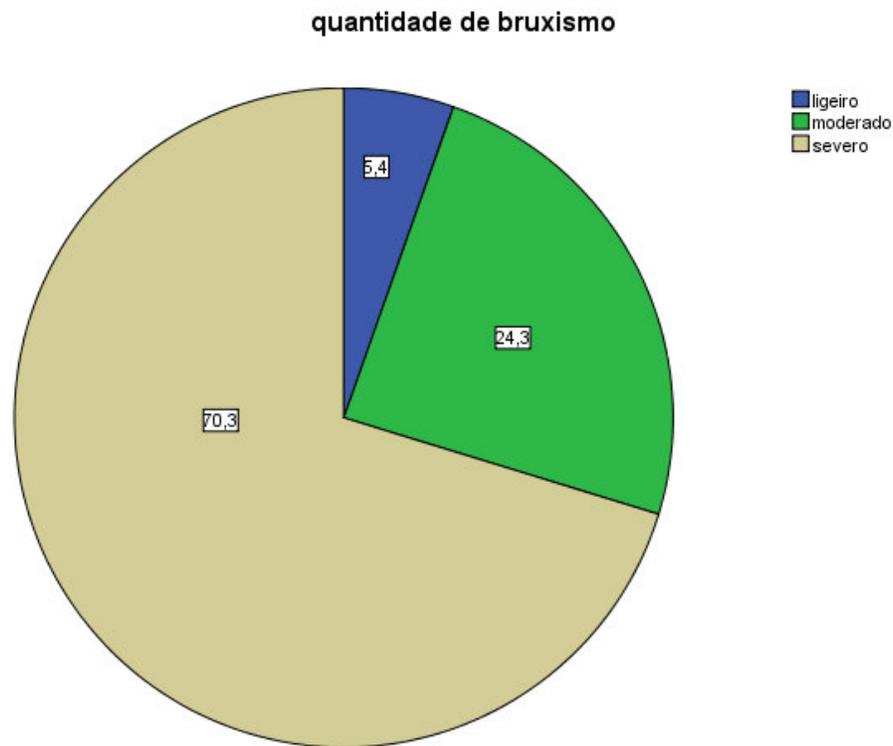


Gráfico 4. Caracterização da amostra por quantidade de bruxismo

Pode-se verificar que a grande predominância é de bruxismo severo (70,3%), seguido de bruxismo moderado (24,3%) e, em menor percentagem, bruxismo ligeiro (5,4%). Estes resultados indicam que, quanto à quantidade, 70,3% dos doentes apresenta bruxismo não fisiológico.

3. Análise de Correlações

Calculou-se o coeficiente r de *Pearson*, para pesquisar correlações entre a personalidade e as estratégias de *coping*, qualidade de vida, variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas.

Verifica-se que as várias dimensões do instrumento NEO-FFI não apresentam correlações significativas com as dimensões da escala CAD-R, excepto a dimensão Extroversão que apresenta uma correlação significativa em sentido positivo com a

dimensão Catarse (ver anexo 13.).

De uma forma global, as várias dimensões do instrumento NEO-FFI não apresentam correlações significativas com as dimensões do instrumento SF-36, V.2, excepto as dimensões Neuroticismo e Abertura à Experiência que se relacionam significativamente e em sentido positivo com as dimensões Função Física e Desempenho Físico, a dimensão Extroversão que se relaciona significativamente e em sentido positivo com a dimensão Saúde Mental e a dimensão Amabilidade que se relaciona significativamente e em sentido negativo com a dimensão Desempenho Emocional (ver anexo 14.).

Constata-se que as várias dimensões do instrumento NEO-FFI não apresentam uma correlação significativa com as variáveis sociodemográficas (ver anexo 15.).

Finalmente, verifica-se que as várias dimensões do instrumento NEO-FFI não apresentam uma correlação significativa com as variáveis clínicas, excepto a dimensão Extroversão que se relaciona significativamente e em sentido positivo com a variável “percepção de fadiga dos músculos da face” (ver anexo 16.).

4. Diferenças de Médias

Dividiu-se a amostra em função da idade, do género, da coabitação e da administração actual de medicação.

Para esta finalidade, para a idade, dividiu-se a amostra tendo em conta o intervalo 20 a 42 como baixo e o intervalo 43 a 63 como alto, para o género, dividiu-se a amostra em género masculino e feminino, para a coabitação, dividiu-se entre doentes que vivem acompanhados e doentes que vivem sós e, finalmente, em relação à administração actual de medicação, dividiu-se entre doentes que tomam actualmente medicação e doentes que não o fazem. De seguida, testou-se a hipótese de existência de diferenças significativas entre cada um dos grupos, através do teste de U de *Mann Whitney*.

Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas na média do nível de estudos, da intensidade de dor, da personalidade, da qualidade de vida, das estratégias de *coping* e do padrão e quantidade de bruxismo, consoante a idade, o género, a coabitação e a administração actual de medicação (ver anexos 17, 18, 19 e 20).

5. Comparação de Médias das dimensões do NEO-FFI e do CAD-R

Para se verificar quais os domínios de personalidade predominantes, bem como as estratégias de *coping* mais utilizadas na amostra estudada, procedeu-se ao teste de *Chi-Quadrado*. Tal como se verifica nas tabelas anexas, o domínio de personalidade predominante é a Conscienciosidade (X= 28,62), seguida da Extroversão (X= 27,62) e Amabilidade (X= 23,70). Os domínios em minoria na amostra estudada são a Abertura à Experiência (X= 19,81) e o Neuroticismo (X= 18,95).

A estratégia de *coping* mais utilizada pela amostra estudada é a “auto-afirmação” (X= 14,03), seguida da “distracção” (X= 11,78) e da “procura de informação” (X= 11,54). As estratégias de *coping* menos utilizadas são a “catarse” (X= 9,76), seguida do “auto-controlo mental” (X= 9,65) e da “religião” (X= 6,78), tal como indica a tabela anexa.

Tabelas 28 e 29. Comparação de Médias das dimensões do NEO-FFI utilizando o teste de *Chi-Quadrado*

	Estatística Descritiva				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Neuroticismo	37	18,95	5,338	10	30
Extroversão	37	27,62	3,662	19	34
Abertura à Experiência	37	19,81	5,778	7	33
Amabilidade	37	23,70	3,307	15	31
Conscienciosidade	37	28,62	3,475	22	37

	Testes Estatísticos				
	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
<i>Chi-quadrado</i>	5,324	10,297	7,865	11,135	8,676
Significância	,997	,669	,988	,517	,468

Tabelas 30 e 31. Comparação de Médias das dimensões do CAD-R utilizando o teste de *Chi-Quadrado*

Estatística Descritiva						
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	
Religião	37	6,78	3,101	4	13	
Catarse	37	9,76	2,976	4	16	
Distracção	37	11,78	2,810	6	18	
Auto-controlo mental	37	9,65	4,251	4	20	
Auto-afirmação	37	14,03	3,041	7	20	
Procura de informação	37	11,54	3,485	4	19	

Testes Estatísticos						
	Religião	Catarse	Distracção	Auto-controlo mental	Auto-afirmação	Procura de informação
<i>Chi-quadrado</i>	58,444	17,811	15,865	20,162	13,541	16,054
Significância	,000	,086	,146	,125	,140	,189

6. Média da Qualidade de Vida da Amostra

Tal como se verifica na tabela anexa, a média da componente física e a média da componente emocional apresentam valores próximos (≈ 46 ; $X = 46,627$). Desta forma, de acordo com os intervalos de valores estipulados para a determinação do nível médio de qualidade de vida da amostra estudada, pode-se considerar que, no geral, a amostra apresenta um nível médio de qualidade de vida fraco.

Tabela 32. Nível médio de Qualidade de Vida da Amostra

		Estatística Descritiva			
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Componente física	37	21,0	64,4	46,389	9,0632
Componente emocional	37	18,0	59,0	46,865	10,1712

7. Análise Cluster com Personalidade

Realizou-se uma análise *Cluster* (método *K-Means*) de dois grupos, para observar se as dimensões do instrumento NEO-FFI podem ser utilizadas para classificar os doentes. Para a análise foram utilizadas as cinco dimensões que configuram a personalidade: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade.

Como se pode observar na tabela que a seguir se apresenta, não existe variabilidade suficiente nas pontuações entre as cinco variáveis, pelo que se pode considerar que não resultam significativas para a classificação. Apenas as variáveis “Neuroticismo” e “Abertura à Experiência” resultam significativas.

Tabela 33. Variabilidade de pontuações nas dimensões do NEO-FFI

	ANOVA				F	Sig.
	<i>Cluster</i>		Erro			
	Quadrado da média	df	Quadrado da média	df		
Neuroticismo	475,201	1	15,734	35	30,202	,000
Extroversão	7,988	1	13,563	35	,589	,448
Abertura à experiência	745,784	1	13,025	35	57,256	,000
Amabilidade	21,494	1	10,635	35	2,021	,164
Conscienciosidade	19,635	1	11,859	35	1,656	,207

Das análises resultaram dois grupos e como se pode observar na próxima tabela, o grupo 2 pontua mais alto nas cinco dimensões, pelo que será denominado por Grupo Alto em Personalidade e o grupo 1 por Grupo Baixo em Personalidade.

Tabela 34. Pontuações dos dois grupos nas dimensões do NEO-FFI

	<i>Cluster</i>	
	1	2
Neuroticismo	15	22
Extroversão	27	28
Abertura à experiência	15	24
Amabilidade	25	23
Conscienciosidade	29	28

O grupo 1 é composto por 17 doentes e o grupo 2 por 20 doentes, conforme tabela anexa.

Tabela 35. Número de doentes em cada *Cluster*

<i>Cluster</i>	1	17,000
	2	20,000
	Válidos	37,000
	<i>Missings</i>	,000

7.1. Diferenças de Médias / *Cluster*

Verifica-se que apenas existe diferenças estatisticamente significativas na média das sub-escalas do SF-36 “Função Física” e “Desempenho Físico”, entre o grupo mais alto em personalidade e o grupo mais baixo.

O grupo mais alto em personalidade apresenta médias mais elevadas na “Função Física” ($sig = 0,002$) e no “Desempenho Físico” ($sig = 0,001$) em relação ao grupo mais baixo em personalidade.

A tabela de diferença de médias apresenta-se no anexo 21.

8. Análise do Comportamento das Variáveis

Foi utilizado o modelo estatístico de análise discriminante, para analisar que variáveis resultam mais importantes como predictoras de qualidade de vida na amostra em estudo.

Não foi possível utilizar-se o método de *stepwise*, com o qual se poderia restringir mais a exclusão de variáveis que não aportem explicação suficiente da variância critério, uma vez que a amostra é relativamente pequena.

Realizaram-se sete análises discriminantes independentes, uma para cada variável clínica relacionada com o bruxismo, que são: percepção de “ranger” os dentes, percepção de “apertar” os dentes, presença de cefaleias, percepção de fadiga dos músculos da face,

presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros, padrão de bruxismo e quantidade de bruxismo.

As variáveis predictoras utilizadas foram: a idade, o nível de estudos, a intensidade de dor, os cinco domínios de personalidade do NEO-FFI e as seis estratégias de *coping* do CAD-R.

Da análise discriminante para percepção de “ranger” os dentes, resultaram três funções, das quais a primeira apresenta uma correlação canónica moderada (.660) que permite separar algo nos grupos (sig. = .950), através do Lambda de Wilks.

Na estrutura de matrix, observa-se que apenas a Distracção alta, a Auto-afirmação alta e Amabilidade baixa entram na função.

Segundo os resultados de classificação, esta função resulta melhor para os doentes que não têm a percepção de “ranger” os dentes (80%).

Da análise discriminante para a percepção de “apertar os dentes”, resultaram três funções, das quais a primeira apresenta uma correlação canónica moderada (.561) que permite separar algo nos grupos (sig. = .983) através do Lambda Wilks.

Na estrutura de matrix, observa-se que apenas a Distracção alta, a Conscienciosidade baixa, a Auto-afirmação alta e a Procura de Informação alta entram na função.

Segundo os resultados de classificação, esta função resulta melhor para os doentes que têm a percepção de “apertar” os dentes durante o dia (66,7%).

Relativamente à análise discriminante para a presença de cefaleias com frequência, verifica-se que resultou uma função com uma correlação canónica de .700, a qual permite separar algo nos grupos (sig. = .171) pelo Lambda de Wilks.

Os resultados de classificação indicam que esta função resulta melhor para os doentes que apresentam cefaleias com frequência (83,3%).

Da análise discriminante para a percepção de fadiga dos músculos da face, resultou apenas uma função com uma correlação canónica de .695 que permite a separação de algo nos grupos (sig. = .185), através do Lambda de Wilks.

Verifica-se através dos resultados de classificação, que esta função resulta melhor para os doentes que não têm percepção de fadiga dos músculos da face (81,8%).

Em relação à análise discriminante para a presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros, constata-se que resultou uma função com uma correlação canónica de .550, a qual permite a separação de algo nos grupos (sig. = .757).

Os resultados de classificação indicam que esta função resulta melhor para os doentes que apresentam contracturas ou espasmos dos músculos do pescoço e ombros (81,2%).

Relativamente à análise discriminante para os padrões de bruxismo, verifica-se que resultaram quatro funções, das quais apenas a primeira e a segunda resultaram com correlações canónicas moderadas (.774 e .652, respectivamente) que permitem separar algo nos grupos (sig. = .799 e .982, respectivamente).

Na estrutura de matrix, verifica-se que a intensidade de dor alta, a Abertura à Experiência alta e a Conscienciosidade baixa entram na função 1. O Auto-controlo Mental alto, a Religião alta, a Catarse alta e o nível de estudos alto entram na função 2.

Verifica-se através dos resultados de classificação, que estas funções resultam melhor para os doentes que apresentam como padrões de bruxismo dominância canina (100%), dominância canina com contactos mediotrusivos (100%) e outros tipos de bruxismo (100%).

Na análise discriminante para a quantidade de bruxismo, verifica-se que resultaram duas funções, das quais a primeira apresenta uma correlação canónica moderada (.773) que permite separar algo nos grupos (sig. = .222).

Na estrutura de matrix observa-se que a Procura de Informação alta, o nível de estudos alto, a intensidade de dor alta, a idade baixa, a Extroversão baixa, o Auto-controlo Mental alto e a Conscienciosidade baixa entram na função.

Nos resultados de classificação constata-se que esta função resulta melhor para os doentes que apresentam bruxismo ligeiro (100%).

A tabela das análises discriminantes apresenta-se no anexo 22.

V. Discussão dos Resultados

Este estudo foi realizado com uma amostra da população bruxómana e com dor orofacial crónica, que frequenta o departamento de oclusão da A.P.M.D.I.A..

Tinha como objectivo geral verificar se existe relação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos. Tinha também como objectivos específicos verificar a prevalência/existência de casos de bruxismo não fisiológico, o nível médio de qualidade de vida e as estratégias de *coping* mais utilizadas na amostra estudada, bem como verificar se a qualidade de vida pode explicar o bruxismo.

Esta amostra formada por 37 doentes representa 25% da população alvo, que é constituída por 145 doentes.

É uma amostra maioritariamente feminina (70,3%) com uma idade média de 31,57 anos.

A maior parte dos doentes vivem acompanhados (81,1%) e apenas 18,9% referem viver sós.

É uma amostra com um nível de escolaridade alto, em que a maioria (48,6%) possui ensino superior, 18,2% possui ensino secundário, 13,5% possui 3º ciclo, 8,1% possui ensino pós-graduado e apenas 2,7% possui 1º ciclo.

Quanto à caracterização clínica, verifica-se que, no momento da recolha de dados, a maioria (89,2%) não toma medicação e apenas 10,8% toma-a. É de enfatizar que a medicação a que o estudo se refere, é medicação não analgésica, de forma a não enviesar os resultados.

A maioria (94,6%) não apresenta úlceras gástricas e apenas 5,4% apresenta; 97,3% não apresenta hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal e apenas 2,7% apresenta; nenhum doente apresenta contracção da glândula do timo. Estes resultados indicam que os doentes estão a utilizar principalmente como válvula de libertação de stress o órgão mastigatório, através da função de bruxismo. Assim, a maioria dos doentes apresenta sinais evidentes de bruxismo, referindo sentir ranger (37,8%) e apertar (40,5%) os dentes à noite.

Como padrão predominante de bruxismo surge a função de grupo com contactos

mediotrusivos (67,6%). O bruxismo é maioritariamente severo quanto à quantidade (70,3%). A percentagem de doente com bruxismo não fisiológico é de 94,6% quanto ao padrão e de 70,3% quanto à quantidade. Segundo Tanaka *et al* (1983), as úlceras gástricas, o hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal e a contracção da glândula do timo tratam-se de manifestações de stress que surgem por inexistência de funcionamento adequado do órgão mastigatório. Na amostra verifica-se que tanto indivíduos que apresentam estas manifestações (úlceras, hiperdesenvolvimento supra-renal, contracção da glândula do timo) como aqueles que não as referem, apresentam também bruxismo dito não fisiológico. Desta forma, é possível que a qualidade do bruxismo não influencie a sua acção sistémica.

Verifica-se que a maior parte (51,4%) não refere cefaleias e 59,5% não refere fadiga dos músculos da face nem espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros (56,8%). A grande maioria (81,1%) nunca utilizou goteira oclusal, bem como nunca efectuou tratamento ortodôntico (70,3%). Predominantemente referem dor somática (97,3%) e apenas 2,7% refere dor idiopática. A maior parte refere dor intensa (62,2%). O facto da maioria da amostra padecer de bruxismo não fisiológico severo, significa que este poderá contribuir para a dor orofacial crónica, maioritariamente somática e intensa.

Procedeu-se à pesquisa de correlações entre diversas variáveis através do coeficiente *r* de *Pearson*.

Constatou-se que, de uma forma geral, a personalidade não apresenta correlações significativas com as estratégias de *coping*, com a qualidade de vida, com as variáveis sociodemográficas e nem com as variáveis clínicas, incluindo a intensidade de dor orofacial crónica. Apenas se constatou que a Extroversão se relaciona em sentido positivo com a *Catarse*, com a Saúde Mental e com a percepção de fadiga dos músculos da face, pelo que quanto maior era a pontuação que os doentes obtinham na dimensão Extroversão, mais utilizavam a estratégia de *coping* *Catarse*, mais os doentes pontuavam na sub-escala de qualidade de vida Saúde Mental e maior era a percepção de fadiga dos músculos da face. Verificou-se que o Neuroticismo e a Abertura à Experiência se relacionam em sentido positivo com a Função Física e com o Desempenho Físico, o que significa que quanto maior era a pontuação obtida nas dimensões Neuroticismo e Abertura à Experiência, mais os doentes pontuavam nas sub-escalas de qualidade de vida Função Física e Desempenho Físico. A Amabilidade relaciona-se em sentido negativo com o Desempenho Emocional,

pelo que quanto maior era a pontuação obtida na dimensão Amabilidade, menos os doentes pontuavam na sub-escala de qualidade de vida Desempenho Emocional.

Testou-se a hipótese de existência de diferenças significativas entre grupos, através do teste de U de *Mann Whitney*.

Dividiu-se a amostra em função da idade, do género, da coabitação e da administração actual de medicação.

Para esta finalidade, para a idade, dividiu-se a amostra tendo em conta o intervalo 20 a 42 como baixo e o intervalo 43 a 63 como alto; para o género, dividiu-se a amostra em género masculino e feminino; para a coabitação, dividiu-se entre doentes que vivem acompanhados e doentes que vivem sós e, finalmente, em relação à administração actual de medicação, dividiu-se entre doentes que tomam actualmente medicação e doentes que não a tomam.

Os resultados indicam que as diferenças de médias que os grupos formados apresentam em relação à intensidade de dor, à personalidade, à qualidade de vida, às estratégias de *coping* e ao padrão e quantidade de bruxismo não são estatisticamente significativas.

Procedeu-se ao teste de *Chi-Quadrado*, de forma a verificar-se quais os domínios de personalidade predominantes, bem como as estratégias de *coping* mais utilizadas na amostra estudada.

Os resultados indicam que a amostra tem como domínio predominante de personalidade a Conscienciosidade ($X= 28,62$), seguida da Extroversão ($X= 27,62$) e da Amabilidade ($X= 23,70$). Os domínios em minoria na amostra estudada são: a Abertura à Experiência ($X= 19,81$) e o Neuroticismo ($X= 18,95$).

A estratégia de *coping* mais utilizada pela amostra estudada é a Auto-afirmação ($X= 14,03$), seguida da Distracção ($X= 11,78$) e da Procura de informação ($X= 11,54$). As estratégias de *coping* menos utilizadas são a Catarse ($X= 9,76$), seguida do Auto-controlo mental ($X= 9,65$) e da Religião ($X= 6,78$).

Um resultado curioso nesta amostra é o facto da Conscienciosidade ser o domínio de personalidade predominante, o que não deixa de ser contraditório com o que Kail (1986) sugeriu, ao referir no seu estudo que o comportamento agressivo pode ser uma razão para o uso parafuncional do órgão mastigatório. Sendo assim, esperava-se que o domínio

predominante fosse o Neuroticismo.

Segundo Pingitore *et al* (1991), o stress parece ser apenas significativo quando associado à personalidade tipo A, uma vez que sugere-se que esta associação aumenta a probabilidade de desenvolvimento de bruxismo. Deve-se ter em conta que os indivíduos com este tipo de personalidade andam, comem e falam rapidamente, são agressivos, competitivos e sentem-se constantemente pressionados pelo tempo, tendo uma necessidade grande, possivelmente insaciável, de ter sucesso, tal como os neuróticos (Cunha, 2000).

Desta forma, a predominância do domínio de personalidade Conscienciosidade nesta amostra, significa que os doentes que nela participaram, apresentam um grau considerável de organização, persistência e motivação pelo comportamento orientado para um objectivo. Trata-se, no geral, de indivíduos organizados, confiáveis, trabalhadores, auto-disciplinados, pontuais, escrupulosos, arranjados, ambiciosos e perseverantes (Barros, 1997). No entanto, um indivíduo que reúna estas características, não deixa de estar predisposto à acção do stress pois, para se atingir um certo grau de responsabilidade, é necessário alguma auto-exigência a qual, por sua vez, é um factor stressante.

A Extroversão representa pessoas sociáveis, que, para além de apreciarem o convívio com os outros, com os grupos e as multidões, são também afirmativos, optimistas, amantes da diversão, afectuosos, activos e conversadores. Gostam, por conseguinte, da excitação e da estimulação e tendem a ser alegres, animados, enérgicos e optimistas. A extroversão traduz, conseqüentemente, a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria (Costa e McCrae, 1990). Deste modo, os doentes que constituem a amostra são indivíduos sociáveis, activos, faladores, orientados para a relação interpessoal, optimistas, amantes da diversão e afectuosos.

A Amabilidade, tal como a extroversão, diz respeito às tendências interpessoais e refere-se à qualidade da orientação interpessoal, num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções. A pessoa amável é, fundamentalmente altruísta, de bons sentimentos, benevolente, digna de confiança, prestável, disposta a acreditar nos outros, recta, inclinada a perdoar. É também simpática para com os outros e acredita, por sua vez, que os outros serão igualmente simpáticos. Assim, estes doentes poderão ser descritos como indivíduos sentimentais, bondosos, de

confiança, prestáveis, dispostos a perdoar, crédulos e rectos. (Barros, 1997).

O Neuroticismo é o domínio de personalidade menos predominante na amostra, o que significa que estes doentes não apresentam uma boa relação adaptação / instabilidade emocional. Não são, por conseguinte, indivíduos preocupados, nervosos, hipocondríacos, emocionalmente inseguros, com sentimentos de incompetência, com tendência para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de *coping* desadequadas. O aspecto central deste domínio é a tendência a experienciar afectos negativos, como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa (Costa e McCrae, 2000).

Passando à discussão acerca dos resultados das estratégias de *coping*, o uso primordial da Auto-afirmação significa que os doentes que participaram na amostra utilizam diversas estratégias para dar ânimo a si próprios para não desfalecer (Soriano & Monsalve, 2004). Coloca-se a hipótese do facto destes doentes apresentarem um nível de estudos elevado e apresentarem um certo nível de formação, de terem adquirido, ao longo do seu desenvolvimento, estratégias para aumentar a sua auto-confiança, de forma a poderem aumentar o seu rendimento e desempenho em determinado tipo de tarefas intelectuais. Provavelmente, estes factores contribuíram para que estes doentes tivessem a capacidade de conseguir, de alguma forma, confrontar a dor, de forma a desvalorizá-la em prol de valorizarem o seu Eu.

A Distracção refere-se a um conjunto de acções que pretendem que o indivíduo não se concentre na sua dor (Soriano & Monsalve, 2004). Isto significa que estes doentes realizam muitas acções para desviar o seu foco de atenção da dor. Muitos destes doentes referiam que a sua dor era muito forte, mas que reuniam esforços para a esquecer, o que de acordo com McCracken e Eccleston (2003 & 2006) poderá ser uma forma de se adaptarem à dor e aprenderem a viver com ela, pois se a dor é realmente crónica e não é possível eliminá-la, podem ser exaustivos os esforços para a controlar. Ao aceitar a dor, o doente pode canalizar os seus esforços para o desempenho das suas actividades, libertando-se um pouco da sua preocupação com a dor, e ainda de acordo com Soriano e Monsalve (2002a), provavelmente as estratégias mais eficazes na dor crónica são as que eliminam a atenção e a concentração do doente na dor.

A Procura de Informação refere-se à procura que o doente realiza para obter mais

conhecimentos, tentando encontrar uma solução para o seu problema. Nota-se na prática clínica que esta procura de informação é cada vez mais acentuada, para o que provavelmente contribuem as frequentes campanhas de sensibilização para a problemática da dor crónica e a consciencialização dos doentes de que, permanentemente, surgem novos conhecimentos e esperança de novos tratamentos.

Verifica-se que esta amostra utiliza mais estratégias de *coping* activas, ou seja, preferem centrar-se no problema, pretendendo alterar a situação. Avaliam a situação como um desafio (Lazarus e Folkman, 1984).

Se considerarmos que as estratégias de *coping* devem ser consideradas no contexto das relações do indivíduo com a sociedade como referem Lazarus e Folkman (1984), então, talvez o facto de passarem a maior parte do tempo acompanhados e apresentarem um nível elevado de estudos, seja em parte uma justificação para a grande utilização da Autoafirmação, da Distracção e da Procura de Informação desta amostra.

O facto de a Religião ser a estratégia de *coping* menos utilizada pela amostra, significa que estes doentes não utilizam técnicas cognitivas ou comportamentais para confrontar situações stressantes que provêm da religião ou espiritualidade (Soriano & Monsalve, 2004).

Quanto ao nível médio de qualidade de vida da amostra, constatou-se que é fraco, de acordo com os intervalos de valores estipulados para esta finalidade. As médias da componente física e da componente emocional resultaram com valores próximos ($X=46,627$; ≈ 46). Este facto significa que, apesar de a amostra utilizar predominantemente estratégias de *coping* activas e apresentarem, no geral, um nível de auto-confiança e de auto-controlo pessoal consideráveis, não implica que tenham um elevado nível de qualidade de vida. Apesar destes aspectos positivos face à forma como age perante a dor e às circunstâncias da vida no geral, a amostra refere, na sua grande maioria, uma intensidade de dor elevada, a qual, por si só, influencia marcadamente no nível de qualidade de vida destes indivíduos.

Foi realizada uma análise *Cluster* (método *K-Means*), resultando dois grupos que foram denominados por Grupo 1, Baixo em Personalidade e Grupo 2, Alto em Personalidade.

Verifica-se que o Grupo Alto em Personalidade apresenta médias mais elevadas na Função Física e no Desempenho Físico em relação ao Grupo Baixo em Personalidade, o que vem de encontro aos resultados encontrados neste estudo na pesquisa de correlações através do coeficiente *r* de *Pearson*, em que quanto maior era a pontuação que os doentes obtinham nas dimensões de personalidade Neuroticismo e Extroversão, mais os doentes pontuavam nas sub-escalas de qualidade de vida Função Física e Desempenho Físico.

Através da análise discriminante, procedeu-se à pesquisa de variáveis que pudessem funcionar como predictoras do bruxismo nesta amostra.

A Distracção e a Auto-afirmação resultam como predictoras de uma melhor inexistência de percepção de “ranger” os dentes e a Amabilidade resulta como predictoras da pior inexistência de percepção de os “ranger”.

A Distracção, a Auto-afirmação e a Procura de Informação resultam como predictoras de uma melhor percepção de “apertar” os dentes durante o dia e a Conscienciosidade resulta como predictoras da pior percepção de os “apertar” durante o dia.

Nenhuma variável resulta como predictoras da presença frequente de cefaleias, da percepção de fadiga dos músculos da face e da presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros.

A Abertura à Experiência, o Auto-controlo Mental, a Religião, a Catarse e o nível de estudos resultam como predictoras de melhores padrões de dominância canina, dominância canina com contactos mediotrusivos e outros tipos de padrões. A Conscienciosidade resulta como predictoras de piores padrões de dominância canina, dominância canina com contactos mediotrusivos e outros tipos de padrões.

A Procura de Informação, o nível de estudos, a intensidade de dor e o Auto-controlo Mental resultam como predictoras de melhor bruxismo ligeiro. A idade, a Extroversão e a Conscienciosidade resultam como predictoras de pior bruxismo ligeiro.

Analisando a globalidade dos resultados estatísticos, verifica-se que esta amostra é maioritariamente feminina, constituída por indivíduos cuja maioria coabita com outras pessoas, com um nível de escolaridade alto e que padecem de bruxismo não fisiológico que, associado a bruxismo severo, terá dado origem ao aparecimento de dor orofacial crónica, somática e de grande intensidade. A estratégia de *coping* mais utilizada é a Auto-

afirmação; o domínio de personalidade predominante é a Conscienciosidade e apresenta um nível médio de qualidade de vida fraco.

Paralelamente, através do coeficiente r de *Pearson*, constata-se que de uma forma geral, a personalidade não apresenta correlações significativas com as estratégias de *coping*, com a qualidade de vida, com as variáveis sociodemográficas e nem com as variáveis clínicas, incluindo a intensidade de dor orofacial crónica.

No geral, não existem diferenças estatisticamente significativas em relação à intensidade de dor, à personalidade, à qualidade de vida, às estratégias de *coping* e ao padrão e quantidade de bruxismo em função da idade, do género, da coabitação e da administração actual de medicação.

Através de uma análise *Cluster*, verificou-se que o Grupo Alto em personalidade apresenta médias mais elevadas na Função Física e no Desempenho Físico em relação ao Grupo Baixo em Personalidade.

Perante estes dados, pode-se então afirmar que se corrobora a hipótese nula que serviu de base à elaboração deste estudo, não existindo correlação significativa entre a intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos.

No entanto, verificaram-se outros resultados estatísticos que resultam como importantes para a investigação realizada e, conseqüentemente, para a amostra, tal como se pôde confirmar.

VI. Conclusão

Como factor de valorização deste estudo considera-se o facto de abordar a temática da dor orofacial crónica, sendo esta um tipo de dor não muito explorado em termos de investigação em Psicologia; no entanto, tal como se pôde confirmar, poderá vir a ter repercussões importantes na qualidade de vida.

Outro factor de valorização que este estudo apresenta, é o facto de se ter utilizado uma amostra de bruxómanos, sendo o bruxismo, neste momento, considerado uma função vital para o ser humano, pelas razões referidas ao longo do capítulo I.

Maior valorização terá o facto de se ter estudado em simultâneo a dor orofacial crónica e os traços de personalidade numa amostra de bruxómanos, o que confere a este estudo, segundo a revisão da literatura efectuada, um carácter inovador e original.

É de se valorizar também o facto de se ter abordado o *coping* e a qualidade de vida no contexto da dor orofacial crónica, pois, segundo a revisão da literatura, em nenhum estudo se fez esta abordagem simultânea.

Os resultados desta investigação indicam que não existem correlações significativas entre a intensidade de dor orofacial crónica e os traços de personalidade em indivíduos bruxómanos, os quais vêm a corroborar a hipótese nula.

No entanto, outras conclusões podem emergir deste trabalho, que vale a pena serem referidas.

Constatou-se que a maioria dos indivíduos constituintes da amostra apresentavam bruxismo não fisiológico, o qual associado ao bruxismo severo, poderá ter sido uma causa maior de dor orofacial crónica, somática e de grande intensidade.

Verificou-se que quanto maior era a pontuação que os doentes obtinham na dimensão Extroversão, mais utilizavam a estratégia de *coping* Catarse, mais os doentes pontuavam na sub-escala de qualidade de vida Saúde Mental e maior era a percepção de fadiga dos músculos da face. Verificou-se que, quanto maior era a pontuação obtida nas dimensões Neuroticismo e Abertura à Experiência, mais os doentes pontuavam nas sub-escalas de qualidade de vida Função Física e Desempenho Físico. Constatou-se também que, quanto maior era a pontuação obtida na dimensão Amabilidade, menos os doentes

pontuavam na sub-escala de qualidade de vida Desempenho Emocional.

Verificou-se que a amostra tinha como domínio predominante de personalidade a Conscienciosidade, sendo o Neuroticismo o menos predominante.

A estratégia de *coping* mais utilizada pela amostra estudada era a Auto-afirmação, sendo a Religião a menos utilizada, o que significa que a amostra utilizada mais estratégias de *coping* activas.

O nível médio de qualidade de vida da amostra era fraco.

Da amostra obtiveram-se dois grupos de personalidade, apresentando o Grupo Alto em personalidade médias mais elevadas na Função Física e no Desempenho Físico em relação ao Grupo Baixo em Personalidade.

A Distracção e a Auto-afirmação resultaram como predictoras de uma melhor inexistência de percepção de “ranger” os dentes e a Amabilidade resultou como predictoras da pior inexistência de percepção de “ranger” os dentes. A Distracção, a Auto-afirmação e a Procura de Informação resultaram como predictoras de uma melhor percepção de “apertar” os dentes durante o dia e a Conscienciosidade resultou como predictoras da pior percepção de “apertar” os dentes durante o dia. A Abertura à Experiência, o Auto-controlo Mental, a Religião, a Catarse e o nível de estudos resultaram como predictoras de melhores padrões de dominância canina, dominância canina com contactos mediotrusivos e outros tipos de padrões. A Conscienciosidade resultou como predictoras de piores padrões de dominância canina, dominância canina com contactos mediotrusivos e outros tipos de padrões. A Procura de Informação, o nível de estudos, a intensidade de dor e o Auto-controlo Mental resultaram como predictoras de melhor bruxismo ligeiro. A idade, a Extroversão e a Conscienciosidade resultaram como predictoras de pior bruxismo ligeiro.

Como em qualquer trabalho de investigação, foram sentidas algumas limitações e dificuldades, pelo que ficou ainda muito por explorar.

A principal limitação trata-se da reduzida amostra estudada, o que implicou que parte dos resultados obtidos no tratamento dos dados não fosse estatisticamente significativa. Esta limitação também se deve ao facto de todos os instrumentos utilizados para avaliação do bruxismo, terem sido elaborados manualmente, não esquecendo de todo o processo fotográfico posterior à sua elaboração. Se a amostra fosse constituída pelo triplo dos participantes teria, provavelmente, melhores resultados estatísticos.

O limite temporal academicamente imposto, condicionou a selecção da amostra (não probabilística), limitando a segurança na inferência e generalização dos resultados, o que também contribuiu para que o número de sujeitos constituintes da amostra, fosse inferior ao que se tinha definido, inicialmente, em projecto.

O *coping*, como processo dinâmico que é, o qual se vai alterando à medida que se altera a relação entre o indivíduo e a situação, foi avaliado num único momento. O limite de tempo tornou inviável um segundo momento de avaliação que poderia enriquecer este estudo, pois a dor é apenas um dos problemas do doente com dor crónica e a origem de muitos outros problemas que ele é obrigado a enfrentar, necessitando de adoptar variadas estratégias de *coping*.

Foram ainda sentidas algumas dificuldades na pesquisa, principalmente devido à escassez de trabalhos que retratam o domínio simultâneo da dor orofacial crónica e dos traços de personalidade.

Apesar de tais dificuldades e limitações, considera-se que foram atingidos os objectivos deste trabalho, que vem a reforçar o papel preponderante dos traços de personalidade, do *coping* e da qualidade de vida em bruxómanos com dor orofacial crónica.

Fica a esperança e o desejo de contribuir para um promissor e longo percurso de estudo e investigação, abrindo caminho a futuras investigações nesta área, pois quanto mais conhecimento e mais informação se possuir, maior será a capacidade de proporcionar ao doente, com dor orofacial crónica, bons cuidados, cientificamente mais fundamentados e, sem dúvida, mais humanizados e adaptados ao mesmo.

Seria interessante para a continuação desta investigação um estudo longitudinal, em que, após a detecção de doentes bruxómanos com dor orofacial crónica, fossem delineadas e implementadas estratégias de intervenção, passíveis de trabalhar as causas da origem da dor, como o tratamento/reabilitação dos compromissos oclusais, musculares, articulares, posturais e psicológicos. Os doentes seriam submetidos a um segundo momento de avaliação e seriam estudadas eventuais alterações na intensidade de dor, nas estratégias de *coping* adoptadas, avaliando quais os ganhos de qualidade de vida e eventualmente alterações nos traços de personalidade. Podia-se, possivelmente, obter informações passíveis de influenciar a decisão dos tratamentos e dos cuidados de saúde a prestar ao doente com dor orofacial crónica.

De acordo com as políticas necessariamente economicistas que actualmente regem o nosso sistema de saúde, considera-se que seria também vantajoso demonstrar a relação custo-benefício em eventuais intervenções na manutenção da dor orofacial crónica relacionada com o bruxismo não fisiológico e no incentivo de estratégias de *coping* adaptadas à situação, as quais poderiam conduzir a uma redução da morbilidade, a uma melhor qualidade de vida e a um menor uso dos cuidados de saúde, com uma redução final dos gastos da mesma.

VII. Referências Bibliográficas

- Allport, G. W. (1962). *Desenvolvimento da personalidade*. São Paulo: Harper.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Anarte, M., Ramirez, A. & Esteve, B. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 102-110.
- Aydin, G., Keles, I., Zog, G. & Orkun, S. (2004). How does the habit of teeth clenching affect the symptoms and signs of patients with temporomandibular disorders? *Kulak Burun Bogaz Ihtis Dreg*, 13 (1-2), 19-24.
- Azevedo, L., Pereira, A. & Lopes, J. (2008). Dor crónica em Portugal. Prevalência e impacto individual, social e económico. Tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrón, R., Más, M.A., & Pérez, V.A. (1994). El Dolor y su Clasificación: Revisión de Algunas Propuestas. *Revista de Psicología de la Salud*, 6 (1). Valência: Facultad de Psicología, Universidad d Valencia.

- Barros, A. (1997). *Os valores e o modelo dos cinco factores da personalidade: aplicação de dois instrumentos de medida a uma amostra de adultos trabalhadores*. Tese de Mestrado em Psicologia (Orientação e Desenvolvimento da Carreira). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Bell, WE. (1991). *Dores orofaciais: classificação, diagnóstico e tratamento* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Quintessence.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Bermudez, C., Bérzin, F., Castro, C., Dias, E., Oliveira, A., Souza, C. & Souza, R. (2003). Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci.*, 11(2), 138-43.
- Bernardos, M. L. S. (1995). Los Transtornos de la Personalidad y el Modelo de los Cinco Factores: Relaciones Empíricas, *Clínica y Salud*, 6 (2), 175-188.
- Biasotto-Gonzalez, D. (2005). *Abordagem Interdisciplinar das Disfunções Temporomandibulares*, São Paulo: Manole.
- Billings A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Blyth, F., March, L., Nicholas, M. & Cousins, M. (2005). Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain*, 113, 285-292.
- Bosman, Lobbezoo-Scholte, Steenks & Wijer. (1995). Reliability of clinical findings in temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, 9 (2).

- Bowling, A., Brazier, J. (1995). Quality of life in social science and medicine Introduction. *Soc Sci Med.*, 41, 1337-8.
- Bowling A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*, 41, 1447-62.
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*, 31, 317-327.
- Brister, H., Turner, J., Aaron, L. & Mancl, L. (2006). Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *Journal of Orofacial Pain*, 20 (2).
- Buss, D. M. (1991). Evolutionary personality psychology. *Annual Review of Psychology*, 42, 459-91.
- Carlson, C.R., Reid, K., Curran, S.L., Studts, J., Okeson, J.P., Falace, D. & Nitz, A. (1998). Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. *Pain*, 76, 297-307. Bertrand PM.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Cattell, R. B. (1995). The fallacy of five factors in the personality sphere, *The Psychologist*, 207-208.

- Ciccone, G., Ibertis, F., Mongini, F. & Negro, C. (2000). Personality characteristics and accompanying symptoms in temporomandibular joint dysfunction, headache, and facial pain. *Journal of Orofacial Pain*, 14(1), 52-8.
- Christal, R. E. (1992). Author's note on "Recurrent personality factors based on traits ratings". Special issue The five-factor model: Issues and applications, *Journal of Personality*, 60 (2), 221-223.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4 (4), 362-371.
- Costa, P.T. & Widiger, T. A. (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. APA.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64 (1), 21-50.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2000). NEO-PI-R: Manual Profissional (1ª Ed.). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.
- Coyne, J.C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationship in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454-460.

- Cunha, I. (2000). *Estratégias de Superação do stress nos psicólogos em instituições hospitalares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Dao, F., Lund, J., Lavigne, G. (1994). Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. *J Orofac Pain*, 8(4), 350-6.
- De Leeuw, J.R.J., Ros, W.J.G., Steenks, M.H., Lobbezoo-Scholte, A.M., Bosman, F. & Winnubst, J.A.M. (1994). Multidimensional evaluation of craniomandibular dysfunction. II. Pain assessment. *J Oral Rehabil*, 21 515-532.
- Dias, A. M. (sem data). *Personalidade e Coronariopatia. Escola Superior de Enfermagem - 30 anos*.
- Dias, A. (2006). *Coping e Qualidade de Vida na Dor Crónica*. Dissertação do curso de mestrado em Psicologia da Dor. Gandra: Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Doeglas, D. (n.d.). Functional ability, social support and quality of life. Recuperado em 01 de Novembro de 2006, do <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/ppsw/2000/d.m.doeglas/c1.pdf>
- Dworkin, S.F. & LeResche L. (1992). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, criteria. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain*, 6, 301-355.
- Dysvik, E., Natvig, G., Eikland, O. & Brattberg, G. (2005). Results of a multidisciplinary pain management program: A 6 – 12 – moth follow-up study. *Rehabilitation Nursing*, 30 (5), 198-206.

- Endler, N.S., & Parcker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Epstein, S. & O'Brien, E. (1985). The person-situation debate in historical and current perspective. *Psychological Bulletin*, 98 (3), 513-537.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and Individual Differences*. London: Plenum Press.
- Ferla, E., Maccagnani & C., Mongini, F. (1992). MMPI profiles in patients with headache or craniofacial pain: a comparative study. *Cephalalgia*, 12 (2), 68.
- Ferrando, M., Andreu, Y., Galdon, M, Dura, E., Povedo, R. & Bagan, J. (2004). Psychological variables and temporomandibular disorders: distress, coping, and personality. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, 98(2), 153-60.
- Ferreira P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R.L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.

(1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.

- Friction, J. & Dubner, R. (2003). Dor orofacial e desordens temporomandibulares. Editora Santos.
- Gallagher, R.M., Marbach, J.J., Raphael, K.G., Dohrenwend, B.P. & Cloitre, M. (1991). Is major depression comorbid with temporomandibular pain and dysfunction syndrome? A pilot study. *Clin J Pain*, 7, 219-225.
- Galvão, O. & Gomes da Silva, M. (2005). Validade e fidedignidade preliminares da E.V.A. modificada para a população idosa. *Essfisionline*, 1(4), 22-30.
- Garrat, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Br Med J*, 324, 1417-9.
- Gastaldo, E., Quatrone, R., Graziani, A., Eleopra, R., Tugnoli, V., Tola & M., Granieri, E. (2006). The excitability of the trigeminal motor system in sleep bruxism: A transcranial magnetic stimulation and brainstem reflex study. *Journal of Orofacial Pain*, 20(2).
- Gatchel, R., Garofalo, J., Ellis, E. & Holt, C. (1996). Major psychological disorders in acute and chronic TMD: an initial examination. *J Am Dent Assoc*, 127, 1365-1374.
- Gill, TM., Alvan, MD., Feinstein, MD. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272, 619-26.

- Gladis, MM., Gosch, EA., Dishuk, NM. & Crits-Cristoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol*, 67, 320-31.
- Guyatt, GH., Feeny, DH. & Patrick, DL. (1993). Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*, 118, 622-9.
- Halverson Jr. *et al* (1994). *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. USA: Lawrence Erlbaum Ass.
- Harkins, S., Price, D. & Braith, J. (1989). Effects of extraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain, and illness behavior. *Pain*, 36(2), 209-18.
- Heatherton, T. F. & Weinberger, J. L. (1994). *Can Personality Change?* Washington: APA.
- Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.
- John, O. P. (1990). The "Big-Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In Pervin, L., *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: Guilford.
- Kail, K. (1986). *Behandlungserfolge bei keifergelenkbeschwerden in abhängigkeit von organischen und psychischen factoren* - Dissertation, Grund-und integrativwissenschaftliche. Wien: Fakultät der Universität Wien.
- Kaplan, RM. (1995). Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: Dimsdale, JE., Baum, A.(Eds.), *Quality of life in behavioral medicine research*.

New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (pp. 3-30).

- Kaplan, A., & Assael, L. (1991). *Temporomandibular disorders: Diagnosis and treatment*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kardum, I. & Krapić, N. (2001). Personality traits, stressful life events, and early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30, 503-515.
- Karlsson, H., Joukamaa, M., Lahti, I., Lehtinen, V. & Kokki-Saarinen, T. (1997). Frequent attender profiles—different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J Psychosom Res*, 42, 157-166.
- Katz, N. (2002). The impact of pain management in quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24, 38-47.
- Keefe, F., Rumble, M., Scipiuo, C., Giordane, L. & Perri, L. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5 (4), 195-211.
- Keogh, E. & Cochrane, M. (2002). Anxiety sensitivity, cognitive biases and the experience of pain. *The Journal of Pain*, 3 (4), 320-329.
- Kobs, G., Bernhardt, O., & Kocher, T. (2005). Oral parafunctions and positive clinical examination findings. *Stomatologija*, 7(3), 81-3.
- Koleck, M., Mazaux, J., Rasclé, N. & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *European Journal of Pain*, 10, 1-11.
- Korszun, A., Hinderstein, B., Wong, M. & Arbor, A. (1996). Comorbidity of

depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 82, 496-500.

- LaChapelle, D., Hadjistavropoulos, H., McCreary, D. & Asmundson, J. (2001). Contributions of pain – related adjustment and perceptions of control to coping strategy use among cervical sprain patients. *European Journal of Pain*, 5, 405-413.
- Lamé, I. Peters, M., Vlaeyen, W., Kleef, M. & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9, 15-24.
- Lavigne G. (2001). Quantitative EMG analysis of RMMA episodes in eight normal subject with RMMA and eight sleep bruxers. *J Dent Res* 80(2), 443-448.
- Lavign, G. (1997). The effect of catecholamine precursor L-dopa on sleep bruxismo: a control clinical trial. *Movement Disorders*, 12(1), 73-8.
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leplège, A. & Rude, N. (1995). The importance of patient's own view about their quality of life. *AIDS*, 9, 1108-9.
- Levitt, S.R. & McKinney, M.W. (1994). Validating the TMJ scale in a national sample of 10,000 patients: Demographic and epidemiologic characteristics. *J Orofacial Pain*, 8, 25-35.
- Lévy-Leboyer, C. (1994). Postface: quelque réflexions sur les “Big Five”. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 44 (1), 73-75.

- Likert R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 5-55.
- Little, B. R. (2000a). Free traits and personal contexts: Expanding a social ecological model of well-being. In Walsh, W. B., Craik, K. H., & Price, R., *Person - Environment psychology* (2nd edition) (pp.87-116). New York: Guilford.
- Little, B.R. (2000b). Persons, contexts, and personal projects: Assumptive themes of a methodological transactionalism. In Wapner, S., Demick, J. T., Yamamoto & Minami, H. (Eds.), *Theoretical perspectives in environment-behavior research* (pp. 79-88). New York: Plenum.
- Lobbezoo-Scholte, A.M., De Leeuw, J.R., Steenks, M.H., Bosman, F., Buchner, R. & Olthoff, L.W. (1995). Diagnostic subgroups of craniomandibular disorders. Part I: Self-report data and clinical findings. *J Orofacial Pain*, 9, 24-36.
- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32, (2), 299-312.
- Madland, G., Feinmann, C. & Newman, S. (2000). Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 84, 225-232.
- McCaffery, M. (1968). *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. LosAngeles: UCLA Students Store.
- McCracken, L. & Eccleson, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197-204.
- McCracken, L. & Eccleson, C. (2006). A comparasion of the relative utility of

coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10, 23-29.

- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1989). Rotation to maximize the construct validity of factors in NEO Personality Inventory: Multivariate Behavioral Research, 24 (1), 107-124.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: theoretical contexts for the five-factor model. In Wiggins, J. S. (Ed.), *The five-factor model of personality. Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: The Guilford Press.
- McCreary, C.P., Clark, G.T., Merrill, R.L., Flack, V. & Oakley, M.E. (1991). Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain*, 44, 29-34.
- McGregor, NR., Butt, H.L., Zerbes, M., Klineberg, I.J., Dunstan, R.H. & Roberts, T.K. (1996). Assessment of pain (distribution and onset), symptoms, SCL-90-R Inventory responses, and the association with infectious events in patients with chronic orofacial pain. *J Orofacial Pain*, 10, 339-350.
- McMillan, A., Wong, M., Zheng, J. & Lam, C. (2006). Prevalence of orofacial pain and treatment seeking in Hong Kong chinese. *Journal of Orofacial Pain*, 20(3).
- McNeill, C. (1990). Craniomandibular disorders. Guidelines for evolution, diagnosis and management. Chicago: Quintessenz.

- McWilliams, L., Cox, B. & Enns, M. (2003). Use of the coping inventory for stressful situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *University of Manitoba*, 4, 423–437.
- Mellins, C.A., Gatz, M., & Baker, L. (1996). Children's Methods of coping with stress: A twin study of genetic and environmental influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 721-730.
- Mercado, A., Carrol, L., Cassidy, J. & Côté, P. (2005). Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain*, 117, 51-57.
- Mohl, N.D. & Ohrbach, R. (1994). Clinical decision-making. In: Zarb, G.A., Carlsson, G.E., Sessle, B.J., Mohl, N.D., *Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders* (pp. 563-583). Copenhagen: Munksgaard.
- Monsalve, V., de Andrés, J. (1999). El papel de las variables psicológicas en la toma de decisiones en el implante de sistemas de neuromodulación para el tratamiento del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 357-362.
- Monsalve, V., Soriano, J., De Andrés, J. (2006). Utilidad del índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones com afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 4, 216-230.
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy of chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Morris, J., Perez, D. & McNoe, B. (1998). The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res.*, 7, 85-91.

- Murphy, K. & Davidshofer, C. (1998). *Psychological testing: principles and applications* (4ª ed.). New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
- Murray, H., Locker, D., Mock, D. & Tenenbaum, H.C. (1996). Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial unit. *J Orofac Pain*, 10. 316-323.
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *Journal of Personality*, 64, 775-813.
- Okeson, JP. (1995). *Dores Bucofaciais de Bell* (5ª ed.). São Paulo: Quintessence.
- Okeson, JP.(1998). *Dor orofacial - Guia para avaliação, diagnóstico e tratamento* (1ª ed.). São Paulo: Quintessence.
- Okeson, JP. (2000). *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão* (4ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.
- Parkes, K.R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.
- Penley, J. & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215–1228.
- Pervin, L. A., Jonh, O. P. (1996). *The Science of Personality*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Pervin, L. A., Jonh, O. P. (1997). *Personality: Theory and research* (7ªed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Peter, R.A, Gross, S.G. (1995). *Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain*. Carol Stream Illinois: Quintessence.
- Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 380-387.
- Petrak, F., Hardt, J., Kappis, B., Nickel, R. & Egle, U. (2003). Determinants of health-related quality of life in patients with persistent somatoform pain disorders. *European Journal of Pain*, 7, 463-471.
- Pingitore, G., Chrobak, V. & Petrie, J. (1991). The social and psychologic factors of bruxismo. *J Prosthet Dent*, 65(3), 443-6.
- Portugal, Direcção Geral da Saúde, Circular normativa nº 9/DGCG. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*, publicada em 14 de Junho de 2003.
- Reid, K.I., Gracely, R.H. & Dubner, R.A. (1994). The influence of time, facial side, and location on pain pressure thresholds in chronic myogenous temporomandibular disorder. *J Orofacial Pain*, 8, 258-265.
- Retto, P. (2006). Press Release. *The Journal of the American Dental Association* (Ed. Portuguesa), 6 (1).
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. (2005): *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.

- Rogerson, R.J. (1995). Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med.* 41, 1373-82.
- Rollman, G. B. & Gillespie, J. M. (2000). The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Current Review of Pain*, 4, 71-81.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Rugh, J. & Davis, S. (1992). Temporomandibular disorders: psychological and behavioural aspects. In: Sarnat, B. & Laskin, D. *The temporomandibular Joint: A biological basis for clinical practice* (pp 329-45). Philadelphia: WP Saunders.
- Ruse, M. (2002). *O mistério de todos os mistérios*. Lisboa: CL.
- Ryan-Wenger, N.M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 256-263.
- Sato, S. (2005). *Atlas: Occlusion diagnosis by BruxChecker*. Kanagawa Dental College. Institute of occlusion medicine.
- Schuttinga, JA. (1995). Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale, JE., Baum, A. (Eds.), *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (pp. 31-42).
- Schwartzman, R., McLellan, T. (1987). Reflex sympathetic dystrophy: a review. *Arch Neurol*, 44, 555-61.
- Siqueira, J. T. (2005). *Infosau- Informativo sobre saúde preventiva*, 34. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor.

- Slavicek, R. (2006). *The masticatory organ – Functions and dysfunctions* (2nd Ed.). Klosterneuburg: Gamma Med.-wiss.
- Slevin, ML., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J. & Gregory, WM. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*, 57, 109-12.
- Smith, KW., Avis, NE. & Assmann, SF. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. *Qual Life Res*, 8, 447-59.
- Soriano, J. & Monsalve, V. (2002a). CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 9 (1), 13-22.
- Soriano, J & Monsalve, V.,. (2004d). Validacion del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (7), 407-414.
- Soriano, J. & Monsalve, V., (2005b). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín e Psicología*, 84, 91-107.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. & De Andrés, J. (2004). Estratégias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11 (6) 353-359 .
- Soucase, B., Monsalve & V., Soriano, J., (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y de la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 8-16.
- Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J., (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and*

Health Psychology, 5 (2), 227-241.

- Spinhoven, P., Kuile, M., Kole-Snijds, R., Mansfeld, M., Ouden, D. & Vlaeyen. J. (2004). Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 8, 211-219.
- Spruijt, R.J. & Wabeke, K.B. (1995). Psychological factors related to the prevalence of temporomandibular joint sounds. *J Oral Rehabil*, 22, 803-808.
- Suls, J., David, J.P., & Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Tanaka, M. *et al* (1983). Stomach conditions and plasma corticosteron levels in stressed animal. *Pharmacol Biochem & Behav*, 19, 287.
- Tapp, J. T. (1985). Multisystems holistic model of health, stress and coping. In: Field, T. M., McCabe, P. M., & Scheneiderman (Eds.), *Stress and coping*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- The WHOQOL Group (1995) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, 1403-10.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1569-85.
- Turner, J., Jensen, M. & Romane, J. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.

- Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Vindel, A. (n.d.). La natureza del estrés. Recuperado em 24 de Abril de 2006, no http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_stres.htm
- Wänman, A. & Agerberg, G. (1990). Temporomandibular joint sounds in adolescents: A longitudinal study. *Oral Surg Oral med Oral Pathol*, 69, 2-9.
- Ware, J. (1986). The assessment of health status. In: Aiken L., Mechanic D. (Ed.), *Applications of social sciences to clinical medicine and health policy* (pp. 204-228). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Ware, J., Snow, KK., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual Interpretation Guide*. New England: Medical Center.
- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64, 737-774.
- Weisz, J. R., McCabe, M., & Denning, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 324-332.
- Wickers, E. & Boocock, H. (2005). Chronic orofacial pain is associated with psychological morbidity and negative personality changes: a comparison to the general population. *Aust Dent J.*, 50 (1), 21-30.
- Wiggins, J. S. (1996). *The five -factor model of personality - Theoretical perspectives*. New York: The Guilford Press.

- Wilson, L., Dworkin, S.F., LeResche, L., Whitney, C.W. & Dicker, B.G. (1991). Somatization and diffuseness of clinical pain symptoms. *J Behav Med*, 12, 17-18.
- World Health Organization (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization.
- Yan, L., McMillan, A., Wong, M. & Zheng, J., (2007). Orofacial pain conditions and impact on quality of life in community-Dwelling elderly people in Hong Kong. *Journal of Orofacial Pain*, 21 (1).
- Zakrzewska, J.M., Hamlyn, P.J. (1999). Facial pain. In: Crombie, I. (Eds.), *Epidemiology of pain* (pp. 171-201). Seattle: IASP Press.
- Zarb, G.A. & Carlsson, G.E. (1994). Osteoarthrosis/osteoarthritis. In: Zarb, G.A., Carlsson, G.E., Sessle, B.J. & Mohl, N.D. (Eds.), *Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders* (pp 298-314). Copenhagen: Munksgaard.

1. Endereços electrónicos:

- International association for the study of pain (IASP) <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>. 06/05/2007 18:30.
- Kriger, M. & Richards, J. (2008). *Orthodontics for Children and Adults*. <http://www.braceface.com>. 07/06/08 9:36.

VIII. Anexos

1. Declaração da aceitação do convite formal do orientador

Declaração

JOSE F. SORIANO PASTOR licenciado
 em PSICOLOGIA pela Universidade de
 VALENCIA doutorado em PSICOLOGIA
 pela Universidade de VALENCIA
 e Professor em FACULTAD. PSICOLOGIA, UNIV. VALENCIA
 declara que aceita ser o orientador da investigação de mestrado do licenciado
 RITA MARTINS subordinada ao tema
 "DOR OROFACIAL CRÓNICA E PERSONALIDADE -
 - TRACO NO BRUXISMO"

Valência, a 12 de Junho de 2004

(Assinatura)

Jose Soriano Pastor

2. Declaração da Aceitação do Convite Formal do Co-Orientador

Declaração

.....JOÃO MIGUEL RUA GONCALVES....., licenciado em MEDICINA DENTÁRIA pela ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ....., mestrado em CIÊNCIAS DENTÁRIAS AVANÇADAS pela Universidade de DANUBE, KREMS (ÁUSTRIA)..... e Professor em ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ....., declara que aceita ser o co-orientador da investigação de mestrado do licenciado RITA SOFIA ROSA MARTINS..... subordinada ao tema "DOR OROFACIAL CRÓNICA E PERSONALIDADE - -TRAÇO NO BRUXISMO.....".

LISBOA....., 14 DE JULHO DE 2007.....


(Assinatura)

3. Pedido de Autorização
dirigido à Comissão de Ética
da Academia Portuguesa de
Medicina Dentária
Interdisciplinar Avançada

Tomar, 18 de Outubro de 2007

Exmos. Srs. Membros do Conselho de Ética da Academia Portuguesa de Medicina Dentária Interdisciplinar Avançada:

Sou Rita Falcão e sou aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Dor do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, onde me encontro de momento a elaborar a minha tese intitulada “Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo”. Este estudo tem como objectivo geral “Verificar se existe relação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos”. Os objectivos específicos são:

- Verificar o nível de qualidade de vida médio dos indivíduos constituintes da amostra;
- Verificar as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos indivíduos constituintes da amostra;
- Verificar se a qualidade de vida pode explicar o bruxismo.

A relevância do estudo incide na sua contribuição para que haja um maior cuidado para se evitar determinados factores de risco, como situações oclusais que favoreçam o bruxismo não fisiológico, traumas, factores psicológicos e psicossociais, como o stress e as alterações comportamentais e emocionais. Haverá também uma contribuição para ajudar objectivamente o profissional de saúde no diagnóstico da dor orofacial crónica relacionada com traços de personalidade. Ir-se-à também fazer uma tentativa de estudar as estratégias

de *coping* mais utilizadas e o nível médio de qualidade de vida de bruxómanos e verificar ainda se a qualidade de vida pode explicar o bruxismo.

Venho por este meio pedir autorização para recolher uma amostra de 120 pacientes das fichas de registo de Oclusão, Reabilitação e Ortodôncia da Academia, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (abaixo definidos) e posteriormente recolher os dados necessários ao meu estudo através dessa mesma amostra.

Para a recolha dos dados, solicitaria aos Médicos Dentistas que constituem a equipa clínica da referida instituição a sua colaboração no estudo. Esta colaboração constaria especificamente em algumas tarefas:

- Distribuição do consentimento informado e de questionários por cada um dos pacientes constituintes da amostra;
- Modelos de gesso de cada um dos pacientes;
- BruxCheckers de cada um dos pacientes.

Os critérios de inclusão e exclusão definidos para a amostra são:

Critérios de inclusão:

- Presença de sinais de bruxismo;
- Presença de dor orofacial crónica;
- Faixa etária dos 17 (idade mínima limite para aplicação do Inventário dos Cinco Factores NEO) aos 80 anos de idade (por razões de compreensão);
- Indivíduos que não estejam sob efeito de medicação analgésica nem em tratamento ortodôntico.

Critérios de exclusão:

- Ausência de sinais de bruxismo;
- Ausência de dor orofacial crónica;
- Idade inferior aos 17 anos e idade superior aos 80;
- Indivíduos alcoólicos;
- Indivíduos com patologia cognitiva-comportamental;

- Indivíduos sob efeito de medicação analgésica e em tratamento ortodôntico.

Esta investigação em nenhum aspecto pretende pôr em causa aspectos éticos, que ficam salvaguardados com a autorização expressa de recolha de dados pela assinatura de um Consentimento Informado de todos os participantes, com o compromisso de que todos os dados estarão salvaguardados, que não serão utilizados para outros fins que não os desta investigação e que a continuação do seu tratamento / acompanhamento não ficará comprometido pela não participação ou pelos resultados obtidos. (Ver em Anexo 1 o Consentimento Informado que será apresentado aos utentes).

É importante igualmente referir que os participantes são-no de forma voluntária.

Atenciosamente,

Rita Falcão

4. Autorização à Realização
da Investigação pela
Comissão de Ética da
Academia Portuguesa de
Medicina Dentária
Interdisciplinar Avançada

DECLARAÇÃO

Eu, Paulo Gramona Fernandes Retto, na qualidade de Presidente da APMDIA e responsável na ausência do Prof. Dr. Silvano Naretto do Concelho de Ética da Associação Científica acima mencionada, venho por este meio declarar que:

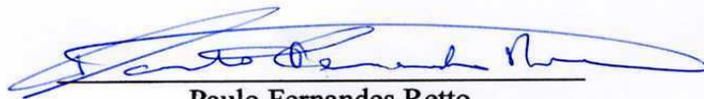
A associada Rita Sofia Rosa Martins Falcão da Fonseca, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Dor (2º ano) que esta a ser leccionado no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, **esta autorizada do presente momento e para o futuro a usufruir de todos os meios disponíveis pela APMDIA e de seus associados, quer material, quer apoio humano** para a realização de obra científica sob o título: “Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo”.

O Objectivo geral do estudo baseia-se em : “Verificar se existe relação significativa entre intensidade de dor oro facial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos”.

Tendo como Objectivos específicos:

- Verificar o nível de qualidade de vida médio dos indivíduos constituintes da amostra;
- Verificar as estratégias de coping mais utilizadas pelos indivíduos constituintes da amostra;
- Verificar se a qualidade de vida pode explicar o Bruxismo.

A 10 de Janeiro de 08



Paulo Fernandes Retto

5. Autorização à utilização da
Versão Portuguesa do
NEO-FFI pela Editora da
Versão Original (P.A.R.)

Permission Request for the NEO-FFI

De: **Molly Montgomery** (mmontgomery@parinc.com)

 Você pode não conhecer este remetente. [Marcar como confiável](#) | [Marcar como não confiável](#)

Enviada:

sexta-feira, 13 de julho de 2007 15:52:36

Para:

ritamartins_@hotmail.com

Dear Ms. Martins,

We have an approved Portuguese translation of the NEO PI-R (240 items). To create a Portuguese NEO-FFI, you will need to extract the 60 NEO-FFI items.

I am happy to prepare a Permission Agreement for you to create and reproduce copies of the Portuguese version of the NEO-FFI. The royalty/license fee is \$0.51 per copy. This fee includes a 40% graduate student discount.

Please let me know if you would like me to send you an agreement to reproduce 120 copies.

Your permission request form indicates that you do not already have a copy of the test. We would require you to purchase the manual for the instrument separately. This manual would include administration and scoring instructions, reliability and validity studies, and additional information about the instrument. You can also request a sample copy of the published test protocol at no

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

additional charge with the purchase of the manual. I would recommend ordering the manual and reviewing the sample instrument. If you decide not to use this instrument, simply return the manual in saleable condition for a full refund.

I look forward to hearing from you.

Sincerely,

Molly K. Montgomery

Permissions Specialist

mmontgomery@parinc.com

Psychological Assessment Resources, Inc.

16204 N. Florida Avenue

Lutz, FL 33549

1-800-331-8378 (phone)

1-800-727-9329 (fax)

www.parinc.com

6. Autorização à utilização da Versão Portuguesa do NEO-FFI pela Autora da Versão Portuguesa

NEO-FFI

De: **Margarida Pedroso de Lima** (mplima@fpce.uc.pt)

 Você pode não conhecer este remetente. [Marcar como confiável](#) | [Marcar como não confiável](#)

Enviada:

segunda-feira, 3 de setembro de 2007 10:32:09

Para:

ritamartins_@hotmail.com



Verificação de segurança no download 
[NEOFFI.doc \(69,8 KB\)](#)

Cara Rita

Junto anexo o questionário com a quotação (+ ou -) e a escala a que pertence (N, E, O, A e C).

Os valores (caso queiras) podes comparar com a amostra normativa do NEO-PI-

R - a

única diferença é que tens de dar um peso de ponderação devido ao número de

itens ser diferente. A versão reduzida é uma amostra de itens da escala global.

Bom trabalho e bjs Margarida

MPLima

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Rua do Colegio Novo

Apartado 6153

3001-802 COimbra

7. Autorização à utilização da Versão Portuguesa do SF-36, V.2

**Centro de Estudos**

e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra

Pedro Lopes Ferreira

Professor Associado

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 14 de Maio de 2009

Ex.ma Senhora Dr^a .:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

8. Consentimento Informado

Consentimento Informado

Sou fisioterapeuta e aluna do 2º ano do curso de mestrado em Psicologia da Dor do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte e estou a elaborar uma tese intitulada: **“Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo”**. O objectivo geral do estudo é “Verificar se existe relação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos”. Pretende-se então contribuir para que haja então um maior cuidado para se evitar determinados factores de risco, como situações oclusais que favoreçam o bruxismo não fisiológico, traumas, factores psicológicos e psicossociais, como o stress e as alterações comportamentais e emocionais. Haverá também uma contribuição para ajudar objectivamente o profissional de saúde no diagnóstico da dor orofacial crónica relacionada com traços de personalidade. Ir-se-à também fazer uma tentativa de verificar a prevalência de casos de bruxismo não fisiológico na amostra estudada, de estudar as estratégias de *coping* mais utilizadas e o nível médio de qualidade de vida de bruxómanos e verificar se a qualidade de vida pode explicar o bruxismo.

Desta forma, a sua participação será extremamente relevante para se contribuir para a validade deste estudo. Respeitar-se-à a confidencialidade e anonimato dos participantes. Apenas se pretende uma garantia da sua participação voluntária, não havendo quaisquer consequências pela não participação.

Após a conclusão do estudo, o participante terá acesso aos seus resultados através do seu médico dentista. A supervisão do projecto está entregue ao Professor Doutor José Soriano e ao Mestre João Rua.

“Declaro que tomei conhecimento dos objectivos do estudo e das actividades que irão ser realizadas.

Fui informado de todos os aspectos que considero importantes e tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas sobre a investigação.

A minha participação é voluntária e fui informado que a recusa em participar não traria quaisquer consequências para mim”.

O participante

9. Questionário de Caracterização da Amostra

Projecto de Investigação **“Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo”**

Caro(a) utente,

Sou fisioterapeuta e aluna do 2º ano do curso de mestrado em Psicologia da Dor do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte e estou a elaborar uma tese intitulada: **“Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo”**.

O objectivo geral do estudo é “Verificar se existe relação significativa entre intensidade de dor orofacial crónica e traços de personalidade em indivíduos bruxómanos”.

É pedido então, por favor, que preencha o questionário que se encontra em anexo.

Autor: Rita Martins – 914093868

Orientador: Prof. Doutor José Soriano

Co-orientador: Mestre João Rua

Instruções: Por favor, leia com atenção cada pergunta, respondendo da forma mais sincera possível. Este questionário está destinado a ser preenchido dentro do consultório. O seu preenchimento será feito na presença do seu médico dentista, pelo que, qualquer dúvida que surja, terá o seu apoio.

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Vive só ou acompanhado? _____

Qual o seu nível de estudos? _____

Toma medicação actualmente? Se sim, qual? _____

Apresenta úlceras gástricas? _____

Apresenta hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal _____

Apresenta contracção da glândula do timo? _____

Sente que range ou aperta os dentes? Se sim, de dia ou de noite? _____

Sente dores de cabeça com frequência? _____

Costuma ter uma sensação de fadiga nos músculos da face? _____

Sofre de espasmos ou contraturas nos músculos da região do pescoço e ombros? _____

Já usou um dispositivo oclusal como uma goteira? _____

Já efectuou tratamento ortodôntico? _____

Sente dor? Se sim, qual é o seu tipo? (dos três grupos de adjectivos, coloque uma cruz à frente daquele que melhor qualifica a sua dor)

- 1) Moinha, latejante, sensação de pressão
- 2) Sensação de queimadura, lancinante
- 3) Intensa, exagerada.

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Se sente dor, coloque uma cruz (x) ou um traço perpendicular à linha, no ponto que lhe parece que melhor representa a intensidade da sua dor.

(Sem dor) _____ (Pior dor possível)

Se sente dor, diga:

- 1) Qual é o momento do dia do seu aparecimento? _____
- 2) Qual é o momento do dia do seu agravamento? _____
- 3) Qual é o momento do dia do seu alívio? _____
- 4) Qual é o momento do dia do seu desaparecimento? _____

10. Versão Portuguesa do NEO-FFI

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

NEO-FFI

Lima & Simões (2000)

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações que se seguem e assinale com uma cruz o que melhor representa a sua opinião. Responda a todas as questões.

Discordo Fortemente 0	Discordo 1	Neutro 2	Concordo 3	Concordo Fortemente 4
--------------------------	---------------	-------------	---------------	--------------------------

	0	1	2	3	4
1. Não sou uma pessoa preocupada.N-					
2. Gosto de ter muita gente à minha volta. E+					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a). O-					
4. Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro.A+					
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.C+					
6. Sinto-me muitas vezes inferior às outras pessoas.N+					
7. Rio facilmente.E+					
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa não mudo mais.O-					
9. Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.A-					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.C+					
11. Quando estou numa grande tensão sinto-me, às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.N+					
12. Não me considero uma pessoa alegre.E-					
13. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.O+					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta. A-					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada). C-					
16. Raramente me sinto só ou abatido(a).N-					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.E+					
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.O-					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.A+					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.C+					
21. Muitas vezes sinto-me tenso(a) e enervado(a).N+					
22. Gosto de estar onde está a acção.E+					
23. A poesia pouco ou nada me diz.O-					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.A-					
25. Tenho objectivos claros e faço por atingi-los de uma forma ordenada.C+					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.N+					
27. Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho(a). E-					
28. Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.O+					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.A-					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.C-					
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).N-					
32. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.E+					

Discordo Fortemente 0	Discordo 1	Neutro 2	Concordo 3	Concordo Fortemente 4
--------------------------	---------------	-------------	---------------	--------------------------

	0	1	2	3	4
33. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas. O-					
34. A maioria das pessoas que conheço gostam de mim. A+					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero. C+					
36. Muitas vezes aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam. N+					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta. E+					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral. O-					
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista. A-					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra. C+					
41. Muitas vezes quando as coisas não me correm bem perco a coragem e tenho vontade de desistir. N+					
42. Não sou um(a) grande optimista. E-					
43. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção. O+					
44. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes. A-					
45. Às vezes não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser. C-					
46. Raramente estou triste ou deprimido(a). N-					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido. E+					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana. O-					
49. Geralmente procuro ser atencioso(a) e delicado(a). A+					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho. C+					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim. N+					
52. Sou uma pessoa muito activa. E+					
53. Tenho muita curiosidade intelectual. O+					
54. Quando não gosto das pessoas faço-lhe saber. A+					
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a). C-					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhado(a) que desejava meter-me num buraco. N+					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas. E-					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas. O+					
59. Se for necessário não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero. A-					
60. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço. C+					

Respondeu a todas as questões? Sim Não

Registou as suas respostas nos lugares indicados? Sim Não

Respondeu fiel e sinceramente a todas as questões? Sim Não

Muito obrigada pela sua colaboração

11. Versão Portuguesa do SF- 36, V.2

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

12. Versão Portuguesa do CAD-R

QUESTIONÁRIO DE COPING FACE À DOR

(Tradução e adaptação portuguesa do CAD – R, de Soriano, J. e Monsalve, V. [2002])

Neste questionário vai encontrar uma série de frases relacionadas com o que sente quando tem dor. Para responder coloque **uma cruz (x)** dentro do quadrado que reflecte a sua forma de actuar.

Neste questionário **não há respostas certas nem erradas**, apenas se pretende saber a sua opinião. Por favor, **não deixe nenhuma resposta por responder.**

NUNCA	POUCAS VEZES	NEM MUITAS NEM POUCAS	MUITAS VEZES	SEMPRE
1	2	3	4	5

1	IGNORO A DOR, PENSANDO NOOUTRA COISA	1	2	3	4	5
2	Falo com um Profissional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) do problema para que me ajude a fazer-lhe frente	1	2	3	4	5
3	Rezo para me curar	1	2	3	4	5
4	Procuo um amigo ou pessoa próxima que me compreenda e me ajude a sentir-me melhor com a dor	1	2	3	4	5
5	Esqueço-me de tudo e concentro-me na minha dor, tentando que diminua	1	2	3	4	5
6	Quando tenho dor não me rendo, luto	1	2	3	4	5
7	Quando tenho dor, penso noutra coisa	1	2	3	4	5
8	Falo com alguém que possa fazer algo concreto sobre a minha dor	1	2	3	4	5
9	Rezo para conseguir força e orientação sobre o problema	1	2	3	4	5
10	Quando tenho dor digo aos outros o muito que me dói, pois ao partilhar os meus sentimentos, sinto-me melhor	1	2	3	4	5
11	Quando tenho dor concentro-me nela e tento diminui-la mentalmente	1	2	3	4	5

NUNCA	POUCAS VEZES	NEM MUITAS NEM POUCAS	MUITAS VEZES	SEMPRE
1	2	3	4	5

12	ANIMO-ME PARA AGUENTAR A DOR	1	2	3	4	5
13	Tento recriar mentalmente uma paisagem	1	2	3	4	5
14	Tento que me expliquem o que posso fazer para diminuir a dor	1	2	3	4	5
15	Utilizo a fé para aliviar as minhas dores	1	2	3	4	5
16	Quando tenho dor tento falar com alguém e contar-lhe o que me está a acontecer. Isto ajuda-me a suportá-lo	1	2	3	4	5
17	Quando tenho dor concentro-me na sua localização e intensidade para tentar controlá-lo	1	2	3	4	5
18	Digo a mim mesmo que tenho que ser forte	1	2	3	4	5
19	Quando tenho dor imagino situações agradáveis	1	2	3	4	5
20	Procuro algum amigo, familiar ou profissional para que me aconselhe sobre como superar a situação	1	2	3	4	5
21	Rezo para que as minhas dores desapareçam	1	2	3	4	5
22	Falo com outras pessoas sobre a minha dor, porque ao falar ajuda-me a sentir melhor	1	2	3	4	5
23	Concentro-me no ponto em que mais me dói, tentando diminuir a dor	1	2	3	4	5
24	Penso que tenho que ter forças e não desfalecer	1	2	3	4	5

Obrigada pelo tempo dispensado.

13. Tabela de Correlações entre Personalidade e Estratégias de *Coping*

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

		Correlations										
		neuroticismo	extroversão	abertura à experiência	amabilidade	conscienciosidade	religião	catarse	distracção	auto-controlo mental	auto-afirmação	procura de informação
neuroticismo	Pearson Correlation	1,000	,023	,556**	-,182	-,095	-,113	-,144	,049	-,251	-,056	-,045
	Sig. (2-tailed)		,892	,000	,281	,574	,505	,394	,772	,135	,740	,793
	N	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
extroversão	Pearson Correlation	,023	1,000	,098	-,083	,333 ⁺	,301	,443**	,232	,264	-,044	-,101
	Sig. (2-tailed)	,892		,565	,625	,044	,070	,006	,167	,114	,796	,552
	N	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37	37
abertura à experiência	Pearson Correlation	,556**	,098	1,000	-,070	-,206	-,064	-,079	-,071	,027	-,136	,036
	Sig. (2-tailed)	,000	,565		,681	,222	,705	,643	,676	,876	,423	,834
	N	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37
amabilidade	Pearson Correlation	-,182	-,083	-,070	1,000	,193	-,318	,097	-,180	-,102	-,082	,130
	Sig. (2-tailed)	,281	,625	,681		,252	,055	,568	,285	,546	,629	,443
	N	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37
conscienciosidade	Pearson Correlation	-,095	,333 ⁺	-,206	,193	1,000	-,206	,190	-,134	,070	-,104	-,017
	Sig. (2-tailed)	,574	,044	,222	,252		,221	,261	,430	,682	,540	,920
	N	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37
religião	Pearson Correlation	-,113	,301	-,064	-,318	-,206	1,000	,403 ⁺	,042	,369 ⁺	,015	,081
	Sig. (2-tailed)	,505	,070	,705	,055	,221		,013	,804	,025	,928	,636
	N	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37
catarse	Pearson Correlation	-,144	,443**	-,079	,097	,190	,403 ⁺	1,000	-,096	,406 ⁺	-,085	,286
	Sig. (2-tailed)	,394	,006	,643	,568	,261	,013		,571	,013	,616	,086
	N	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37
distracção	Pearson Correlation	,049	,232	-,071	-,180	-,134	,042	-,096	1,000	,196	,687**	,001
	Sig. (2-tailed)	,772	,167	,676	,285	,430	,804	,571		,246	,000	,996
	N	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37
auto-controlo mental	Pearson Correlation	-,251	,264	,027	-,102	,070	,369 ⁺	,406 ⁺	,196	1,000	,259	,013
	Sig. (2-tailed)	,135	,114	,876	,546	,682	,025	,013	,246		,122	,938
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37
auto-afirmação	Pearson Correlation	-,056	-,044	-,136	-,082	-,104	,015	-,085	,687**	,259	1,000	,250
	Sig. (2-tailed)											
	N											

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Sig. (2-tailed)	,740	,796	,423	,629	,540	,928	,616	,000	,122		,135	
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	
procura de informação	Pearson Correlation	-,045	-,101	,036	,130		-,017	,081	,286	,001	,013	,250	1,000
	Sig. (2-tailed)	,793	,552	,834	,443	,920	,636	,086	,996	,938	,135		
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	

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

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

14. Tabela de Correlações entre Personalidade e Qualidade de Vida

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Correlations

		neuroticismo	extroversão	abertura à experiência	amabilidade	conscienciosidade	função física	desempenho físico	dor corporal	saúde geral	vitalidade	função social	desempenho emocional	saúde mental	mudanças de saúde
neuroticismo	Pearson Correlation	1,000	,023	,556**	-,182	-,095	,337*	,405*	,055	-,148	-,061	,074	-,121	-,223	,251
	Sig. (2-tailed)		,892	,000	,281	,574	,042	,013	,748	,383	,718	,661	,474	,185	,134
	N	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
extroversão	Pearson Correlation	,023	1,000	,098	-,083	,333*	,293	,220	,168	,213	,184	,295	,171	,329*	-,153
	Sig. (2-tailed)	,892		,565	,625	,044	,079	,190	,322	,207	,277	,077	,310	,046	,367
	N	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
abertura à experiência	Pearson Correlation	,556**	,098	1,000	-,070	-,206	,437**	,417*	,159	-,272	-,082	,052	-,250	-,161	,180
	Sig. (2-tailed)	,000	,565		,681	,222	,007	,010	,348	,104	,631	,761	,136	,340	,286
	N	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
amabilidade	Pearson Correlation	-,182	-,083	-,070	1,000	,193	-,213	-,254	-,218	-,074	-,160	-,262	-,395*	-,170	,050
	Sig. (2-tailed)	,281	,625	,681		,252	,205	,130	,195	,662	,345	,117	,016	,314	,770
	N	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
conscienciosidade	Pearson Correlation	-,095	,333*	-,206	,193	1,000	-,046	-,267	-,044	-,161	-,253	-,145	-,188	-,015	,059
	Sig. (2-tailed)	,574	,044	,222	,252		,788	,110	,796	,342	,130	,393	,264	,929	,728
	N	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37	37
função física	Pearson Correlation	,337*	,293	,437**	-,213	-,046	1,000	,559**	,292	-,194	-,251	,182	-,085	-,168	,213
	Sig. (2-tailed)	,042	,079	,007	,205	,788		,000	,079	,250	,134	,281	,616	,321	,205
	N	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37
desempenho físico	Pearson Correlation	,405*	,220	,417*	-,254	-,267	,559**	1,000	,487**	,310	,202	,661**	,364*	,261	,001
	Sig. (2-tailed)	,013	,190	,010	,130	,110	,000		,002	,062	,230	,000	,027	,119	,997
	N	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37
dor corporal	Pearson Correlation	,055	,168	,159	-,218	-,044	,292	,487**	1,000	,423**	,373*	,378*	,308	,279	-,213
	Sig. (2-tailed)	,748	,322	,348	,195	,796	,079	,002		,009	,023	,021	,063	,095	,206
	N	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37
saúde geral	Pearson Correlation	-,148	,213	-,272	-,074	-,161	-,194	,310	,423**	1,000	,726**	,466**	,604**	,704**	-,654**
	Sig. (2-tailed)	,383	,207	,104	,662	,342	,250	,062	,009		,000	,004	,000	,000	,000
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37
vitalidade	Pearson Correlation	-,061	,184	-,082	-,160	-,253	-,251	,202	,373*	,726**	1,000	,535**	,601**	,695**	-,543**
	Sig. (2-tailed)	,718	,277	,631	,345	,130	,134	,230	,023	,000		,001	,000	,000	,001

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37
função social	Pearson Correlation	,074	,295	,052	-,262	-,145	,182	,661**	,378*	,466**	,535**	1,000	,610**	,626**	-,215
	Sig. (2-tailed)	,661	,077	,761	,117	,393	,281	,000	,021	,004	,001		,000	,000	,202
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37
desempenho emocional	Pearson Correlation	-,121	,171	-,250	-,395*	-,188	-,085	,364*	,308	,604**	,601**	,610**	1,000	,735**	-,385*
	Sig. (2-tailed)	,474	,310	,136	,016	,264	,616	,027	,063	,000	,000	,000		,000	,019
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37
saúde mental	Pearson Correlation	-,223	,329*	-,161	-,170	-,015	-,168	,261	,279	,704**	,695**	,626**	,735**	1,000	-,615**
	Sig. (2-tailed)	,185	,046	,340	,314	,929	,321	,119	,095	,000	,000	,000	,000		,000
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37
mudanças de saúde	Pearson Correlation	,251	-,153	,180	,050	,059	,213	,001	-,213	-,654**	-,543**	-,215	-,385*	-,615**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,134	,367	,286	,770	,728	,205	,997	,206	,000	,001	,202	,019	,000	
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000

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

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

15. Tabela de Correlações entre Personalidade e Variáveis Sociodemográficas

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Correlations

		neuroticismo	extroversão	abertura à experiência	amabilidade	conscienciosidade	idade	gênero	vive só ou acompanhado	nível de estudos
neuroticismo	Pearson Correlation	1,000	,023	,556**	-,182	-,095	-,218	,141	,061	-,124
	Sig. (2-tailed)		,892	,000	,281	,574	,195	,404	,722	,466
	N	37,000	37	37	37	37	37	37	37	37
extroversão	Pearson Correlation	,023	1,000	,098	-,083	,333*	-,301	,019	-,146	-,044
	Sig. (2-tailed)	,892		,565	,625	,044	,071	,911	,388	,794
	N	37	37,000	37	37	37	37	37	37	37
abertura à experiência	Pearson Correlation	,556**	,098	1,000	-,070	-,206	-,117	,167	-,149	-,061
	Sig. (2-tailed)	,000	,565		,681	,222	,491	,324	,378	,718
	N	37	37	37,000	37	37	37	37	37	37
amabilidade	Pearson Correlation	-,182	-,083	-,070	1,000	,193	-,020	-,213	-,171	,221
	Sig. (2-tailed)	,281	,625	,681		,252	,907	,206	,312	,188
	N	37	37	37	37,000	37	37	37	37	37
conscienciosidade	Pearson Correlation	-,095	,333*	-,206	,193	1,000	-,170	-,049	,148	-,047
	Sig. (2-tailed)	,574	,044	,222	,252		,315	,774	,382	,783
	N	37	37	37	37	37,000	37	37	37	37
idade	Pearson Correlation	-,218	-,301	-,117	-,020	-,170	1,000	-,047	,180	-,402*
	Sig. (2-tailed)	,195	,071	,491	,907	,315		,782	,287	,014
	N	37	37	37	37	37	37,000	37	37	37
gênero	Pearson Correlation	,141	,019	,167	-,213	-,049	-,047	1,000	-,139	-,045
	Sig. (2-tailed)	,404	,911	,324	,206	,774	,782		,413	,793
	N	37	37	37	37	37	37	37,000	37	37
vive só ou acompanhado	Pearson Correlation	,061	-,146	-,149	-,171	,148	,180	-,139	1,000	-,067
	Sig. (2-tailed)	,722	,388	,378	,312	,382	,287	,413		,693
	N	37	37	37	37	37	37	37	37,000	37
nível de estudos	Pearson Correlation	-,124	-,044	-,061	,221	-,047	-,402*	-,045	-,067	1,000
	Sig. (2-tailed)	,466	,794	,718	,188	,783	,014	,793	,693	
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37,000

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

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

16. Tabela de Correlações entre Personalidade e Variáveis Clínicas

Correlations

		neuroticismo		extroversão		
		Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
	neuroticismo	1		37	,892	,023
	extroversão		,023	37	1	
	abertura à experiência		,556**	37	,565	,098
	amabilidade	-,182		37	,625	-,083
	conscienciosidade	-,095		37	,044	,333 [†]
	medicação actual	,129		37	,618	-,085
	presença de úlceras gástricas	-,048		37	,259	-,190
	presença de hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal	,062		37	,708	-,064
	presença de contracção do timo	^a		37	.	^a
	sente que range os dentes	,008		37	,300	,175
	sente que aperta dos dentes	,036		37	,590	,091
	sente dores de cabeça com frequência	-,113		37	,148	,242
	sente fadiga dos músculos da face	-,061		37	,039	,340 [†]
	presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros	,084		37	,126	,256
	usou goteira oclusal	,061		37	,290	,179
	efectuou ortodôncia	-,133		37	,635	-,081
	tipo de dor	,002		37	,660	-,075
	intensidade de dor	-,082		37	,245	-,196
	padrão de bruxismo	-,131		37	,831	,036
	quantidade de bruxismo	-,254		37	,398	,143

abertura à experiência			amabilidade			conscienciosidade		
N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
37		,556**	37	-,182		37	-,095	
37		,098	37	-,083		37	,333*	
37	1		37	-,070		37	-,206	
37		-,070	37	1		37	,193	
37		-,206	37	,252	,193	37	1	
37		,202	37	,776	,048	37	-,115	
37		-,092	37	,576	-,095	37	-,305	
37		-,152	37	,697	-,066	37	,030	
37		^a	37	^a		37	^a	
37		-,004	37	,759	-,052	37	-,156	
37		,071	37	,712	-,063	37	-,243	
37		-,089	37	,516	,110	37	-,123	
37		-,182	37	,807	-,042	37	-,107	
37		,143	37	,903	,021	37	-,144	
37		,214	37	,097	-,277	37	,148	
37		-,010	37	,585	-,093	37	-,032	
37		-,199	37	,415	-,138	37	-,030	
37		-,058	37	,759	,052	37	,053	
37		-,032	37	,314	,170	37	,130	
37	,850		37	,683	-,070	37	,443	
37		-,077				37	,626	,083

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

medicação actual	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	presença de úlceras gástricas	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	presença de hiperdesenvolvimento do córtex supra-renal	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	presença de contração do timo	Pearson Correlation
	,129		37	-,048		,062	37	,717			37	,717	
	-,085		37	-,190		-,064	37	,708			37	,708	
	,202		37	-,092		-,152	37	,370			37	,370	
	,048		37	-,095		-,066	37	,697			37	,697	
	-,115		37	-,305		,030	37	,859			37	,859	
	1		37	-,083		,479**	37	,003			37	,003	
	-,083		37	1		-,040	37	,815			37	,815	
	-,479**		37	-,040		1	37				37		
	, ^a		37	, ^a		, ^a	37				37		
	-,191		37	-,194		-,047	37	,780			37	,780	
	-,135		37	-,224		-,065	37	,704			37	,704	
	,184		37	,246		,171	37	,311			37	,311	
	,067		37	,046		,202	37	,231			37	,231	
	,223		37	,033		-,145	37	,390			37	,390	
	-,168		37	-,115		-,081	37	,636			37	,636	
	-,212		37	,124		-,101	37	,550			37	,550	
	-,479**		37	,040		,028	37	,870			37	,870	
	-,065		37	-,011		-,292	37	,080			37	,080	
	,029		37	,127		,088	37				37		
	,865		37	,454		,603	37				37		
	-,061		37	-,145		-,101	37	,552			37	,552	

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

			sentir fadiga dos músculos da face			presença de espasmos ou contraturas dos músculos do pescoço e ombros			usou goteira oclusal		
N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)	N	Pearson Correlation	Sig. (2-tailed)
37			37	,721	,061	37	,620	,084	37	,722	,061
37			37	,039	,340	37	,126	,256	37	,290	,179
37			37	,281	,182	37	,397	,143	37	,203	,214
37			37	,807	,042	37	,903	,021	37	,097	,277
37			37	,528	,107	37	,395	,144	37	,382	,148
37			37	,693	,067	37	,184	,223	37	,320	,168
37			37	,787	,046	37	,848	,033	37	,496	,115
37			37	,231	,202	37	,390	,145	37	,636	,081
37			37		^a	37		^a	37		^a
37			37	,747	,055	37	,570	,096	37	,365	,153
37			37	,923	,016	37	,228	,203	37	,490	,117
37			37	,000	,628	37	,149	,242	37	,742	,056
37			37		1	37	,017	,390	37	,334	,163
37			37	,017	,390	37		1	37	,100	,275
37			37	,334	,163	37	,100	,275	37		1
37			37	,969	,007	37	,815	,040	37	,002	,483
37			37	,417	,138	37	,258	,191	37	,636	,081
37			37	,249	,194	37	,125	,257	37	,718	,061
37			37	,687	,068	37	,307	,173	37	,609	,087
37			37	,684	,069	37	,731	,059	37	,748	,055

17. Tabela de Diferença de Médias em função da Idade

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Ranks

	intervalosidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nível de estudos	grupo baixo idade	32	20,73	663,50
	grupo alto idade	5	7,90	39,50
	Total	37		
intensidade de dor	grupo baixo idade	32	18,25	584,00
	grupo alto idade	5	23,80	119,00
	Total	37		
neuroticismo	grupo baixo idade	32	19,97	639,00
	grupo alto idade	5	12,80	64,00
	Total	37		
extroversão	grupo baixo idade	32	19,89	636,50
	grupo alto idade	5	13,30	66,50
	Total	37		
abertura à experiência	grupo baixo idade	32	20,06	642,00
	grupo alto idade	5	12,20	61,00
	Total	37		
amabilidade	grupo baixo idade	32	19,02	608,50
	grupo alto idade	5	18,90	94,50
	Total	37		
conscienciosidade	grupo baixo idade	32	19,16	613,00
	grupo alto idade	5	18,00	90,00
	Total	37		
função física	grupo baixo idade	32	19,59	627,00
	grupo alto idade	5	15,20	76,00
	Total	37		
desempenho físico	grupo baixo idade	32	19,52	624,50
	grupo alto idade	5	15,70	78,50
	Total	37		
dor corporal	grupo baixo idade	32	18,48	591,50
	grupo alto idade	5	22,30	111,50
	Total	37		
saúde geral	grupo baixo idade	32	19,31	618,00
	grupo alto idade	5	17,00	85,00
	Total	37		
vitalidade	grupo baixo idade	32	18,88	604,00
	grupo alto idade	5	19,80	99,00
	Total	37		
função social	grupo baixo idade	32	19,56	626,00
	grupo alto idade	5	15,40	77,00
	Total	37		
desempenho emocional	grupo baixo idade	32	17,88	572,00
	grupo alto idade	5	26,20	131,00
	Total	37		
saúde mental	grupo baixo idade	32	19,06	610,00
	grupo alto idade	5	18,60	93,00
	Total	37		
mudanças saúde	grupo baixo idade	32	18,56	594,00
	grupo alto idade	5	21,80	109,00
	Total	37		
religião	grupo baixo idade	32	18,03	577,00
	grupo alto idade	5	25,20	126,00

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Total	37		
catarse	grupo baixo idade	32	18,86	603,50
	grupo alto idade	5	19,90	99,50
	Total	37		
distracção	grupo baixo idade	32	19,20	614,50
	grupo alto idade	5	17,70	88,50
	Total	37		
auto-controlo mental	grupo baixo idade	32	18,50	592,00
	grupo alto idade	5	22,20	111,00
	Total	37		
auto-afirmação	grupo baixo idade	32	18,36	587,50
	grupo alto idade	5	23,10	115,50
	Total	37		
procura de informação	grupo baixo idade	32	19,20	614,50
	grupo alto idade	5	17,70	88,50
	Total	37		
padrão de bruxismo	grupo baixo idade	32	18,83	602,50
	grupo alto idade	5	20,10	100,50
	Total	37		
quantidade de bruxismo	grupo baixo idade	32	18,14	580,50
	grupo alto idade	5	24,50	122,50
	Total	37		

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2* (1-tailed Sig.)]	
						nível de estudos
						intensidade de dor
						neuroticismo
						extroversão
						abertura à experiência
						amabilidade
						conscienciosidade
						função física
						desempenho físico
						dor corporal
						saúde geral
						vitalidade
						função social
						desempenho emocional
						saúde mental
						mudanças de saúde
						religião
						catarse
						distracção
						auto-controlo mental
						auto-afirmação
						procura de informação
						padrão de bruxismo
						quantidade de bruxismo

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Intervalosidade

18. Tabela de Diferenças de Médias em função do Género

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Ranks

	género	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nível de estudos	feminino	26	18,94	492,50
	masculino	11	19,14	210,50
	Total	37		
intensidade de dor	feminino	26	19,00	494,00
	masculino	11	19,00	209,00
	Total	37		
neuroticismo	feminino	26	17,75	461,50
	masculino	11	21,95	241,50
	Total	37		
extroversão	feminino	26	18,94	492,50
	masculino	11	19,14	210,50
	Total	37		
abertura à experiência	feminino	26	17,79	462,50
	masculino	11	21,86	240,50
	Total	37		
amabilidade	feminino	26	20,23	526,00
	masculino	11	16,09	177,00
	Total	37		
conscienciosidade	feminino	26	19,98	519,50
	masculino	11	16,68	183,50
	Total	37		
função física	feminino	26	18,00	468,00
	masculino	11	21,36	235,00
	Total	37		
desempenho físico	feminino	26	17,40	452,50
	masculino	11	22,77	250,50
	Total	37		
dor corporal	feminino	26	16,77	436,00
	masculino	11	24,27	267,00
	Total	37		
saúde geral	feminino	26	17,04	443,00
	masculino	11	23,64	260,00
	Total	37		
vitalidade	feminino	26	17,73	461,00
	masculino	11	22,00	242,00
	Total	37		
função social	feminino	26	17,77	462,00
	masculino	11	21,91	241,00
	Total	37		
desempenho emocional	feminino	26	18,77	488,00
	masculino	11	19,55	215,00
	Total	37		
saúde mental	feminino	26	19,19	499,00
	masculino	11	18,55	204,00
	Total	37		
mudanças de saúde	feminino	26	19,02	494,50
	masculino	11	18,95	208,50
	Total	37		
religião	feminino	26	18,31	476,00
	masculino	11	20,64	227,00

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Total	37		
catarse	feminino	26	19,44	505,50
	masculino	11	17,95	197,50
	Total	37		
distracção	feminino	26	20,33	528,50
	masculino	11	15,86	174,50
	Total	37		
auto-controlo mental	feminino	26	18,54	482,00
	masculino	11	20,09	221,00
	Total	37		
auto-afirmação	feminino	26	21,02	546,50
	masculino	11	14,23	156,50
	Total	37		
procura de informação	feminino	26	21,19	551,00
	masculino	11	13,82	152,00
	Total	37		
padrão de bruxismo	feminino	26	18,75	487,50
	masculino	11	19,59	215,50
	Total	37		
quantidade de bruxismo	feminino	26	18,02	468,50
	masculino	11	21,32	234,50
	Total	37		

19. Tabela de Diferenças de Médias em função da Coabitação

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Ranks

	vive só ou acompanhado	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nível de estudos	vive só	7	20,43	143,00
	vive acompanhado	30	18,67	560,00
	Total	37		
intensidade de dor	vive só	7	16,00	112,00
	vive acompanhado	30	19,70	591,00
	Total	37		
neuroticismo	vive só	7	19,36	135,50
	vive acompanhado	30	18,92	567,50
	Total	37		
extroversão	vive só	7	22,79	159,50
	vive acompanhado	30	18,12	543,50
	Total	37		
abertura à experiência	vive só	7	22,71	159,00
	vive acompanhado	30	18,13	544,00
	Total	37		
amabilidade	vive só	7	22,64	158,50
	vive acompanhado	30	18,15	544,50
	Total	37		
conscienciosidade	vive só	7	16,00	112,00
	vive acompanhado	30	19,70	591,00
	Total	37		
função física	vive só	7	21,07	147,50
	vive acompanhado	30	18,52	555,50
	Total	37		
desempenho físico	vive só	7	21,86	153,00
	vive acompanhado	30	18,33	550,00
	Total	37		
dor corporal	vive só	7	21,36	149,50
	vive acompanhado	30	18,45	553,50
	Total	37		
saúde geral	vive só	7	24,36	170,50
	vive acompanhado	30	17,75	532,50
	Total	37		
vitalidade	vive só	7	24,71	173,00
	vive acompanhado	30	17,67	530,00
	Total	37		
função social	vive só	7	16,86	118,00
	vive acompanhado	30	19,50	585,00
	Total	37		
desempenho emocional	vive só	7	16,79	117,50
	vive acompanhado	30	19,52	585,50
	Total	37		
saúde mental	vive só	7	22,57	158,00
	vive acompanhado	30	18,17	545,00
	Total	37		
mudanças de saúde	vive só	7	12,79	89,50
	vive acompanhado	30	20,45	613,50
	Total	37		
religião	vive só	7	17,79	124,50
	vive acompanhado	30	19,28	578,50

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Total	37		
catarse	vive só	7	20,36	142,50
	vive acompanhado	30	18,68	560,50
	Total	37		
distracção	vive só	7	20,71	145,00
	vive acompanhado	30	18,60	558,00
	Total	37		
auto-controlo mental	vive só	7	15,43	108,00
	vive acompanhado	30	19,83	595,00
	Total	37		
auto-afirmação	vive só	7	23,71	166,00
	vive acompanhado	30	17,90	537,00
	Total	37		
procura de informação	vive só	7	25,29	177,00
	vive acompanhado	30	17,53	526,00
	Total	37		
padrão de bruxismo	vive só	7	21,21	148,50
	vive acompanhado	30	18,48	554,50
	Total	37		
quantidade de bruxismo	vive só	7	19,50	136,50
	vive acompanhado	30	18,88	566,50
	Total	37		

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Test Statistics ^a						
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2* (1-tailed Sig.)]	
	,719 ^a	,676	-,417	560,000	95,000	nível de estudos
	,435 ^a	,380	-,878	112,000	84,000	intensidade de dor
	,925 ^a	,923	-,097	567,500	102,500	neuroticismo
	,312 ^a	,302	-1,032	543,500	78,500	extroversão
	,330 ^a	,313	-1,010	544,000	79,000	abertura à experiência
	,330 ^a	,320	-,994	544,500	79,500	amabilidade
	,435 ^a	,412	-,821	112,000	84,000	conscienciosidade
	,582 ^a	,567	-,573	555,500	90,500	função física
	,458 ^a	,423	-,801	550,000	85,000	desempenho físico
	,531 ^a	,518	-,646	553,500	88,500	dor corporal
	,149 ^a	,144	-1,461	532,500	67,500	saúde geral
	,128 ^a	,118	-1,565	530,000	65,000	vitalidade
	,582 ^a	,543	-,608	118,000	90,000	função social
	,556 ^a	,534	-,622	117,500	89,500	desempenho emocional
	,350 ^a	,329	-,977	545,000	80,000	saúde mental
	,092 ^a	,059	-1,885	89,500	61,500	mudançasaúde
	,747 ^a	,728	-,347	124,500	96,500	religião
	,719 ^a	,710	-,372	560,500	95,500	catarse
	,662 ^a	,639	-,469	558,000	93,000	distracção
	,350 ^a	,329	-,976	108,000	80,000	auto-controlo mental
	,213 ^a	,196	-1,294	537,000	72,000	auto-afirmação
	,092 ^a	,086	-1,719	526,000	61,000	procura de informação
	,556 ^a	,468	-,725	554,500	89,500	padrão de bruxismo
	,894 ^a	,865	-,170	566,500	101,500	quantidade de bruxismo

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable : vive só ou acompanhado

20. Tabela de Diferenças de Médias em função da Administração actual de Medicação

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Ranks

	medicação actual	N	Mean Rank	Sum of Ranks
nível de estudos	sim	4	13,12	52,50
	não	33	19,71	650,50
	Total	37		
intensidade de dor	sim	4	20,25	81,00
	não	33	18,85	622,00
	Total	37		
neuroticismo	sim	4	14,62	58,50
	não	33	19,53	644,50
	Total	37		
extroversão	sim	4	20,75	83,00
	não	33	18,79	620,00
	Total	37		
abertura à experiência	sim	4	12,62	50,50
	não	33	19,77	652,50
	Total	37		
amabilidade	sim	4	17,00	68,00
	não	33	19,24	635,00
	Total	37		
conscienciosidade	sim	4	23,12	92,50
	não	33	18,50	610,50
	Total	37		
função física	sim	4	21,25	85,00
	não	33	18,73	618,00
	Total	37		
desempenho físico	sim	4	19,38	77,50
	não	33	18,95	625,50
	Total	37		
dor corporal	sim	4	20,75	83,00
	não	33	18,79	620,00
	Total	37		
saúde geral	sim	4	14,00	56,00
	não	33	19,61	647,00
	Total	37		
vitalidade	sim	4	11,12	44,50
	não	33	19,95	658,50
	Total	37		
função social	sim	4	20,38	81,50
	não	33	18,83	621,50
	Total	37		
desempenho emocional	sim	4	23,62	94,50
	não	33	18,44	608,50
	Total	37		
saúde mental	sim	4	20,50	82,00
	não	33	18,82	621,00
	Total	37		
mudança de saúde	sim	4	18,88	75,50
	não	33	19,02	627,50
	Total	37		
religião	sim	4	30,75	123,00
	não	33	17,58	580,00

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Total	37		
catarse	sim	4	26,25	105,00
	não	33	18,12	598,00
	Total	37		
distracção	sim	4	19,00	76,00
	não	33	19,00	627,00
	Total	37		
auto-controlo mental	sim	4	26,12	104,50
	não	33	18,14	598,50
	Total	37		
auto-afirmação	sim	4	26,25	105,00
	não	33	18,12	598,00
	Total	37		
procura de informação	sim	4	22,62	90,50
	não	33	18,56	612,50
	Total	37		
padrão de bruxismo	sim	4	19,12	76,50
	não	33	18,98	626,50
	Total	37		
quantidade de bruxismo	sim	4	20,12	80,50
	não	33	18,86	622,50
	Total	37		

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2* (1-tailed Sig.)]	
						nível de estudos
						intensidade de dor
						neuroticismo
						extroversão
						abertura à experiência
						amabilidade
						conscienciosidade
						função física
						desempenho físico
						dor corporal
						saúde geral
						vitalidade
						função social
						desempenho emocional
						saúde mental
						mudanças saúde
						religião
						catarse
						distracção
						auto-controlo mental
						auto-afirmação
						procura de informação
						padrão de bruxismo
						quantidade de bruxismo

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: medicação actual

21. Tabela de Diferença de Médias por Grupo de Personalidade

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Ranks				
	personalidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
idade	grupo baixo personalidade	17	21,71	369,00
	grupo alto personalidade	20	16,70	334,00
	Total	37		
nível de estudos	grupo baixo personalidade	17	19,47	331,00
	grupo alto personalidade	20	18,60	372,00
	Total	37		
intensidade de dor	grupo baixo personalidade	17	19,21	326,50
	grupo alto personalidade	20	18,82	376,50
	Total	37		
função física	grupo baixo personalidade	17	13,06	222,00
	grupo alto personalidade	20	24,05	481,00
	Total	37		
desempenho físico	grupo baixo personalidade	17	12,76	217,00
	grupo alto personalidade	20	24,30	486,00
	Total	37		
dor corporal	grupo baixo personalidade	17	16,65	283,00
	grupo alto personalidade	20	21,00	420,00
	Total	37		
saúde geral	grupo baixo personalidade	17	22,24	378,00
	grupo alto personalidade	20	16,25	325,00
	Total	37		
vitalidade	grupo baixo personalidade	17	20,85	354,50
	grupo alto personalidade	20	17,42	348,50
	Total	37		
função social	grupo baixo personalidade	17	18,29	311,00
	grupo alto personalidade	20	19,60	392,00
	Total	37		
desempenho emocional	grupo baixo personalidade	17	21,94	373,00
	grupo alto personalidade	20	16,50	330,00
	Total	37		
saúde mental	grupo baixo personalidade	17	22,32	379,50
	grupo alto personalidade	20	16,18	323,50
	Total	37		
mudanças de saúde	grupo baixo personalidade	17	16,59	282,00
	grupo alto personalidade	20	21,05	421,00
	Total	37		
religião	grupo baixo personalidade	17	20,12	342,00
	grupo alto personalidade	20	18,05	361,00
	Total	37		
catarse	grupo baixo personalidade	17	19,21	326,50
	grupo alto personalidade	20	18,82	376,50
	Total	37		
distracção	grupo baixo personalidade	17	18,65	317,00
	grupo alto personalidade	20	19,30	386,00
	Total	37		
auto-controlo mental	grupo baixo personalidade	17	18,32	311,50
	grupo alto personalidade	20	19,58	391,50
	Total	37		
auto-afirmação	grupo baixo personalidade	17	19,32	328,50
	grupo alto personalidade	20	18,72	374,50
	Total	37		

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Total		
procura de informação	grupo baixo personalidade	17	318,50
	grupo alto personalidade	20	384,50
	Total	37	
			18,74
			19,22
			384,50

	Test Statistics ^a			
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
	124,000	334,000	-1,407	,167 ^a
idade				
	162,000	372,000	-,262	,821 ^a
nível de estudos				
	166,500	376,500	-,115	,916 ^a
intensidade de dor				
	69,000	222,000	-3,135	,002 ^a
função física				
	64,000	217,000	-3,335	,001 ^a
desempenho físico				
	130,000	283,000	-1,231	,232 ^a
dor corporal				
	115,000	325,000	-1,684	,097 ^a
saúde geral				
	138,500	348,500	-,969	,341 ^a
vitalidade				
	158,000	311,000	-,382	,726 ^a
função social				
	120,000	330,000	-1,577	,133 ^a
desempenho emocional				
	113,500	323,500	-1,736	,085 ^a
saúde mental				
	129,000	282,000	-1,396	,220 ^a
mudanças saúde				
	151,000	361,000	-,610	,577 ^a
religião				
	166,500	376,500	-,108	,916 ^a
catarse				
	164,000	317,000	-,184	,869 ^a
distracção				
	158,500	311,500	-,353	,729 ^a
auto-controlo mental				
	164,500	374,500	-,169	,869 ^a
auto-afirmação				
	165,500	318,500	-,138	,892 ^a
procura de informação				

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: personalidade

22. Tabelas de Análise Discriminante de Variáveis predictoras do Bruxismo

Percepção de “ranger” os dentes**Analysis Case Processing Summary**

Unweighted Cases	N	Percent
Valid	37	100,0
Excluded Missing or out-of-range group codes	0	,0
At least one missing discriminating variable	0	,0
Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
Total	37	100,0

Group Statistics

sente que aperta dos dentes	Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
			Unweighted	Weighted
sim, de dia				
idade	29,00	7,810	3	3,000
nível de estudos	5,67	,577	3	3,000
intensidade de dor	5,67	1,155	3	3,000
neuroticismo	19,33	7,506	3	3,000
extroversão	29,67	2,082	3	3,000
abertura à experiência	20,33	11,930	3	3,000
amabilidade	22,33	2,517	3	3,000
conscienciosidade	31,33	4,933	3	3,000
religião	6,00	2,000	3	3,000
catarse	9,67	1,528	3	3,000
distracção	12,00	2,000	3	3,000
auto-controlo mental	12,00	3,606	3	3,000
auto-afirmação	14,67	1,528	3	3,000
procura de informação	10,00	1,732	3	3,000
sim, de noite				
idade	32,67	11,305	15	15,000
nível de estudos	5,67	,816	15	15,000
intensidade de dor	4,80	1,699	15	15,000
neuroticismo	18,47	6,022	15	15,000
extroversão	26,60	3,439	15	15,000
abertura à experiência	18,60	5,152	15	15,000
amabilidade	24,00	3,317	15	15,000
conscienciosidade	28,60	3,355	15	15,000
religião	5,87	3,114	15	15,000
catarse	9,27	3,432	15	15,000
distracção	11,60	3,158	15	15,000
auto-controlo mental	9,07	5,147	15	15,000
auto-afirmação	13,53	3,482	15	15,000
procura de informação	11,00	3,982	15	15,000
sim, de dia e de noite				
idade	31,45	12,565	11	11,000
nível de estudos	5,18	1,401	11	11,000
intensidade de dor	4,91	2,256	11	11,000
neuroticismo	19,36	4,130	11	11,000
extroversão	27,73	4,077	11	11,000
abertura à experiência	21,45	6,330	11	11,000
amabilidade	24,64	4,202	11	11,000
conscienciosidade	29,00	3,661	11	11,000
religião	7,18	3,093	11	11,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	catarse	10,55	1,916	11	11,000
	distracção	10,82	2,639	11	11,000
	auto-controlo mental	10,27	3,977	11	11,000
	auto-afirmação	13,45	2,697	11	11,000
	procura de informação	11,64	2,420	11	11,000
não	idade	30,62	7,836	8	8,000
	nível de estudos	5,25	,886	8	8,000
	intensidade de dor	4,88	1,642	8	8,000
	neuroticismo	19,12	5,718	8	8,000
	extroversão	28,62	3,889	8	8,000
	abertura à experiência	19,62	3,623	8	8,000
	amabilidade	22,38	1,685	8	8,000
	conscienciosidade	27,12	2,748	8	8,000
	religião	8,25	3,240	8	8,000
	catarse	9,62	3,815	8	8,000
	distracção	13,38	2,264	8	8,000
	auto-controlo mental	9,00	3,071	8	8,000
	auto-afirmação	15,50	2,928	8	8,000
	procura de informação	13,00	4,175	8	8,000
Total	idade	31,57	10,495	37	37,000
	nível de estudos	5,43	1,015	37	37,000
	intensidade de dor	4,92	1,785	37	37,000
	neuroticismo	18,95	5,338	37	37,000
	extroversão	27,62	3,662	37	37,000
	abertura à experiência	19,81	5,778	37	37,000
	amabilidade	23,70	3,307	37	37,000
	conscienciosidade	28,62	3,475	37	37,000
	religião	6,78	3,101	37	37,000
	catarse	9,76	2,976	37	37,000
	distracção	11,78	2,810	37	37,000
	auto-controlo mental	9,65	4,251	37	37,000
	auto-afirmação	14,03	3,041	37	37,000
	procura de informação	11,54	3,485	37	37,000

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	,772 ^a	59,3	59,3	,660
2	,286 ^a	21,9	81,2	,471
3	,244 ^a	18,8	100,0	,443

a. First 3 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 through 3	,353	28,124	42	,950
2 through 3	,625	12,679	26	,987
3	,804	5,897	12	,921

Structure Matrix

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Function		
	1	2	3
distracção	,470	-,004	,118
auto-afirmação	,356	,099	,130
amabilidade	-,323	-,182	,064
conscienciosidade	-,071	,461	-,095
auto-controlo mental	,022	,312	-,054
intensidade de dor	-,173	,287	,028
procura de informação	,142	-,242	,193
religião	,265	-,091	,460
extroversão	,292	,398	,407
catarse	-,063	,079	,356
nível de estudos	,159	,034	-,319
abertura à experiência	-,211	,154	,260
idade	-,150	-,160	-,170
neuroticismo	-,068	,084	,125

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

*. Largest absolute correlation between each variable and any discriminant function

Functions at Group Centroids

sente que range os dentes	Function		
	1	2	3
sim, de dia	,284	1,636	-,393
sim, de noite	-,150	-,294	-,526
sim, de dia e de noite	-1,052	,048	,485
não	1,177	-,128	,369

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed	37
Excluded Missing or out-of-range group codes	0
At least one missing discriminating variable	0
Used in Output	37

Prior Probabilities for Groups

sente que aperta dos dentes	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
sim, de dia	,250	3	3,000
sim, de noite	,250	15	15,000
sim, de dia e de noite	,250	11	11,000
não	,250	8	8,000
Total	1,000	37	37,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Classification Results^a

sente que aperta dos dentes		Predicted Group Membership				Total
		sim, de dia	sim, de noite	sim, de dia e de noite	não	
Original Count	sim, de dia	2	1	0	0	3
	sim, de noite	1	9	3	2	15
	sim, de dia e de noite	1	0	7	3	11
	não	0	2	1	5	8
%	sim, de dia	66,7	33,3	,0	,0	100,0
	sim, de noite	6,7	60,0	20,0	13,3	100,0
	sim, de dia e de noite	9,1	,0	63,6	27,3	100,0
	não	,0	25,0	12,5	62,5	100,0

a. 62,2% of original grouped cases correctly classified.

Percepção de “apertar” os dentes

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases	N	Percent
Valid	37	100,0
Excluded Missing or out-of-range group codes	0	,0
At least one missing discriminating variable	0	,0
Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
Total	0	,0
Total	37	100,0

Group Statistics

sente dores de cabeça com frequência	Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
			Unweighted	Weighted
sim idade	33,11	10,255	18	18,000
nível de estudos	5,56	,856	18	18,000
intensidade de dor	5,61	1,650	18	18,000
neuroticismo	19,56	5,283	18	18,000
extroversão	26,72	3,196	18	18,000
abertura à experiência	20,33	5,224	18	18,000
amabilidade	23,33	3,726	18	18,000
conscienciosidade	29,06	3,077	18	18,000
religião	6,94	3,058	18	18,000
catarse	9,94	2,775	18	18,000
distracção	11,28	2,906	18	18,000
auto-controlo mental	9,06	3,316	18	18,000
auto-afirmação	13,72	2,630	18	18,000
procura de informação	11,83	3,400	18	18,000
não idade	30,11	10,785	19	19,000
nível de estudos	5,32	1,157	19	19,000
intensidade de dor	4,26	1,695	19	19,000
neuroticismo	18,37	5,469	19	19,000
extroversão	28,47	3,949	19	19,000
abertura à experiência	19,32	6,360	19	19,000
amabilidade	24,05	2,915	19	19,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

conscienciosidade	28,21	3,853	19	19,000
religião	6,63	3,218	19	19,000
catarse	9,58	3,220	19	19,000
distracção	12,26	2,705	19	19,000
auto-controlo mental	10,21	5,006	19	19,000
auto-afirmação	14,32	3,433	19	19,000
procura de informação	11,26	3,634	19	19,000
Total idade	31,57	10,495	37	37,000
nível de estudos	5,43	1,015	37	37,000
intensidade de dor	4,92	1,785	37	37,000
neuroticismo	18,95	5,338	37	37,000
extroversão	27,62	3,662	37	37,000
abertura à experiência	19,81	5,778	37	37,000
amabilidade	23,70	3,307	37	37,000
conscienciosidade	28,62	3,475	37	37,000
religião	6,78	3,101	37	37,000
catarse	9,76	2,976	37	37,000
distracção	11,78	2,810	37	37,000
auto-controlo mental	9,65	4,251	37	37,000
auto-afirmação	14,03	3,041	37	37,000
procura de informação	11,54	3,485	37	37,000

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	,459 ^a	42,1	42,1	,561
2	,352 ^a	32,3	74,5	,510
3	,278 ^a	25,5	100,0	,467

a. First 3 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 through 3	,396	24,988	42	,983
2 through 3	,578	14,779	26	,961
3	,782	6,628	12	,881

Structure Matrix

	Function		
	1	2	3
distracção	,481 [†]		,185
conscienciosidade		-,384 [†]	,368
auto-afirmação	,382 [†]	,028	,244
procura de informação	,334 [†]	,031	
religião		,183	-,160
nível de estudos	,358 [†]	,368 [†]	-,032
abertura à experiência		-,113	-,366 [†]
catarse		-,066	,088
neuroticismo		,350 [†]	,051
extroversão		-,066	,302 [†]
amabilidade			-,024
auto-controlo mental	,011	,121 [†]	,052
intensidade de dor	,176	,248	,405 [†]
idade		-,322 [†]	-,345 [†]
		-,160 [†]	,293 [†]
		-,038	,238 [†]
		-,053	-,088
			-,164 [†]

† Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions. Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Structure Matrix

	Function		
	1	2	3
distracção	,481*		-,145
conscienciosidade		-,384	,028
auto-afirmação	,382*		,031
procura de informação	,334*		,183
religião	,358		,368*
nível de estudos		-,113	-,366
abertura à experiência		-,066	,350
catarse		-,066	,302
neuroticismo	,011		,121*
extroversão	,176		,248
amabilidade		-,322	,102
auto-controlo mental		-,160	,181
intensidade de dor		-,038	,036
idade		-,053	-,088

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

*. Largest absolute correlation between each variable and any discriminant function

Functions at Group Centroids

	Function		
	1	2	3
sente que aperta dos dentes			
sim, de dia	-,489	-,077	1,632
sim, de noite	-,236	-,599	-,217
sim, de dia e de noite	-,423	,745	-,201
não	1,207	,128	,071

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed	37
Excluded Missing or out-of-range group codes	0
At least one missing discriminating variable	0
Used in Output	37

Prior Probabilities for Groups

	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
sente dores de cabeça com frequência			
sim	,500	18	18,000
não	,500	19	19,000
Total	1,000	37	37,000

Classification Results^a

		Predicted Group Membership		
		sim	não	Total
sente dores de cabeça com frequência				
Original Count	sim	15	3	18
	não	4	15	19
%	sim	83,3	16,7	100,0
	não	21,1	78,9	100,0

a. 81,1% of original grouped cases correctly classified.

Presença de cefaleias

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases	N	Percent
Valid	37	100,0
Excluded		
Missing or out-of-range group codes	0	,0
At least one missing discriminating variable	0	,0
Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
Total	0	,0
Total	37	100,0

Group Statistics

sente fadiga dos músculos da face	Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
			Unweighted	Weighted
sim idade	33,93	11,367	15	15,000
nível de estudos	5,47	1,246	15	15,000
intensidade de dor	5,33	2,024	15	15,000
neuroticismo	19,33	5,178	15	15,000
extroversão	26,13	3,681	15	15,000
abertura à experiência	21,07	5,470	15	15,000
amabilidade	23,87	4,015	15	15,000
conscienciosidade	29,07	3,283	15	15,000
religião	6,60	3,203	15	15,000
catarse	9,93	2,712	15	15,000
distracção	10,27	2,658	15	15,000
auto-controlo mental	9,13	3,523	15	15,000
auto-afirmação	13,00	2,171	15	15,000
procura de informação	11,20	2,541	15	15,000
não idade	29,95	9,795	22	22,000
nível de estudos	5,41	1,854	22	22,000
intensidade de dor	4,64	1,590	22	22,000
neuroticismo	18,68	5,550	22	22,000
extroversão	28,64	3,360	22	22,000
abertura à experiência	18,95	5,948	22	22,000
amabilidade	23,59	2,823	22	22,000
conscienciosidade	28,32	3,643	22	22,000
religião	6,91	3,100	22	22,000
catarse	9,64	3,200	22	22,000
distracção	12,82	2,462	22	22,000
auto-controlo mental	10,00	4,731	22	22,000
auto-afirmação	14,73	3,383	22	22,000
procura de informação	11,77	4,047	22	22,000
Total idade	31,57	10,495	37	37,000
nível de estudos	5,43	1,015	37	37,000
intensidade de dor	4,92	1,785	37	37,000
neuroticismo	18,95	5,338	37	37,000
extroversão	27,62	3,662	37	37,000
abertura à experiência	19,81	5,778	37	37,000
amabilidade	23,70	3,307	37	37,000
conscienciosidade	28,62	3,475	37	37,000
religião	6,78	3,101	37	37,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

catarse	9,76	2,976	37	37,000
distracção	11,78	2,810	37	37,000
auto-controlo mental	9,65	4,251	37	37,000
auto-afirmação	14,03	3,041	37	37,000
procura de informação	11,54	3,485	37	37,000

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	,960 ^a	100,0	100,0	,700

a. First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,510	18,846	14	,171

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function	
	1	
idade	,803	
nível de estudos	,986	
intensidade de dor	,499	
neuroticismo	,180	
extroversão		-,388
abertura à experiência	,495	
amabilidade		-,591
conscienciosidade	,872	
religião	,496	
catarse	,152	
distracção		-,263
auto-controlo mental		-,806
auto-afirmação	,106	
procura de informação	,209	

Structure Matrix

	Function	
	1	
intensidade de dor	,423	
extroversão		-,255
distracção		-,184
idade	,150	
auto-controlo mental		-,142
conscienciosidade	,127	
nível de estudos	,123	
neuroticismo	,116	
amabilidade		-,113
auto-afirmação		-,101
abertura à experiência	,091	
procura de informação	,085	
catarse	,064	
religião	,052	

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Functions at Group Centroids

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	Function
sente dores de cabeça com frequência	1
sim	,979
não	-,928

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed	37
Excluded Missing or out-of-range group codes	0
At least one missing discriminating variable	0
Used in Output	37

Prior Probabilities for Groups

sente dores de cabeça com frequência	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
sim	,500	18	18,000
não	,500	19	19,000
Total	1,000	37	37,000

Classification Results^a

sente dores de cabeça com frequência		Predicted Group Membership		
		sim	não	Total
Original Count	sim	15	3	18
	não	4	15	19
%	sim	83,3	16,7	100,0
	não	21,1	78,9	100,0

a. 81,1% of original grouped cases correctly classified.

Percepção de fadiga dos músculos da face

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases	N	Percent
Valid	37	100,0
Excluded Missing or out-of-range group codes	0,0	
At least one missing discriminating variable	0,0	
Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0,0	
Total	0,0	
Total	37	100,0

Group Statistics

sente fadiga dos músculos da face	Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
			Unweighted	Weighted
sim idade	33,93	11,367	15	15,000
nível de estudos	5,47	1,246	15	15,000
intensidade de dor	5,33	2,024	15	15,000
neuroticismo	19,33	5,178	15	15,000
extroversão	26,13	3,681	15	15,000
abertura à experiência	21,07	5,470	15	15,000
amabilidade	23,87	4,015	15	15,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

conscienciosidade	29,07	3,283	15	15,000
religião	6,60	3,203	15	15,000
catarse	9,93	2,712	15	15,000
distracção	10,27	2,658	15	15,000
auto-controlo mental	9,13	3,523	15	15,000
auto-afirmação	13,00	2,171	15	15,000
procura de informação	11,20	2,541	15	15,000
não idade	29,95	9,795	22	22,000
nível de estudos	5,41	1,854	22	22,000
intensidade de dor	4,64	1,590	22	22,000
neuroticismo	18,68	5,550	22	22,000
extroversão	28,64	3,360	22	22,000
abertura à experiência	18,95	5,948	22	22,000
amabilidade	23,59	2,823	22	22,000
conscienciosidade	28,32	3,643	22	22,000
religião	6,91	3,100	22	22,000
catarse	9,64	3,200	22	22,000
distracção	12,82	2,462	22	22,000
auto-controlo mental	10,00	4,731	22	22,000
auto-afirmação	14,73	3,383	22	22,000
procura de informação	11,77	4,047	22	22,000
Total idade	31,57	10,495	37	37,000
nível de estudos	5,43	1,015	37	37,000
intensidade de dor	4,92	1,785	37	37,000
neuroticismo	18,95	5,338	37	37,000
extroversão	27,62	3,662	37	37,000
abertura à experiência	19,81	5,778	37	37,000
amabilidade	23,70	3,307	37	37,000
conscienciosidade	28,62	3,475	37	37,000
religião	6,78	3,101	37	37,000
catarse	9,76	2,976	37	37,000
distracção	11,78	2,810	37	37,000
auto-controlo mental	9,65	4,251	37	37,000
auto-afirmação	14,03	3,041	37	37,000
procura de informação	11,54	3,485	37	37,000

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	,936 ^a	100,0	100,0	,695

a. First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,517	18,491	14	,185

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
idade	,449
nível de estudos	,424
intensidade de dor	,069

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

neuroticismo		-,130
extroversão		-,913
abertura à experiência	,811	
amabilidade		-,244
conscienciosidade	,760	
religião	,308	
catarse	,549	
distracção		-,485
auto-controlo mental		-,523
auto-afirmação	,115	
procura de informação		-,411

Structure Matrix

	Function	
	1	
distracção		-,524
extroversão		-,374
auto-afirmação		-,305
intensidade de dor	,205	
idade	,199	
abertura à experiência	,191	
conscienciosidade	,111	
auto-controlo mental		-,105
procura de informação		-,085
neuroticismo	,063	
catarse	,051	
religião		-,051
amabilidade	,043	
nível de estudos	,029	

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Functions at Group Centroids

	Function
	1
sente fadiga dos músculos da face	
sim	1,139
não	-,777

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed	37
Excluded Missing or out-of-range group codes	0
At least one missing discriminating variable	0
Used in Output	37

Prior Probabilities for Groups

	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
sente fadiga dos músculos da face			
sim	,500	15	15,000
não	,500	22	22,000
Total	1,000	37	37,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Classification Results^a

		Predicted Group Membership		
		sim	não	Total
sente fadiga dos músculos da face				
Original Count	sim	12	3	15
	não	4	18	22
%	sim	80,0	20,0	100,0
	não	18,2	81,8	100,0

a. 81,1% of original grouped cases correctly classified.

Presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases	N	Percent
Valid	37	100,0
Excluded		
Missing or out-of-range group codes	0	,0
At least one missing discriminating variable	0	,0
Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
Total	0	,0
Total	37	100,0

Group Statistics

presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
sim	idade	33,25	10,240	16	16,000
	nível de estudos	5,62	1,204	16	16,000
	intensidade de dor	5,44	1,965	16	16,000
	neuroticismo	18,44	4,788	16	16,000
	extroversão	26,56	3,966	16	16,000
	abertura à experiência	18,88	5,976	16	16,000
	amabilidade	23,62	4,015	16	16,000
	conscienciosidade	29,19	3,563	16	16,000
	religião	6,69	3,177	16	16,000
	catarse	10,00	2,556	16	16,000
	distracção	11,25	2,646	16	16,000
	auto-controlo mental	9,81	4,183	16	16,000
	auto-afirmação	13,62	2,391	16	16,000
	procura de informação	10,94	3,435	16	16,000
não	idade	30,29	10,752	21	21,000
	nível de estudos	5,29	,845	21	21,000
	intensidade de dor	4,52	1,569	21	21,000
	neuroticismo	19,33	5,808	21	21,000
	extroversão	28,43	3,280	21	21,000
	abertura à experiência	20,52	5,662	21	21,000
	amabilidade	23,76	2,755	21	21,000
	conscienciosidade	28,19	3,430	21	21,000
	religião	6,86	3,119	21	21,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	catarse	9,57	3,310	21	21,000
	distracção	12,19	2,926	21	21,000
	auto-controlo mental	9,52	4,400	21	21,000
	auto-afirmação	14,33	3,483	21	21,000
	procura de informação	12,00	3,536	21	21,000
Total	idade	31,57	10,495	37	37,000
	nível de estudos	5,43	1,015	37	37,000
	intensidade de dor	4,92	1,785	37	37,000
	neuroticismo	18,95	5,338	37	37,000
	extroversão	27,62	3,662	37	37,000
	abertura à experiência	19,81	5,778	37	37,000
	amabilidade	23,70	3,307	37	37,000
	conscienciosidade	28,62	3,475	37	37,000
	religião	6,78	3,101	37	37,000
	catarse	9,76	2,976	37	37,000
	distracção	11,78	2,810	37	37,000
	auto-controlo mental	9,65	4,251	37	37,000
	auto-afirmação	14,03	3,041	37	37,000
	procura de informação	11,54	3,485	37	37,000

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	,433 ^a	100,0	100,0	,550

a. First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,698	10,065	14	,757

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function	
	1	
idade	,214	
nível de estudos	,524	
intensidade de dor	,307	
neuroticismo	,014	
extroversão		-.881
abertura à experiência	,020	
amabilidade		-.332
conscienciosidade	,655	
religião	,182	
catarse	,473	
distracção		-.134
auto-controlo mental		-.111
auto-afirmação	,013	
procura de informação		-.502

Structure Matrix

	Function	
	1	
intensidade de dor	,404	
extroversão		-.403
distracção		-.259

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

nível de estudos	,259	
procura de informação		-,236
conscienciosidade	,221	
abertura à experiência		-,220
idade	,218	
auto-afirmação		-,179
neuroticismo		-,129
catarse	,110	
auto-controlo mental	,052	
religião		-,042
amabilidade		-,032

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Functions at Group Centroids

	Function
presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros	1
sim	,733
não	-,558

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed	37
Excluded Missing or out-of-range group codes	0
At least one missing discriminating variable	0
Used in Output	37

Prior Probabilities for Groups

	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
presença de espasmos ou contracturas dos músculos do pescoço e ombros			
sim	,500	16	16,000
não	,500	21	21,000
Total	1,000	37	37,000

Padrões de bruxismo

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases	N	Percent
Valid	37	100,0
Excluded Missing or out-of-range group codes	0	,0
At least one missing discriminating variable	0	,0
Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
Total	0	,0
Total	37	100,0

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Group Statistics					
padrão de bruxismo		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
dominância canina	idade	34,00	.	1	1,000
	nível de estudos	7,00	.	1	1,000
	intensidade de dor	7,00	.	1	1,000
	neuroticismo	15,00	.	1	1,000
	extroversão	28,00	.	1	1,000
	abertura à experiência	25,00	.	1	1,000
	amabilidade	19,00	.	1	1,000
	conscienciosidade	22,00	.	1	1,000
	religião	12,00	.	1	1,000
	catarse	10,00	.	1	1,000
	distracção	16,00	.	1	1,000
	auto-controlo mental	12,00	.	1	1,000
	auto-afirmação	15,00	.	1	1,000
	procura de informação	12,00	.	1	1,000
guia canina com contacto mediotrusivo	idade	31,17	11,143	6	6,000
	nível de estudos	5,50	,548	6	6,000
	intensidade de dor	4,67	2,066	6	6,000
	neuroticismo	20,67	5,317	6	6,000
	extroversão	27,33	4,367	6	6,000
	abertura à experiência	18,17	7,387	6	6,000
	amabilidade	23,17	2,401	6	6,000
	conscienciosidade	29,00	4,940	6	6,000
	religião	5,83	2,229	6	6,000
	catarse	9,83	3,061	6	6,000
	distracção	12,17	1,941	6	6,000
	auto-controlo mental	8,83	3,251	6	6,000
	auto-afirmação	14,83	2,317	6	6,000
	procura de informação	12,83	2,927	6	6,000
função de grupo	idade	25,50	4,203	4	4,000
	nível de estudos	5,00	,816	4	4,000
	intensidade de dor	5,50	1,000	4	4,000
	neuroticismo	22,25	4,113	4	4,000
	extroversão	27,75	6,292	4	4,000
	abertura à experiência	24,25	5,909	4	4,000
	amabilidade	24,50	6,952	4	4,000
	conscienciosidade	28,75	3,202	4	4,000
	religião	6,00	1,826	4	4,000
	catarse	7,75	2,630	4	4,000
	distracção	10,50	1,732	4	4,000
	auto-controlo mental	6,25	2,062	4	4,000
	auto-afirmação	12,50	3,109	4	4,000
	procura de informação	10,75	4,193	4	4,000
função de grupo + contacto mediotrusivo	idade	32,68	11,353	25	25,000
	nível de estudos	5,40	1,118	25	25,000
	intensidade de dor	4,96	1,695	25	25,000
	neuroticismo	18,44	5,409	25	25,000
	extroversão	27,52	3,268	25	25,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	abertura à experiência	19,56	5,221	25	25,000
	amabilidade	23,88	2,833	25	25,000
	conscienciosidade	28,64	3,067	25	25,000
	religião	6,76	3,282	25	25,000
	catarse	9,80	2,858	25	25,000
	distracção	11,80	3,082	25	25,000
	auto-controlo mental	9,88	4,186	25	25,000
	auto-afirmação	14,08	3,303	25	25,000
	procura de informação	11,24	3,655	25	25,000
outros	idade	28,00	a	1	1,000
	nível de estudos	6,00	a	1	1,000
	intensidade de dor	1,00	a	1	1,000
	neuroticismo	12,00	a	1	1,000
	extroversão	31,00	a	1	1,000
	abertura à experiência	13,00	a	1	1,000
	amabilidade	24,00	a	1	1,000
	conscienciosidade	32,00	a	1	1,000
	religião	11,00	a	1	1,000
	catarse	16,00	a	1	1,000
	distracção	10,00	a	1	1,000
	auto-controlo mental	20,00	a	1	1,000
	auto-afirmação	13,00	a	1	1,000
	procura de informação	14,00	a	1	1,000
Total	idade	31,57	10,495	37	37,000
	nível de estudos	5,43	1,015	37	37,000
	intensidade de dor	4,92	1,785	37	37,000
	neuroticismo	18,95	5,338	37	37,000
	extroversão	27,62	3,662	37	37,000
	abertura à experiência	19,81	5,778	37	37,000
	amabilidade	23,70	3,307	37	37,000
	conscienciosidade	28,62	3,475	37	37,000
	religião	6,78	3,101	37	37,000
	catarse	9,76	2,976	37	37,000
	distracção	11,78	2,810	37	37,000
	auto-controlo mental	9,65	4,251	37	37,000
	auto-afirmação	14,03	3,041	37	37,000
	procura de informação	11,54	3,485	37	37,000

a. Insufficient data

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,493 ^a	58,0	58,0	,774
2	,739 ^a	28,7	86,8	,652
3	,275 ^a	10,7	97,4	,464
4	,066 ^a	2,6	100,0	,248

a. First 4 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 through 4	,170	46,991	56	,799
2 through 4	,423	22,784	39	,982
3 through 4	,736	8,122	24	,999
4	,938	1,686	11	,999

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function			
	1	2	3	4
idade	,208	,402	,936	-,288
nível de estudos	,666	,576	,576	,314
intensidade de dor	,728	-,187	,024	,004
neuroticismo	-,429	-,552	,591	,422
extroversão	,342	-,180	,496	,454
abertura à experiência	,921	,156	-,624	-,183
amabilidade	-,219	-,448	-,524	-,263
conscienciosidade	-,202	-,042	-,122	,009
religião	,450	,306	-,661	,255
catarse	-,520	,250	,050	-,500
distracção	,230	,624	,026	-,320
auto-controlo mental	-,815	,133	-,357	,099
auto-afirmação	,114	-,447	,112	-,138
procura de informação	-,055	,178	,555	,687

Structure Matrix

	Function			
	1	2	3	4
intensidade de dor	,378*	-,098	,101	-,330
abertura à experiência	,290	-,141	-,275	,229
conscienciosidade	-,279	-,205	-,063	,037
auto-controlo mental	-,274	,534*	-,229	-,081
religião	,017	,447*	-,322	,243
catarse	-,271	,365*	-,059	,099
nível de estudos	,048	,363*	,094	,230
auto-afirmação	,003	,115	,362*	-,194
distracção	,153	,257	,309*	-,128
idade	,003	,136	,191	-,662*
procura de informação	-,092	,110	,213	,501*
neuroticismo	,101	-,386	,202	,405*
amabilidade	-,110	-,238	-,184	-,279*
extroversão	-,070	,088	-,179	,263*

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

*. Largest absolute correlation between each variable and any discriminant function

Functions at Group Centroids

padrão de bruxismo	Function			
	1	2	3	4
dominância canina	4,450	3,428	-,085	,357
guia canina com contacto mediotrusivo	-,435	-,178	,920	,283
função de grupo	1,064	-1,343	-,729	,362
função de grupo + contacto mediotrusivo	-,055	,036	-,051	-,162
outros	-4,715	2,111	-1,233	,555

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed	37
Excluded Missing or out-of-range group codes	0
At least one missing discriminating variable	0
Used in Output	37

Dor Orofacial Crônica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Prior Probabilities for Groups

padrão de bruxismo	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
dominância canina	,200	1	1,000
guia canina com contacto mediotrusivo	,200	6	6,000
função de grupo	,200	4	4,000
função de grupo + contacto mediotrusivo	,200	25	25,000
outros	,200	1	1,000
Total	1,000	37	37,000

Classification Results^a

padrão de bruxismo	Predicted Group Membership					
	dominância canina	guia canina com contacto mediotrusivo	função de grupo	função de grupo + contacto mediotrusivo	outros	Total
Original Count						
dominância canina	1	0	0	0	0	1
guia canina com contacto mediotrusivo	0	6	0	0	0	6
função de grupo	0	0	3	1	0	4
função de grupo + contacto mediotrusivo	0	6	3	15	1	25
outros	0	0	0	0	1	1
%						
dominância canina	100,0	,0	,0	,0	,0	100,0
guia canina com contacto mediotrusivo	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
função de grupo	,0	,0	75,0	25,0	,0	100,0
função de grupo + contacto mediotrusivo	,0	24,0	12,0	60,0	4,0	100,0
outros	,0	,0	,0	,0	100,0	100,0

a. 70,3% of original grouped cases correctly classified.

Quantidade de bruxismo

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases	N	Percent
Valid	37	100,0
Excluded		
Missing or out-of-range group codes	0	,0
At least one missing discriminating variable	0	,0
Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
Total	0	,0
Total	37	100,0

Group Statistics

quantidade de bruxismo	Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
			Unweighted	Weighted
ligeiro idade	34,00	11,314	2	2,000
nível de estudos	5,50	,707	2	2,000
intensidade de dor	4,00	1,414	2	2,000
neuroticismo	24,50	3,536	2	2,000
extroversão	27,50	4,950	2	2,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

	abertura à experiência	23,50	6,364	2	2,000
	amabilidade	21,50	,707	2	2,000
	conscienciosidade	28,00	1,414	2	2,000
	religião	6,00	2,828	2	2,000
	catarse	11,50	2,121	2	2,000
	distracção	11,50	3,536	2	2,000
	auto-controlo mental	10,50	3,536	2	2,000
	auto-afirmação	13,50	,707	2	2,000
	procura de informação	14,00	4,243	2	2,000
moderado	idade	27,22	2,728	9	9,000
	nível de estudos	6,00	,000	9	9,000
	intensidade de dor	4,11	2,619	9	9,000
	neuroticismo	19,67	6,144	9	9,000
	extroversão	26,44	4,035	9	9,000
	abertura à experiência	19,22	5,044	9	9,000
	amabilidade	25,22	3,528	9	9,000
	conscienciosidade	28,22	3,383	9	9,000
	religião	7,67	3,775	9	9,000
	catarse	10,56	3,167	9	9,000
	distracção	12,00	2,000	9	9,000
	auto-controlo mental	10,44	5,548	9	9,000
	auto-afirmação	14,11	2,421	9	9,000
	procura de informação	13,78	3,993	9	9,000
severo	idade	32,88	11,917	26	26,000
	nível de estudos	5,23	1,142	26	26,000
	intensidade de dor	5,27	1,373	26	26,000
	neuroticismo	18,27	5,032	26	26,000
	extroversão	28,04	3,527	26	26,000
	abertura à experiência	19,73	6,090	26	26,000
	amabilidade	23,35	3,224	26	26,000
	conscienciosidade	28,81	3,677	26	26,000
	religião	6,54	2,929	26	26,000
	catarse	9,35	2,952	26	26,000
	distracção	11,73	3,093	26	26,000
	auto-controlo mental	9,31	3,907	26	26,000
	auto-afirmação	14,04	3,376	26	26,000
	procura de informação	10,58	2,901	26	26,000
Total	idade	31,57	10,495	37	37,000
	nível de estudos	5,43	1,015	37	37,000
	intensidade de dor	4,92	1,785	37	37,000
	neuroticismo	18,95	5,338	37	37,000
	extroversão	27,62	3,662	37	37,000
	abertura à experiência	19,81	5,778	37	37,000
	amabilidade	23,70	3,307	37	37,000
	conscienciosidade	28,62	3,475	37	37,000
	religião	6,78	3,101	37	37,000
	catarse	9,76	2,976	37	37,000
	distracção	11,78	2,810	37	37,000
	auto-controlo mental	9,65	4,251	37	37,000
	auto-afirmação	14,03	3,041	37	37,000
	procura de informação	11,54	3,485	37	37,000

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,488 ^a	80,8	80,8	,773
2	,353 ^a	19,2	100,0	,511

a. First 2 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 through 2	,297	33,381	28	,222
2	,739	8,319	13	,822

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function	
	1	2
idade	-,426	,984
nível de estudos	,042	,260
intensidade de dor	-,537	-,206
neuroticismo	,654	,590
extroversão	-1,189	,421
abertura à experiência	-,294	-,090
amabilidade	,662	-,712
conscienciosidade	,192	-,124
religião	,677	-,859
catarse	,176	,370
distracção	,865	,023
auto-controlo mental	,508	-,008
auto-afirmação	-,737	-,496
procura de informação	,536	,577

Structure Matrix

	Function	
	1	2
procura de informação	,379*	,206
nível de estudos	,282*	-,058
intensidade de dor	-,254*	-,145
idade	-,187*	,156
extroversão	-,156*	,034
auto-controlo mental	,100*	,052
conscienciosidade	-,064*	-,054
neuroticismo	,127	,407*
amabilidade	,187	-,345*
abertura à experiência	-,012	,270*
catarse	,164	,197*
religião	,121	-,143
auto-afirmação	,003	-,073
distracção	,031	-,051

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

*. Largest absolute correlation between each variable and any discriminant function

Functions at Group Centroids

	Function	
	1	2
quantidade de bruxismo		
ligeiro	,727	2,357

Dor Orofacial Crónica e Traços de Personalidade no Bruxismo

moderado	1,979	-,283
severo	-,741	-,083

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed	37
Excluded Missing or out-of-range group codes	0
At least one missing discriminating variable	0
Used in Output	37

Prior Probabilities for Groups

quantidade de bruxismo	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
ligeiro	,333	2	2,000
moderado	,333	9	9,000
severo	,333	26	26,000
Total	1,000	37	37,000

Classification Results^a

quantidade de bruxismo	Predicted Group Membership			
	ligeiro	moderado	severo	Total
Original Count ligeiro	2	0	0	2
moderado	1	7	1	9
severo	1	3	22	26
% ligeiro	100,0	,0	,0	100,0
moderado	11,1	77,8	11,1	100,0
severo	3,8	11,5	84,6	100,0

a. 83,8% of original grouped cases correctly classified.