

# INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE EM DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES– UM LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO COM IDOSOS E ADULTOS NO SUL DO BRASIL

RITA DE CÁSSIA ALMEIDA<sup>1</sup>; CLARISSA DIAS KOLLER<sup>2</sup>; MARÍLIA LEÃO  
GOETTEMS<sup>3</sup>; NOÉLI BOSCATO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – rikhassia@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – clarissakoller@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas– mariliagoettems@hotmail.com

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas– noeliboscato@gmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTM) envolvem a musculatura mastigatória, articulações temporomandibulares e estruturas associadas. Estudos epidemiológicos têm mostrado que a DTM pode acometer todas as faixas etárias (RIEDER; MARTINOFF; WILCOX, 1983). Além disso, com base nas evidências da literatura, a etiologia da DTM é considerada complexa e multifatorial (BARBOSA et al., 2008). Neste contexto, a literatura mostra que fatores oclusais podem estar associados a sinais e sintomas de DTM (MAGNUSSON; EGERMARK; CARLSSON, 2005). No entanto, a associação de sinais e sintomas de DTM e perda de dentes e uso e necessidade de próteses dentárias (SIPILÄ et al., 2013) ainda precisa de uma análise mais aprofundada quanto possíveis fatores de risco locais para o desenvolvimento de DTM. Por outro lado, hábitos comportamentais e fatores psicológicos, como estresse, ansiedade, depressão e fadiga têm mostrado ter um papel na predisposição, iniciação e progressão da DTM e nas respostas de pacientes com DTM ao tratamento (SIPILÄ et al., 2013). Além disso, parece que os fatores sócio-econômicos também influenciam a presença ou ausência de DTM (TURRELL et al., 2007). Embora existam muitos estudos que avaliam sinais e sintomas de DTM, ainda há uma carência de estudos transversais realizados em amostras representativas da população. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação de fatores sócio-econômicos e psicológicos, uso e necessidade de próteses dentárias com a prevalência e severidade de sinais e sintomas de DTM numa população de Luzerna, SC, Brasil. A hipótese testada foi de que os fatores sócio-econômicos, o uso e necessidade de próteses dentárias e os níveis de ansiedade afetam a prevalência e a severidade da DTM.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina (protocolo 030 /2007). Um censo foi realizado durante o ano de 2007, em Luzerna, uma pequena cidade com uma população de 5.600 indivíduos na região Centro-Oeste de Santa Catarina, Brasil. Todos os indivíduos residentes no município de Luzerna, com idades 35-44 (adultos) e 65-74 anos (idosos), foram convidados a participar deste estudo. Estas faixas etárias foram selecionadas de acordo com recomendação da Organização Mundial da Saúde (1997). A coleta de dados foi realizada nas casas dos

indivíduos onde, pelo menos, três visitas foram realizadas. Os instrumentos de avaliação incluíram exame clínico e um questionário. Os indivíduos foram entrevistados sobre o status sócio- econômico e perguntas sobre a história clínica. Dados sobre idade, sexo, cor da pele, estrutura familiar e local de residência foram recolhidos. Dois examinadores treinados e calibrados realizaram o exame clínico. O nível de ansiedade foi determinado utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Os dados sobre o uso e necessidade de próteses dentárias consideraram a presença de espaços protéticos e a qualidade das reabilitações. A presença e severidade de sinais e sintomas de DTM foram determinados através de um questionário, Índice de Helkimo modificado, utilizado anteriormente por outros estudos (CONTI et al., 2003; HELKIMO, 1976). O nível de significância estatística foi considerado quando  $p \leq 0,05$ . As análises descritivas foram inicialmente realizadas. Para avaliar os fatores associados com DTM, o teste qui-quadrado foi usado. Para avaliar a influência das variáveis sobre a prevalência de DTM foram utilizados modelos ajustados e não ajustados da regressão de Poisson

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 632 indivíduos estava disponível na cidade, entre eles, 568 indivíduos (338 adultos e 230 idosos) aceitaram participar da pesquisa; 35 indivíduos recusaram-se a participar e 29 foram excluídos pelo fato de que eles não foram encontrados em casa após três visitas (taxa de resposta de 90,34%). Entre eles, 43,5% apresentavam ausência de DTM, 42,6% leve, 11,3% moderada e 2,6% DTM severa. Os níveis mais severos de DTM foram encontrados nas mulheres ( $p=0,001$ ) e a ocorrência de DTM aumentou com o nível de ansiedade ( $P = 0,001$ ). Após ajuste para as outras variáveis independentes, a prevalência de DTM foi maior entre as mulheres (PR 1,28; 95% IC 1,09 - 1,50) e indivíduos ansiosos (PR = 1,38; 95% IC 1,16 - 1,63). Assim, a hipótese apresentada em nosso estudo foi parcialmente rejeitada porque não houve associação entre o uso e necessidade de prótese dentária e a prevalência de DTM. No entanto, observou-se que existe um aumento do risco de DTM em mulheres e indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade. Este fato minimiza a idéia de que mulheres tendem a procurar serviços de saúde com mais frequência, quando avaliada uma amostra de conveniência. Outros fatores sócio-econômicos, tais como cor ( $P = 0,115$ ), estrutura familiar ( $P = 0,478$ ), idade ( $P = 0,143$ ), classe social ( $P = 0,935$ ) e escolaridade ( $P = 0,678$ ) não mostraram qualquer influência. Não houve associação entre severidade de DTM e uso e necessidade de próteses dentárias ( $P = 0,864$ ). Assim, os nossos resultados mostraram correlação positiva entre o uso e necessidade de prótese dentária e DTM, no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa. Um estudo relatou que o número de dentes em oclusão é um fator protetor de DTM (GESCH et al., 2004), o que parece que perda dentária e de apoio oclusal não necessariamente levam a uma sobrecarga da articulação temporomandibular (DE BOEVER ; CARLSSON; KLINEBERG, 2000) e nem sempre resultam em DTM. Na verdade, o sistema estomatognático apresenta elevada resiliência, adaptando-se a

ausência de prótese dentária ou à utilização de próteses antigas e mal adaptadas (DERVIS, 2004).

Além disso, no presente estudo, não houve correlação entre as faixas etárias 35-44 (adultos) e 65-74 (idosos) e a prevalência de DTM, embora a prevalência (59,55%) e gravidade de DTM tenha sido maior na população adulta. Este resultado está de acordo com a literatura, que descreve que a severidade dos sinais e sintomas de DTM é influenciada pela idade e os sinais e sintomas mais leves são relatados por crianças, adolescentes e idosos (SCHMID-SCHWAP et al., 2013; BAGIS et al., 2012). Já em relação aos fatores psicológicos, a ansiedade desempenha um papel importante na DTM, agindo como um fator predisponente ou agravante (KINDLER et al., 2012). Em nosso estudo, uma associação com significância estatística foi encontrada entre a ansiedade e a DTM.

#### **4. CONCLUSÕES**

Mulheres e indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade apresentaram maior prevalência de sinais e sintomas de DTM. Além disso, não foi encontrada associação entre DTM e uso e necessidade de prótese dentária.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- RIEDER, C.E.; MARTINOFF, J.T.; WILCOX, S.A. The prevalence of r dysfunction. Part I: sex and age distribution of related signs and symptoms. **The Journal of prosthetic dentistry**, v.50, n.1, p.81-88, 1983.
- MAGNUSSON, T.; EGERMARK, I.; CARLSSON, G.E. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. **Acta Odontologica Scandinavica**, v.63, n.2, p.99-109, 2005.
- SIPILÄ, K.; NÄPÄNKANGAS, R.; KÖNÖNEN, M.; ALANEN, P.; SUOMINEN, A.L. The role of dental loss and denture status on clinical signs of temporomandibular disorders. **Journal of oral rehabilitation**, v.40, n.1, p.15-23, 2013.
- TURRELL, G.; SANDERS, A.E.; SLADE, G.D.; SPENCER, A.J.; MARCENES, W. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. **Community Dentistry and Oral Epidemiologic**, v.35, n.3, p.195-206, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1997.
- CONTI, A.; FREITAS, M.; CONTI, P.; HENRIQUES, J.; JANSON, G. Relationship between signs and symptoms of temporomandibular disorders and orthodontic treatment: a cross-sectional study. **The Angle Orthodontist**, v.73, n.4, p.411-417, 2003.
- HELKIMO, M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system. **Oral sciences reviews**, v.7, p.54-69, 1976.
- GESCH, D.; BERNHARDT, O.; ALTE, D.; SCHWAHN, C.; KOCHER, T. et al. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in an urban and rural German population: results of a population-based study of health in Pomerania. **Quintessence International**, v.35, n.2, p.143-150, 2004.
- DE BOEVER, J.A.; CARLSSON, G.E.; KLINEBERG, I.J. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part II. Tooth loss and prosthodontic treatment. **Journal of oral rehabilitation**, v.27, n.8, p.647-59, 2000.
- DERVIS, E. Changes in temporomandibular disorders after treatment with new complete dentures. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.31, n.4, p.320-26, 2004.
- SCHMID-SCHWAP, M.; BRISTELA, M.; KUNDI, M.; PIEHSLINGER, E. Sex-specific differences in patients with temporomandibular disorders. **Journal of orofacial pain**, v.27, n.1, p.42-50, 2013.
- KINDLER, S.; SAMIETZ, S.; HOUSHMAND, M.; GRABE, H.J.; BERNHARDT, O. et al. Depressive and anxiety symptoms as risk factors for temporomandibular joint pain: a prospective cohort study in the general population. **The journal of pain**, v. 13, p.1188-1197, 2012.