

Associação entre disfunção temporomandibular e depressão

Association between temporomandibular dysfunction and depression

Bruno Alves de Souza TOLEDO

Graduando de Odontologia da Universidade de Franca – UNIFRAN – Franca – SP – Brasil

Ticiania Sidorenko de Oliveira CAPOTE

Professor da Disciplina de Anatomia Humana da Universidade de Franca – UNIFRAN – Professor da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP – Universidade Estadual Paulista – Araraquara – SP – Brasil

Juliana Álvares Duarte Bonini CAMPOS

Professor Assistente Doutor da Disciplina de Bioestatística e Metodologia Científica da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP – Universidade Estadual Paulista – Araraquara – SP – Brasil

RESUMO

A etiologia da disfunção temporomandibular (DTM) é complexa e multifatorial, mas, os estados emocionais como ansiedade, estresse e depressão são considerados atualmente como um dos principais fatores etiológicos da DTM. Este trabalho avaliou a associação do grau de depressão com a presença e gravidade da DTM. Foram entrevistados 56 indivíduos de ambos os gêneros, entre 19 e 41 anos, por meio do Índice de Fonseca, para avaliar a presença e gravidade da DTM e Eixo II do Research Diagnostic Criteria para avaliar o grau de depressão. Os resultados foram analisados através do Teste Exato de Fisher, adotando 5% de significância. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significantes entre a presença de DTM e o grau de depressão ($p=0,033$). Concluiu-se que a depressão pode ser considerada como um dos fatores etiológicos da DTM e que esta é mais predominante no gênero feminino.

UNITERMOS

Articulação temporomandibular; síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; depressão.

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é definida como uma condição patológica originária da desarmonia da estrutura e função dos componentes fundamentais do sistema mastigatório.¹³ A DTM caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que podem incluir ruídos articulares, dor nos músculos da mastigação, limitação dos movimentos mandibulares, dores faciais, dores de cabeça e na articulação temporomandibular.¹⁷

Os sinais e sintomas mais comumente encontrados nos pacientes portadores de DTM são dores articulares, ruídos articulares, dor nos músculos mastigatórios, dor de cabeça e tamponamento do ouvido.^{4, 10, 11}

A disfunção temporomandibular é mais comum no gênero feminino.^{11,12,23,26} Alguns autores afirmam que não existe diferença quanto à idade em pacientes portadores de DTM,^{11, 12,26} contudo Donegá et al.⁴ (1997), afirmaram que a faixa etária mais comum de pacientes portadores de DTM é entre 21 e 30 anos.

Kliemann et al.¹¹ (1998), observaram que existe um maior número de pacientes com DTM com estado civil solteiro e divorciado quando comparados aos casados.

Acredita-se que a etiologia da disfunção temporomandibular seja ampla e multifatorial, existindo controvérsias quanto à influência das alterações oclusais para o aparecimento da mesma. De acordo com Ramos

et al.²¹ (2003), a DTM pode surgir por alterações na morfologia das superfícies articulares, descoordenação e acidentes. Alguns autores consideram as alterações oclusais e maloclusões como fatores etiológicos,^{19,25} enquanto outros autores^{1,28} associam a DTM a fatores psicossociais e emocionais. Maia et al.¹⁴ (2001), verificaram que 81,25% dos pacientes com DTM analisados apresentaram estresse emocional, entretanto ressaltam que as alterações oclusais também são frequentemente encontradas em pacientes com DTM.

Conti et al.³ (1996), Garcia et al.⁸ (1997), Moreira et al.¹⁶ (1998) e Tosato e Caria²⁷ (2006) observaram que ansiedade, depressão e estresse levaram a um aumento da atividade muscular acarretando dor, verificando que estes estados emocionais estavam associados à presença de DTM.

A relação entre estado psicológico e presença de DTM também foi estudada por Borelli et al.² (1987), que após aplicação de um teste psicológico em 20 pacientes com DTM, concluíram que estes estavam com dificuldade de concentração e apresentavam perturbações no plano da afetividade. Observaram ainda a presença de hábitos parafuncionais como onicofagia, sucção digital, ranger dentes e ainda movimentos descoordenados do rosto.

Okino et al.¹⁸ (1990) mostraram que o estresse influencia a sintomatologia da DTM, já que de 48 pacientes atendidos com DTM, 89,6% necessitavam de atendimento psicológico. Selaimen et al.²⁴ (2005) concluíram que a depressão desempenha um papel importantíssimo não só na etiologia, como também na perpetuação da DTM.

Tendo em vista a multiplicidade dos fatores etiológicos da DTM e o grande envolvimento dos fatores emocionais nos dias atuais na sua etiologia, este trabalho tem por objetivo estudar a associação entre a disfunção temporomandibular e depressão.

MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, UNIFRAN (processo nº 137/06). O delineamento amostral adotado foi o não-probabilístico, por conveniência. Foram entrevistados 56 indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, sem distinção de raça, moradores da cidade de Franca, SP. Foram incluídos na pesquisa indivíduos que não estavam fazendo uso contínuo de analgésico e/ou antiinflamatórios e que não faziam tratamento para disfunção temporomandibular, bruxismo e cefaléia.

Para avaliação da presença e grau de disfunção temporomandibular foi utilizado o índice de Fonseca et al.⁶ (1994). Este instrumento é composto por 10 questões que permitem respostas em escala Likert de três pontos. Os indivíduos foram classificados em não-portadores de DTM (0 a 19 pontos), presença de DTM leve (20 a 44 pontos), DTM moderada (45 a 69 pontos) e DTM grave (70 a 100 pontos), segundo seu somatório de pontos.

Para avaliação do estado emocional (depressão), os pacientes responderam o Eixo II do Research Diagnostic Criteria (RDC).⁵ Este questionário é composto por 31 questões, distribuídas em quatro dimensões, dentre estas o grau de depressão. Para a realização deste estudo, utilizou-se a versão traduzida para o português por Pereira Júnior et al.²⁰ (2004). Os indivíduos foram classificados em normal (resultado menor que 0,535), presença de depressão moderada (resultado maior que 0,535 e menor que 1,105) e depressão grave (resultado maior que 1,105), de acordo com a recomendação de Dworkin e LeResche⁵ (1992). Deve-se ressaltar que a dimensão depressão, utilizada para o levantamento dos dados é composta por 20 subitens da questão 20 do questionário RDC/TMD–Eixo II.

Os resultados foram analisados por meio do teste Exato de Fisher, que estudou a associação entre gênero, grau de depressão e presença e severidade de DTM. O nível de significância adotado foi de 5%. As análises foram realizadas com o auxílio do software STATA® 9.0.

RESULTADOS

Os dados obtidos estão apresentados em tabelas. A idade dos participantes do estudo variou de 19 a 41 anos com média de 26,30±6,45 anos e, quanto ao gênero, 29 (51,79%) eram mulheres. Na Tabela 1 encontram-se as respostas dos indivíduos avaliados para cada questão componente do Índice de Fonseca.⁶

Na Tabela 2 estão os dados do estudo de associação entre presença e gravidade de disfunção temporomandibular e o grau de depressão dos indivíduos avaliados.

Verificou-se associação significativa (Exato de Fisher: $p=0,033$) entre a classificação de indivíduos segundo o Índice de Fonseca e o grau de depressão.

Na Tabela 3 encontra-se a classificação dos indivíduos segundo o índice de Fonseca e o gênero.

Pode-se notar associação significativa entre a classificação dos indivíduos segundo o Índice de Fonseca e o gênero (Exato de Fisher: $p=0,001$), sendo

Tabela 1 - Distribuição de frequência (n(%)) das respostas dadas pelos indivíduos participantes para cada questão componente do Índice de Fonseca. Franca, 2007

Questões	Respostas		
	não	às vezes	sim
1. Sente dificuldade para abrir bem a boca?	52 (92,86)	4 (7,14)	-
2. Você sente dificuldade para movimentar sua mandíbula para os lados?	53 (94,64)	2 (3,57)	1 (1,79)
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?	41 (73,21)	11 (19,64)	4 (7,14)
4. Sente dores de cabeça freqüentemente?	34 (60,71)	15 (26,79)	7 (12,50)
5. Sente dores na nuca ou torcicolo?	36 (64,29)	17 (30,36)	3 (5,36)
6. Tem dor de ouvido ou nas regiões das articulações (ATM)?	46 (82,14)	7 (12,50)	3 (5,36)
7. Já notou se tem ruídos nas ATM quando mastiga ou abre a boca?	34 (60,71)	12 (21,43)	10 (17,86)
8. Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?	30 (53,57)	13 (23,21)	13 (23,21)
9. Sente que seus dentes não se articulam bem?	42 (75,00)	6 (10,71)	8 (14,29)
10. Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?	21 (37,50)	4 (7,14)	31 (55,36)

Tabela 2 - Índice de Fonseca e grau de depressão dos indivíduos avaliados. Franca, 2007

Índice de Fonseca	Depressão			Total
	normal	moderada	severa	
Não portador de DTM	19	7	0	26
DTM leve	12	7	2	21
DTM moderada	2	4	1	7
DTM grave	0	1	1	2
Total	33	19	4	56

Tabela 3 - Índice de Fonseca segundo gênero dos indivíduos avaliados. Franca, 2007

Índice de Fonseca	Gênero		Total
	masculino	feminino	
Não portador de DTM	18	8	26
DTM leve	9	12	21
DTM moderada	0	7	7
DTM grave	0	2	2
Total	27	29	56

o gênero feminino o que apresentou maior presença e gravidade de DTM.

O grau de depressão segundo o gênero dos indivíduos participantes está exposto na Tabela 4.

Houve associação não-significante entre o grau de depressão e o gênero nos indivíduos avaliados (Exato de Fisher: $p=0,763$).

Tabela 4 - Grau de depressão segundo gênero dos indivíduos avaliados. Franca, 2007

Depressão	Gênero		Total
	masculino	feminino	
Normal	17	16	33
Moderada	9	10	19
Grave	1	3	4
Total	27	29	56

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, pôde-se observar grande número de relatos de hábitos parafuncionais, presença de ruídos articulares, sensação de que os dentes não se articulam bem e dor de cabeça. Outro aspecto a ser ressaltado é que 55,36% dos indivíduos se consideram uma pessoa tensa.

Os hábitos parafuncionais, especialmente os que aumentam a tensão muscular, e o estado emocional influenciam positivamente os níveis de dor em pacientes com disfunção temporomandibular,^{3,4,9} o que confere com os resultados obtidos neste estudo, já que 23,21% dos indivíduos relataram hábitos como ranger e apertar os dentes.

Um dos sinais e sintomas mais observados nos resultados foi a presença de ruídos articulares (17,86%) e dores de cabeça freqüentes (12,50%). Analisando a literatura, foi encontrado que estes são sintomas comumente encontrados em pacientes com DTM.^{3,8,17,26}

Foi observada predominância do gênero feminino em relação à presença de disfunção temporomandibular, assim como outros autores.^{4, 11, 12, 23,26, 27}

Este estudo encontrou presença de DTM em 72,4% das mulheres entrevistadas, sendo que 41,4% apresentaram DTM leve, 24,1% DTM moderada e 6,9% DTM grave, e apenas 33,3% dos homens apresentaram DTM, sendo esta de grau leve. Estes dados são semelhantes aos obtidos no estudo de Teixeira et al.²⁶ (2003), os quais observaram a presença de algum tipo de DTM em 81,4% no gênero feminino. Já o grau de depressão não esteve associado ao gênero nessa pesquisa.

Com o passar dos anos, aumentam os relatos sobre a contribuição dos fatores emocionais como o estresse, depressão e ansiedade como fator etiológico da DTM.^{1,2,7,15,16,18,22,24,28} Os resultados obtidos sustentam esta afirmação, já que foi observada uma associação significativa ($p=0,033$) entre os pacientes com DTM classificados segundo o Índice de Fonseca e o grau de depressão.

Um importante dado obtido neste estudo foi a presença de depressão moderada ou grave nos pacientes portadores de DTM grave, e que todos os pacientes que apresentaram depressão grave apresentaram algum tipo de DTM.

Para que seja amenizada a interferência dos fatores emocionais na etiologia da DTM, Wexler e Steed²⁹ (1998) indicaram o pré-tratamento dos fatores psicológicos e estresse, a não ser em casos de pacientes com sintomas intra-capsulares.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que:

1. A DTM acometeu predominantemente o gênero feminino;
2. Não houve associação entre grau de depressão e gênero;
3. Houve associação significante entre a presença de DTM e grau de depressão.

Portanto, baseado nos resultados deste estudo conclui-se que a depressão pode ser considerada como um dos fatores etiológicos da DTM nesta população.

ABSTRACT

The temporomandibular dysfunction (TMD) etiology is complex and multifactorial, but emotional states such as anxiety, stress and depression are currently considered to be one of the main etiological factors of TMD. This research has evaluated the association between depression and presence and severity of TMD. Fifty six individuals of both genders were interviewed, among 19-41 years, through Fonseca's Index, to evaluate the presence and severity of DTM and Axis II of Research Diagnostic Criteria in order to evaluate the level of depression. The results have been analyzed through the Fisher Exact test, adopting 5% significance, and have indicated significant statistical differences between the presence of TMD and level of depression ($p=0.033$). It was concluded that depression can be considered one of the etiological factors of TMD and TMD is more predominant within the female gender.

UNITERMS

Temporomandibular joint; temporomandibular joint dysfunction syndrome; depression.

REFERÊNCIAS

1. Alencar Junior FGR. Fatores psicológicos nas disfunções craniomandibulares: estudo da relação entre grau de disfunção e escalas de ansiedade traço-estado [tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia, USP; 1997.
2. Borelli E, Brunetti RF, Araújo MAM, Araújo JEJ. Avaliação psicológica de pacientes atendidos no centro de oclusão e articulação temporomandibular. *Rev Bras Odontol.* 1987 mai./jun.;44(3):58-62.
3. Conti PCR, Ferreira PM, Pegoraro LF, Conti JV, Salvador MCG. Disfunção temporomandibular (DCM). Parte II - Aspectos psicológicos e hiperatividade muscular. *Rev ABO Nac.* 1996 abr./mai.;4(2):103-6.
4. Donegá SHP, Cardoso R, Procópio ASF, Luz JGC. Análise da sintomatologia em pacientes com disfunção intra-articulares da articulação temporomandibular. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1997;11(Suppl):77-83.
5. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomand Disord.* 1992;6(4):301-55.
6. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO.* 1994 jan./fev.;42(1):23-8.
7. Gale EN, Dixon DC. A simplified psychologic questionnaire as a treatment planning aid for patients with temporomandibular joint disorders. *J Prosthet Dent.* 1989 Feb.;61(2):235-8.
8. Garcia AR, Lacerda JrN, Pereira SLS. Grau de disfunção da ATM e os movimentos mandibulares em adultos jovens. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1997 jan./fev.;51(1):46-51.
9. Glaros AG, Willians K, Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *J Am Dent Assoc.* 2005 Apr.;136:451-8.
10. Hara BE, Camargo FG, Attizzani A. Sinais e sintomas das disfunções temporomandibulares em crianças. *Odontologia-USF.* 1998 dez.;16:91-102.
11. Kliemann C, Brunetti RF, Oliveira W. Pacientes queixosos de disfunção crânio mandibular. *RGO.* 1998 jan./mar.;46(1):7-10.
12. Lima DR, Brunetti RF, Oliveira W. Estudo da prevalência de disfunção craniomandibular segundo o índice de Helkimo tendo como variáveis: sexo, faixa etária e indivíduos tratados ou não ortodonticamente. *Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos.* 1999 jul./dez.;2(2):28-35
13. Maciel RN. ATM e dores craniofaciais. São Paulo: Ed. Santos; 2003.
14. Maia EV, Vasconcelos LMR, Silva AS. Prevalência das desordens têmporo-mandibulares. Uma abordagem sobre a influência do estresse. *Rev ABO Nac.* 2001 ago./set.;9(4):228-32.
15. Moody PM, Calhoun TC, Okeson JP, Kemper JT. Stress-pain relationship in MPD syndrome patients and non-MPD syndrome patients. *J Prosthet Dent.* 1981 Jan.;45(1):84-8.
16. Moreira MMSM, Alencar Jr FGP, Bussadori CMC. Fatores psicológicos na etiologia da disfunção craniomandibular. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1998 set./out.;52(5):377-81.
17. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis: Mosby; 1998.
18. Okino MCNH, Gallo MA, Finkelstein L, Cury FN, Jacob LS. Psicologia e odontologia – atendimento a pacientes portadores de disfunção da articulação têmporo-mandibular (ATM). *Rev Inst Ciênc Saúde.* 1990 jan./jun.;6(2):27-9.
19. Pereira JR, Conti PCR. Alterações oclusais e a sua relação com a disfunção temporomandibular. *Rev Fac Odontol Bauru.* 2001 jul./dez.;9(3/4):139-44.
20. Pereira Júnior FJ, Favilla EE, Dworkin S, Kimberly H. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). Tradução oficial para a língua portuguesa. *JBC - J Bras Clin Odontol Integr.* 2004 out./dez.;8(47):384-95.
21. Ramos DSP, Saueressing NS, Lima EM. Etiologia dos estalidos da articulação temporomandibular: uma revisão de literatura. *Rev Odonto Ciênc.* 2003 jul./set.;18(41):299-305.
22. Rantala MAI, Ahlberg J, Suvinen TI, Nissinen M, Lindholm H, Savolainen A et al. Temporomandibular joint related painless symptoms, orofacial pain, neck pain, headache, and psychosocial factors among non-patients. *Acta Odontol Scand.* 2003 Aug.;61:217-22.
23. Roda RP, Bagán JV, Fernández JMD, Bazán SH, Soriano YJ. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: Classification, epidemiology and risk factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 Aug.;12:292-8.
24. Selaimen C, Brillhante D, Grossi ML. Depression and neuropsychologic testing in patients with temporomandibular disorders. *Rev Odonto Ciênc.* 2005 abr./jun.;20(48):148-56.
25. Teixeira ACB, Marcucci G, Luz JGC. Prevalência das maloclusões e dos índices anamnésicos e clínicos em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1999 jul./set.;13(3):251-6.
26. Teixeira VCB, Matias KS, Procópio ASF, Luz JGC. Sintomatologia das disfunções da articulação temporomandibular conforme o gênero e a faixa etária por dos índices de Helkimo. *Rev Odontol UNICID.* 2003 set./dez.;15(3):193-9.
27. Tosato JP, Caria PHF. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. *RGO.* 2006 jul./set.;54(3):221-4.
28. Venancio RA, Camparis CM. Estudo da relação entre fatores psicossociais e desordens têmporo-mandibulares. *Rev Bras Odontol.* 2002 mai./jun.;59(3):152-4.
29. Wexler GB, Steed PA. Psychological factors and temporomandibular outcomes. *Cranio.* 1998 Apr.;16(2):72-6.

Recebido em 03/04/08

Aprovado em 12/08/08

Correspondência:

Ticiania Sidorenko de Oliveira Capote
 Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP
 Departamento de Morfologia
 Rua Humaitá, 1680 - Centro - Araraquara - SP
 CEP: 14801-903
 E-mail: ticapote@gmail.com