

Associação entre disfunção temporomandibular e ansiedade: estudo epidemiológico em pacientes edêntulos

Association between temporomandibular disorder and anxiety: epidemiological study in edentulous patients

Elaine Angélica de Souza Coronatto¹

Maria Cristina Candelas Zuccolotto²

César Bataglion³

Marina Bugni de Mattos Bitondi⁴

1,2 - Doutor em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP.

3 - Professor Livre-Docente de Oclusão da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP.

4 - Aluna de Graduação do Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto -UNAERP.

Correspondência:

Elaine Angélica de Souza Coronatto

e-mail: eascoronatto@ig.com.br

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi estudar a possível correlação entre a presença de disfunção temporomandibular (DTM) e ansiedade apresentada pelos pacientes em tratamento na Clínica de Prótese Total do Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). A amostra do trabalho constituiu-se de 48 pacientes com idade média de 62 anos. Determinou-se o grau de DTM pelo Índice Anamnésico e os níveis de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). A amostra foi subdividida em quatro grupos de acordo com o grau de DTM. Os resultados confirmam a correlação entre a presença de DTM e o nível de ansiedade, visto que os valores do Inventário de Ansiedade foram maiores de acordo com o grau de severidade de DTM.

Palavras-chave: Disfunção temporomandibular, ansiedade, desdentado total, prótese total

ABSTRACT

The objective of this work went study to possible correlation among the presence of temporomandibular disorder (TMD) and anxiety presented by the patients in treatment in the Clinic of Complete Prosthesis of the Course of Dentistry in the University of Ribeirão Preto (UNAERP). Sample of this study was constituted of 48 patient with age medium 62 years old. The degree of TMD was determined by Anamnestic Index and the anxiety levels by State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Sample was subdivided in four groups in agreement with the degree of TMD. The results confirm the correlation between the presence of TMD and anxiety level, because the values of Anxiety's Inventory were larger in agreement with the degree of DTM' severity.

Key words: Temporomandibular disorder, anxiety, edentulous, complete denture.

INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTM) apresentam determinados problemas clínicos que afetam o sistema estomatognático, provocando alterações na articulação temporomandibular (ATM) e na musculatura mastigatória, através de sinais e sintomas que incomodam e muitas vezes incapacitam os indivíduos portadores destas sintomatologias^{1, 2, 3, 4, 5}. Os principais sinais e sintomas de DTM são redução dos movimentos mandibulares, diminuição da função da ATM, presença de dor ou sensibilidade muscular à palpação, dor durante o movimento mandibular, dores faciais, cefaléia e ruídos articulares^{3, 5, 6, 7, 8, 9, 10}.

Durante o processo de envelhecimento do indivíduo, pode ocorrer sobrecarga funcional na ATM, provocada pela falta de reposição de dentes perdidos, hábitos parafuncionais, oclusão deficiente ou

por trauma^{5, 8}.

A maioria dos indivíduos desdentados totais atravessou um período de dentição natural parcial ou totalmente destruída, de tal forma, que durante esse período podem ter ocorrido diversas alterações na sua forma e função, o que levou ao desequilíbrio das estruturas^{8, 11}. Assim, os indivíduos, que necessitam de reabilitações orais com próteses totais, apresentam o sistema estomatognático injuriado no mais alto grau, visto que as perdas dentárias implicam em uma série de mudanças na relação maxilomandibular, na forma das estruturas ósseas e na coordenação neuromuscular^{12, 13, 14, 15}.

A literatura cita vários trabalhos que sugerem que o paciente idoso não apresenta sinais e sintomas de DTM ou baixo índice de DTM^{5, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18}. Também sugere que nos usuários de prótese total, as condições dos aparelhos não influenciam na presença destes sinais e sintomas, pois, em

razão da idade mais avançadas dos pacientes, estes se adaptaram a uma função oral debilitada^{3, 8, 9, 14, 18}. A negligência dos clínicos gerais com relação a um exame clínico mais minucioso e a não existência de estudos epidemiológicos que relacionem pacientes desdentados totais também são motivos para a ausência de DTM nos idosos^{9, 16}.

A DTM é descrita como mais freqüente entre adultos jovens e indivíduos de meia idade na faixa etária de 20 a 45 anos, com prevalência para o sexo feminino^{1, 3, 10, 19, 20}.

Na população em geral, estudos epidemiológicos indicam uma prevalência de 40 a 60% de DTM, sendo 3 a 5% apenas, necessitam ou procuram por tratamento^{4, 9, 19, 20}.

A teoria psicofisiológica é uma das mais aceitas atualmente e determina que a etiologia da DTM é complexa e multifatorial, diretamente dependente de fatores predisponentes, perpetuantes e contribuintes^{19, 20, 21, 22}.

Os fatores emocionais, tais como a ansiedade e a depressão, influenciam as DTM, assim como outras condições dolorosas, de várias maneiras^{4, 7, 10, 20, 23}. Há evidência de que a ansiedade e a depressão podem modificar a percepção de dor de um paciente e a vontade de tolerar a dor. A ansiedade, a depressão e o estresse, cada dia mais presentes nos indivíduos pertencentes ao grupo da terceira idade, são colaboradores no delineamento do quadro patológico das DTM^{5, 24}.

Considerando a grande variedade de fatores envolvidos na etiologia da DTM, seu diagnóstico deve ser diferenciado e criterioso, envolvendo a determinação de seus sinais e sintomas característicos e buscar dados que indiquem o estado emocional do paciente, relevantes ao tratamento^{10, 19, 21, 23}.

No paciente desdentado total, o fator psicológico deve ser cuidadosamente avaliado, pois pode haver a influência emocional da perda dos dentes, que talvez contribua para toda a alteração instalada²⁴. Desta forma, o cirurgião-dentista deve estar atento ao envolvimento ou não de fatores psicológicos, emocionais e sociais nestes pacientes, pois muitos sintomas orgânicos têm substrato emocional²¹.

Diante do exposto, considerando-se que existem discrepâncias quanto à prevalência de DTM e ansiedade em desdentados totais e levando-se em conta que estas condições

podem interferir na qualidade de vida do indivíduo, foi proposto neste estudo avaliar a prevalência de DTM e ansiedade em pacientes desdentados totais, usuários ou não de próteses.

MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado sob o protocolo nº. 2001.1.448.58.6.

A amostra foi constituída de 48 pacientes que procuraram atendimento na Clínica de Prótese Total do Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto -UNAERP, sendo 32 do sexo feminino e 16 do sexo masculino, com idade média em torno de 62 anos (de 28 a 80 anos).

Em todos os pacientes foram realizados anamnese, exame físico bucal, aplicado o questionário anamnético simplificado^{3, 5, 9, 19, 23, 25} para diagnóstico de DTM e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)^{19, 23, 26} para avaliação da ansiedade.

Durante a anamnese, questionava-se sobre a saúde geral, saúde odontológica, tempo de uso e condições das próteses utilizadas quando presentes.

O índice anamnético simplificado²⁵ é composto de dez perguntas direcionadas aos sinais e sintomas mais freqüentes de dor orofacial e DTM. As respostas de cada pergunta são: sim (S), não (N) ou às vezes (AV), com valores de dez pontos, zero ponto e cinco pontos para cada resposta, respectivamente. A pontuação do questionário é obtida somando-se os valores referentes a cada pergunta. Os escores referenciais são de 0 a 15 pontos (ausência de DTM), de 20 a 40 pontos (DTM leve), de 45 a 65 pontos (DTM moderada) e de 70 a 100 pontos (DTM severa).

Os níveis de ansiedade foram avaliados através do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)²⁶, por se tratar de um tipo de teste que mede especificamente a ansiedade, preferencialmente nos aspectos da ansiedade como um estado emocional e como traço ou característica de personalidade do paciente. É um teste muito

utilizado em várias áreas da Saúde, pois define um escore para a ansiedade relatada pelo paciente que possibilita fazer comparação prévia e posterior a determinado tratamento realizado^{19, 23}.

O IDATE especificamente foi aplicado e interpretado pela psicóloga, pois se trata da área da Psicologia.

A escala de auto-avaliação é composta de duas partes com vinte itens cada, designadas para medir dois aspectos distintos da ansiedade. São elas:

a) Ansiedade - Estado (A - estado): Procura avaliar os sentimentos de apreensão e tensão, bem como a ativação associada do sistema nervoso autônomo, percebidas em um dado instante. Dessa forma, esta escala reflete uma condição transitória e variável no tempo.

b) Ansiedade - Traço (A - traço): Procura medir a predisposição de responder com ansiedade e a tendência de perceber uma variedade de situações como potencialmente ameaçadoras. Esta predisposição é variável entre os indivíduos, mas relativamente estável em um mesmo sujeito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 48 indivíduos que participaram deste estudo, 32 (66,66%) eram mulheres e 16 (33,33%) eram homens, com idade média de 62 anos, variando de 28 a 80 anos. Este grupo era muito heterogêneo no que diz respeito à faixa etária. Havia pessoas jovens com 28 e 35 anos de idade até idosos com 80 anos. Por se tratar de uma clínica odontológica de atendimento de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde, portanto, muito carentes, a discrepância de idades está presente.

Apesar dos avanços da Odontologia Preventiva, o edentulismo total ainda é considerável na população em geral, principalmente entre as comunidades carentes e entre os idosos^{8, 11, 13, 14, 15}. Além disso, mesmo com o crescente emprego dos implantes osseointegrados na reabilitação oral, próteses totais convencionais ainda são o meio mais comum de tratamento para os pacientes desdentados totais^{8, 9, 27}.

Nesta amostra, 50% dos pacientes usavam próteses totais duplas, 25% só utilizavam a prótese superior e os outros 25% não faziam uso de próteses. Todas as

próteses estavam insatisfatórias em todos os seus requisitos: estético, funcional, na extensão da área chapeável e na dimensão vertical de oclusão¹³. O tempo médio de uso das próteses superior e inferior foi de 23 e 22 anos, respectivamente.

Pelo Índice Anamnético, observou-se prevalência de 50% dos pacientes portadores de DTM. Destes, 37,5% apresentaram DTM leve, 10,4% DTM moderada e 2,1% DTM severa (Gráfico 1). Estes dados estão de acordo com o relato de Ribeiro et al.⁹ e Santos et al.¹⁴.

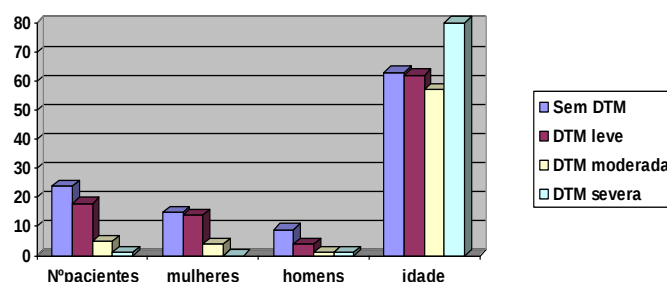


Gráfico 1: Caracterização da amostra por grupo em relação ao gênero e idade.

No grupo classificado como sem DTM (controle), 15 eram mulheres e 9 homens (total de 24 pacientes), com idade média de 63 anos (28 a 79 anos). O IDATE neste grupo teve escores médios de ansiedade estado e ansiedade traço 30 e 38, respectivamente. Estes valores estão dentro do que é citado como normal para a população brasileira, em condições de níveis de ansiedade considerados adequados^{19, 26}. A maioria dos pacientes deste grupo controle eram usuários de próteses totais duplas, sugerindo que o apoio oclusal, apesar de estar inadequado pelas condições dos aparelhos, influenciou no desempenho das funções do sistema estomatognático.

O grupo com DTM leve era constituído de 18 pacientes: 14 mulheres e 4 homens, com idade média de 62 anos (35 a 80 anos), ansiedade estado médio de 35 e ansiedade traço médio de 45. Observa-se neste grupo a prevalência do acometimento de mais mulheres, como observado por Almeida et al.⁵ e Shibayama³, e níveis de ansiedade maiores que o grupo controle.

O grupo com DTM moderada era composto de 5 sujeitos, dos quais 4 eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade média de 57 anos (46 a 78 anos). Os níveis de ansiedade médios eram 43 para

ansiedade estado e 49 para ansiedade traço. Estes indivíduos eram mais ansiosos que o grupo controle e apresentavam mais sinais e sintomas de DTM.

Com relação à DTM severa, apenas um paciente, do sexo masculino, com 80 anos de idade, apresentou este quadro. Ele era mais ansioso que os outros indivíduos da amostra, com ansiedade estado no escore 37 e ansiedade traço 51. Estes escores indicam que o indivíduo tem o traço de personalidade mais ansioso que o grupo controle, porém com estado de ansiedade, naquele momento próximo do valor da normalidade^{19, 26}.

De acordo com a amostra estudada, observou-se que 50% dos sujeitos apresentaram-se sem DTM. Entre os indivíduos com DTM, houve maior número de mulheres com DTM (56%) em relação ao de homens (31%). Em estudos semelhantes^{3, 5}, verificou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero e ao grau de DTM, sendo o gênero feminino mais acometido por DTM moderada e severa, concordando com outros autores^{4, 8, 19}.

Os resultados confirmam a existência de correlação entre a presença de disfunção temporomandibular e ansiedade^{4, 7, 10} visto que, exceto o valor de A-estado do sujeito com DTM severa, os valores do Inventário de Ansiedade foram maiores de acordo com o grau de DTM (Gráfico 2). O fato de a idade média dos grupos diminuir conforme aumentou o grau de DTM, exceto para o último grupo, confirma a relação de que as DTM atingem os indivíduos mais jovens^{1, 3, 19}.

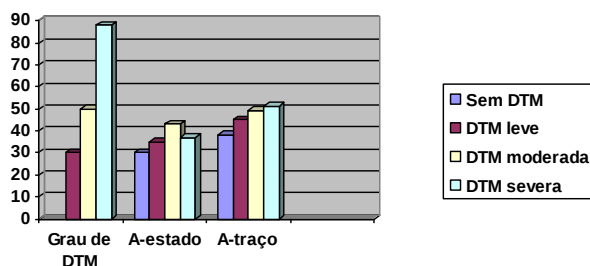


Gráfico 2: Grau de DTM em relação aos níveis de ansiedade.

Não houve correlação entre o tempo de uso de próteses totais e o grau de DTM em concordância com a literatura^{9, 15}. A condição das próteses não influenciou na presença de sintomas de DTM, pois, os pacientes se adaptam a uma condição de

desconforto ou disfunção, decorrente de uma adaptação funcional, confirmada pela amostra em estudo^{3, 5, 9, 11, 18}.

Conclusões

A metodologia empregada nos permitiu concluir que:

1. Mulheres apresentaram-se com maior prevalência de DTM em relação aos homens.
2. A idade média dos grupos decresceu conforme aumentou o grau de DTM, exceto para o último grupo.
3. Não houve correlação entre o tempo de uso de próteses totais e o grau de DTM.
4. O grupo sem DTM apresentou maior número de indivíduos portadores de próteses totais duplas.
5. Os resultados sugerem a correlação entre a presença de DTM e maior nível de ansiedade entre os pacientes desdentados totais.
6. Devido à flutuação dos sintomas de DTM, os achados deste estudo devem ser avaliados criteriosamente.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Psicóloga Karina Cestari pela aplicação do Índice de Ansiedade Traço-Estado em nossos pacientes da clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho EK, Pavão RF, ZUCCOLOTTO MCC, Bataglion C, Coronatto EAS. Perfil dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular que foram encaminhados ao NODAU (Núcleo de Oclusão, Disfunções Temporomandibulares e Algias Faciais da UNAERP) no período de agosto de 1999 a junho de 2000. *Rev Odont Univ Ribeirão Preto* 2000;3:92-8.
2. Coronatto EAS, Bataglion C. Avaliação dos níveis de ansiedade e da sintomatologia dolorosa e da amplitude dos movimentos mandibulares em indivíduos antes e após o tratamento com placa mio-relaxante. *Rev Bras Prótese Clínica e Laboratorial* 2000;2:67-81.
3. Shibayama R, Garcia AR, Zuim PRJ. Prevalência de desordem temporomandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais duplas, próteses parciais removíveis e universitários. *Revista Odontológica de Araçatuba* 2004; 25:18-21.
4. Anselmo SM. Fatores psicológicos relacionados às desordens temporomandibulares: avaliação de pacientes submetidos a tratamentos com aparelhos oclusais planos e reabilitação oral [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

5. Almeida LHM, Farias ABL, Soares MSM, Cruz JSA, Cruz RES, Lima MG. Disfunção temporomandibular em idosos. *RFO* 2008;13:35-8.
6. Donegá SHP, Cardoso R, Procópio ASF, Luz JGC. Análise da sintomatologia dolorosa em pacientes com disfunções intra-articulares da articulação temporomandibular. *Rev Odontol Univer São Paulo* 1997;11:77-83.
7. Sipilä K, Veijola J, Jokelainen J, Järvelin MR, Oikarinen KS, Raustia AM, Joukamaa M. Association between symptoms of temporomandibular disorders and depression: an epidemiological study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Cranio* 2001; 19:183-7.
8. Zuccolotto MCC, Vitti M, Nóbilo KA, Regalo SCH, Siéssere S, Bataglion C. Eletromyographic evaluation of masseter and anterior temporalis muscles in rest position of edentulous patients with temporomandibular disorders, before and after using complete dentures with sliding plates. *Gerodontology* 2007; 24:105-10.
9. Ribeiro RA, Mollo Jr FA, Pinelli LAP, Arioli Jr JN, Ricci WA. Prevalência de disfunção craniomandibular em pacientes portadores de próteses totais duplas e pacientes dentados naturais. *Cienc Odontol Bras* 2002;5:84-9.
10. Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC* 2005;7:221-8.
11. Cunha CC, Zuccolotto MCC. Prótese Total: avaliação e tratamento dos usuários. In: Felício CM. Fonoaudiologia aplicada a casos odontológicos. São Paulo: Pancast, 1999. p.199-222.
12. Osterberg T, Carlsson GE, Wedel A, Johansson U. A cross-sectional and longitudinal study of craniomandibular dysfunction in an elderly population. *J. Craniomandibular Disord Facial Oral Pain* 1992;6:237-46.
13. Leles CR, Nakaoka MM, Souza RFS, Compagnoni M. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais. Parte I – Avaliação subjetiva e queixas dos pacientes. *Pós-Grad. Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos* 1999;2:61-66.
14. Santos JF, Marchini L, Campos MS, Damião CF, Cunha VP, Barbosa CM. Symptoms of craniomandibular disorders in elderly Brazilian wearers of complete dentures. *Gerontology* 2004;21:51-2.
15. Serman RJ, Conti PCR, Salvador, MCG. Prevalência da disfunção temporomandibular em pacientes portadores de prótese total dupla. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial* 2003;10:141-44.
16. Marchini L, Cerveira Netto H. Desordem crânio-mandibular em idosos: revisão da literatura. *Rev Odonto Ciência* 1999;28:79-88.
17. Wilding RJ, Owen CP. The prevalence of temporomandibular joint dysfunction in edentulous non-denture wearing individuals. *J Oral Rehabil* 1987;14:175-82.
18. Dervis E. Changes in temporomandibular disorders after treatment with new complete dentures. *J Oral Rehabil* 2004;31:320-6.
19. Coronatto EAS. Avaliação dos níveis de ansiedade e da efetividade dos tratamentos em indivíduos dentados, portadores de disfunção temporomandibular [Tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP; 2004.
20. Rugh JD, Dahlström L. Mecanismos psicológicos e comportamentais. In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. Disfunções da Articulação Temporomandibular e dos Músculos da Mastigação. São Paulo: Santos, 2000. p.208-18.
21. Cestari K, Camparis CM. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial* 2002;2:54-60.
22. Lee YO, Lee SW. A study of emotional characteristics of Temporomandibular Disorders patients using SCL-90-R. *J Craniomandibular Dis Fac Oral Pain* 1989;3:25-34.
23. Coronatto EAS, Bataglion C, Hotta TH. Avaliação da ansiedade e da efetividade do tratamento com placa oclusal em paciente portador de disfunção temporomandibular: caso clínico. *Stoma- Lisboa* 2008; 86:20-3.
24. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J* 2000; 188:503-6.
25. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO* 1994;42:23-8.
26. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). Rio de Janeiro, Cepa Editora, 1979.
27. Harriman LP, Snowdon DA, Messer LB, Rysavy DM, Ostwald SK, Lai C, Soberay AH. Temporomandibular joint dysfunction and selected health parameters in the elderly. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70:406-13.