

## PRESENÇA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Bruna Santos Pereira de França <sup>1</sup>; Janiele dos Santos Oliveira <sup>2</sup>; José Edimósio Costa Vital <sup>3</sup>; Marília Caroline Ventura Macedo Orientador <sup>4</sup>; Danilo de Almeida Vasconcelos<sup>5</sup>

*Universidade Estadual da Paraíba. Email: brynibruna@gmail.com.*

**Resumo:** A Disfunção temporomandibular (DTM) possui etiologia multifatorial, podendo acontecer por alterações na oclusão, lesões traumáticas ou degenerativas da Articulação temporomandibular, problemas esqueléticos, psicológicos e hábitos deletérios. A prevalência de sintomas depressivos em pacientes com DTM pode promover um impacto negativo na qualidade de vida e na eficácia dos tratamentos propostos. O presente estudo teve como objetivo identificar a presença de sintomas depressivos em portadores de disfunção temporomandibular. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo e exploratório, com corte transversal, onde foram incluídos 32 pacientes aos quais responderam o questionário de critério diagnóstico de distúrbios temporomandibulares (RDC/TMD EIXO II) versão adaptada. Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos. Os sintomas depressivos de maior intensidade foram: preocupar-se demasiadamente (31,2%), chorar facilmente (28,1%) e pensamentos sobre a morte (15,5%). Foi verificada correlação entre o grau de DTM e o grau de depressão ao passo de que quanto mais grave a DTM, mais grave o nível de depressão.

**Palavras-chave:** Articulação temporomandibular. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular. Sintomas depressivos

### 1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é formada pelo côndilo mandibular e pela fossa mandibular do osso temporal, realiza um movimento de dobradiça em um plano, sendo desta forma considerada uma articulação gínglimoidal. No entanto, ao mesmo tempo ela também pode proporcionar movimento de deslizamento, o que a classifica como uma articulação artrodial, sendo assim tida como uma articulação gínglimoartrodial (OKESON, 2013). A ATM faz parte do sistema estomatognático, formado por várias estruturas internas e externas, o qual está envolvido em funções primordiais como mastigação, deglutição, fonação e a postura.

Diante de uma alteração nesta articulação, ocorrerá uma disfunção nomeada de disfunção temporomandibular (DTM), definida como uma coleção de condições clínicas, dentárias ou faciais associadas com anormalidades do sistema estomatognático, desencadeando assim, alterações na Articulação Temporomandibular e tecidos adjacentes, incluindo os músculos faciais e cervicais (DONNARUMMA et al, 2010).

Sua etiologia é multifatorial, podendo acontecer por alterações na oclusão, lesões traumáticas ou degenerativas da ATM, problemas esqueléticos, fatores psicológicos e hábitos deletérios. A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) determinou na 4º edição de seu manual, diretrizes referentes ao diagnóstico e classificação das diferentes formas de DTM, que são divididas em dois grandes grupos (DTM muscular e DTM articular) com suas respectivas subdivisões (CARRARA et al, 2010).

Há diferentes opiniões entre os autores quanto à prevalência, etiologia, desenvolvimento, prognóstico e necessidade de tratamento das disfunções temporomandibulares. Isto parece estar relacionado a diferentes critérios de avaliação, uma vez que alguns sinais e sintomas são subjetivos (DE LIMA; BRUNETTI; DE OLIVEIRA, 2010).

Vários instrumentos para diagnóstico de DTM têm sido expostos, porém não existe um consenso definido para o seu critério diagnóstico. Devido à necessidade de utilização de um instrumento universalmente aceito e validado, o critério de diagnóstico na pesquisa de desordens temporomandibulares ([Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders](#)) foi proposto por alguns autores. Esse instrumento tem por finalidade identificar a interação complexa entre as dimensões físicas e psicológicas da dor crônica e evolui para um sistema de eixo duplo na tentativa de permitir uma mensuração confiável de sinais e sintomas de desordens temporomandibulares (Eixo I), bem como fatores psicológicos e psicossociais associados (Eixo II). (CAMPOS et al 2009)

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. A prevalência destes sinais e sintomas pode promover um impacto na qualidade de vida dos portadores, pois esta disfunção assim como as cefaléias e dores orofaciais normalmente trazem prejuízos no relacionamento familiar e social, no desempenho de atividades, na qualidade do sono e da alimentação, podendo levar à insatisfação do indivíduo com sua própria vida. Existe um consenso sobre o fato de dores crônicas produzirem efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais, que merecem atenção na avaliação e que, muitas vezes, são controlados ou revertidos por medidas terapêuticas. A cronificação desta dor acarreta comumente as emoções de ansiedade e depressão (DE MATOS PIMENTA; KOIZUMI; TEIXEIRA, 2000). Fatores como ansiedade, depressão e estresse levam a um aumento da atividade muscular, acarretando dor e

interferindo negativamente nas atividades sociais, de lazer e laborais.

Através de uma avaliação psicológica realizada com 20 pacientes com problemas na ATM, houve presença de dor em 100% dos casos, e presença de conflitos nas áreas: familiar (90%), afetiva (95%), profissional (45%) e social (95%). (BORELLI et al, 1987 apud MASSENA & FRASETO, 2015)

Devido à alta incidência de disfunções temporomandibulares, às repercussões negativas que estas causam sobre a saúde física e psicológica dos indivíduos e à interferência causada pela ansiedade e depressão nos tratamentos, sejam estes odontológicos, médicos ou fisioterapêuticos, a presente pesquisa teve como objetivo principal avaliar a presença de sintomas depressivos em portadores de DTM.

## **2 METODOLOGIA**

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo e exploratório, com corte transversal, onde a amostra foi do tipo não probabilística composta por 32 pacientes portadores de disfunção temporomandibular (DTM) e dor orofacial. Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos, diagnosticados clinicamente com DTM.

Os pacientes foram recrutados na Clínica da Dor situada no Departamento de Odontologia e logo após, os mesmos foram agendados para responderem o questionário de diagnóstico na pesquisa de distúrbios temporomandibulares (RDC/TMD EIXO II) versão adaptada. A coleta de dados aconteceu no Consultório II na Clínica Escola de Fisioterapia, situada no Departamento de Fisioterapia. Ambas as clínicas estão localizadas no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), do Campus I da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

O diagnóstico clínico de DTM foi determinado, e classificado, através do Índice Anamnésico de Fonseca et al. (1994) ao qual contem 10 perguntas, que permitem respostas “Sim”, “Às Vezes” e “Não”, com pontuação 10, 5 e 0, respectivamente. A soma dos pontos classifica os indivíduos com ausência de DTM (0 à 15 pontos), DTM leve (20 à 40 pontos), moderada (45 à 60 pontos) ou grave (70 à 100 pontos). Foram excluídos indivíduos que não apresentassem diagnóstico segundo o índice anamnésico, comprometimento cognitivo expresso com dificuldade na fala e/ou compreensão e déficit visual que impedissem a realização do questionário.

Para a pesquisa, o questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) foi adaptado. Deste modo, os sintomas físicos não específicos que incluíram e excluíram as questões relacionadas à dor, foram agrupados e separados dos sintomas referentes à depressão. No questionário foram avaliados vinte sintomas, sendo estes relacionados à depressão; perda de interesse ou prazer sexual, sensação de falta de energia ou apatia, pensamentos sobre morte ou sobre morrer, falta de apetite, chorar facilmente, sensação de culpa pelas coisas, sentir-se só, sentir-se abatido, preocupar-se demasiadamente com as coisas, sentir-se desinteressado pelas coisas, dificuldade em adormecer, sentir-se desanimado sobre o futuro, pensamentos sobre acabar com a vida, comer demais, acordar muito cedo pela manhã, sono agitado ou perturbado, sensação de que tudo é um esforço, sentimentos de inutilidade, sensação de ser enganado ou iludido, sentimentos de culpa, podendo ser classificado pelo paciente em nada, um pouco, moderadamente, bastante e extremamente.

Antes de ser aplicado o questionário RDC/TMD EIXO II versão adaptada, os pacientes foram informados sobre o teor da pesquisa e, após aceitação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para menores de 18 anos e/ou incapaz.

No que se refere à classificação do grau de depressão, para a obtenção da mesma, foi utilizado O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) em sua quinta versão, sendo a mais atualizada. Segundo o Manual, para que o paciente apresente quadro depressivo, é necessário que seja relatado de cinco a mais sintomas. Valores inferiores a este são considerados como casos de alerta, não sendo identificado o quadro depressivo. Pode-se classificar como quadro depressivo mais severo, valores acima de 10 sintomas. Sendo assim, para análise estatística, foram utilizadas as terminologias Ausente (de 0 a 5 sintomas); depressão (de 5 a 10 sintomas) e grave (Acima de 10 sintomas). Os dados foram analisados através de estatística, incluindo todas as tabelas, gráficos e medidas numéricas adequadas. Logo após, para verificar a correlação existente entre as variáveis “Grau de Depressão” e “Grau de DTM”, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Além disso, para verificar se tal medida de correlação foi estatisticamente significativa, utilizou-se o teste exato de Fisher, para dados não paramétricos. Os programas estatísticos utilizados foram o SPSS 20 e Excel 2016.

Quanto aos aspectos éticos, os pacientes e o responsável legal do menor de 18 anos foram esclarecidos e conduzidos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) em conformidade com a Resolução

466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente às pesquisas envolvendo seres humanos. Além disso, o presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), através do protocolo: 73357617.8.0000.5187.

### 3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 32 pacientes com diagnóstico de disfunção temporomandibular. A respeito do perfil sociodemográfico, a amostra foi composta de 25 pacientes do sexo feminino (78,12%) e 7 pacientes do sexo masculino (21,88 %), com média de idade de 31,48 anos (DP =14,71), estado civil predominantemente solteiro (76,67%), quanto ao grau de escolaridade, 31.3% dos indivíduos possuíam ensino superior incompleto, sendo a maior porcentagem da amostra.

Com relação ao Índice Anamnésico de Fonseca et al. (1994) o estudo avaliou a severidade dos sintomas da DTM e os resultados demonstraram que 59,4% dos pacientes apresentaram disfunção leve, 21,9% moderada e 18,8% disfunção severa.

Na avaliação, 87,5% dos indivíduos afirmaram apresentar sintomatologia dolorosa em alguma das regiões (face, maxilares, têmporas, a frente do ouvido ou no ouvido) no último mês.

Os resultados demonstram que considerando os graus 3 e 4 os sintomas depressivos de maior intensidade são; preocupar-se demasiadamente(31,2%), chorar facilmente (28,1%) e pensamentos sobre a morte (15,5%).

### 4 DISCUSSÃO

A identificação de sintomas depressivos presentes em pacientes com disfunção temporomandibular representa um importante recurso para o entendimento de uma possível etiologia, já que a mesma é de caráter multifatorial ou fator agravante. A relação entre os aspectos psicológicos do indivíduo com o desencadear e/ou acentuar o problema, bem como a eficácia dos tratamentos propostos são temas de vários estudos presentes na literatura.

No presente estudo, o predomínio do sexo feminino (78,12%), a média de idade dos participantes de 31,48 anos e a predominância do estado civil solteiro, corroboram com outros estudos que afirmaram ser aproximadamente duas vezes mais comum a incidência de DTM em mulheres, ocorrendo predominantemente

durante os anos produtivos, entre 20 e 50 anos de idade, e em indivíduos solteiros, gerando custos sociais significativos e diminuição na produtividade no trabalho (PICCIN et al, 2016 e CAMPI et al, 2013) .

A predominância de disfunção leve na amostra deste estudo (59,4%) avaliada pelo Índice Anamnésico de Fonseca et al (1994) é semelhante aos dados obtidos no estudo epidemiológico de Ganzaroli e Junior (2017), que avaliou a prevalência das disfunções temporomandibulares em surdos, sendo estes com 64,4% e ouvintes, com 66,7%.

Em um estudo clínico realizado entre abril de 2004 e abril de 2008, Meeder Bella et al (2010) verificou que pacientes com disfunção temporomandibular apresentavam como motivo da consulta, a maior distribuição devido à dor crânio-facial (31,94%). De forma semelhante no presente estudo, a sintomatologia dolorosa foi referida com 87,5% presente em algumas das regiões: face, maxilares, têmporas, na região a frente do ouvido ou no mesmo. Não foi avaliada a associação entre o quadro algico e o gênero, porém alguns estudos com análise de dados epidemiológicos afirmaram que a dor na região temporomandibular tem maior prevalência em mulheres do que em homens, onde estas sofrem com maior frequência de dor crônica mais intensa e mais duradoura do que as referidas pela população do sexo masculino (Leresche, 1997).

Além da característica sintomatologia dolorosa causada pela DTM, esta disfunção é considerada por muitos autores como uma das principais causas de dor crônica estando intimamente relacionada com o estresse físico e psicossomático tais como fadiga, alterações do sono, ansiedade e depressão (DAHLSTRÖM; WIDMARK; CARLSSON, 1997; BRAGA; SOUZA, 2016).

Estes sintomas depressivos foram avaliados a partir do questionário Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC / TMD EIXO II) que segundo o estudo de Schiffman et al (2014) foi o protocolo de diagnóstico mais utilizado para pesquisa de DTM desde a sua publicação no ano de 1992, sendo um sistema de classificação que tem como base o modelo biopsicossocial da dor, que incluiu uma avaliação física do Eixo I, utilizando critérios diagnósticos confiáveis e bem operacionalizados, além de uma avaliação do Eixo II do estado psicossocial e deficiência relacionada à dor.

Branco (2008), em seu estudo, enfatiza que atualmente o “Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders” (RDC/TMD) oferece a melhor classificação para DTM, devido ao fato de incluir não apenas métodos para a classificação diagnóstica física das DTM presentes no seu eixo I, mas ao mesmo tempo



métodos para avaliar a intensidade e severidade da dor crônica e os níveis de sintomas depressivos, presentes no seu eixo II. Enquanto Campos (2007) trás em seu estudo que o desenvolvimento do RDC / TMD teve como objetivo estabelecer critérios confiáveis e válidos para diagnosticar e definir os subtipos de desordens temporomandibulares. O RDC / TMD estabeleceu um sistema de classificação para pesquisa que consiste em um questionário auto-administrado com 31 perguntas e um formulário de exame clínico com 10 itens, bem como especificações de exame clínico e critérios diagnósticos que permitem a classificação de cada caso de acordo com o físico (Eixo I) do paciente e condições psicológicas (Eixo II). O Eixo I classifica os indivíduos em três categorias, sendo elas: desordens temporomandibulares de origem muscular, deslocamento do disco articular e outras articulações temporomandibulares, enquanto o Eixo II os divide de acordo com a intensidade e incapacidade de dor crônica, grau de depressão, escala de sintomas físicos não específicos e limitação da função do maxilar.

Dentre os 20 sintomas de depressão dispostos no questionário, os resultados deste estudo demonstram que considerando os graus 3 e 4 os sintomas de maior intensidade foram: preocupar-se demasiadamente (31,2%), chorar facilmente (28,1%) e pensamentos sobre a morte (15,5%), diferindo do estudo sobre a associação de intensidade e deficiência relacionadas à dor, e depressão de JO et al (2016) que utilizou do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Neste, os pacientes relataram os cinco sintomas mais graves classificados em ordem: inutilidade, perda de interesse em outras pessoas, perda de interesse em sexo, irritabilidade e perda de energia.

## **5 CONCLUSÃO**

A partir dos resultados obtidos, pode-se inferir que os pacientes com diagnóstico de disfunção temporomandibular estão propensos a apresentar quadros depressivos com interferência em suas atividades diárias, recreações e trabalhos gerados pelo quadro algico, podendo apresentar como sintomas depressivos: preocupar-se demasiadamente (31,2%), chorar facilmente (28,1%) e pensamentos sobre a morte (15,5%). Este estudo verificou que houve associação positiva entre o grau de DTM e o grau de depressão, sugerindo que pessoas com um grau de DTM mais elevado possam apresentar maior nível de depressão.

Acredita-se que algumas limitações podem ter contribuído com esse resultado, tal como o N amostral pequeno que impossibilitou a realização de um teste estatístico de maior poder, como o Qui-quadrado.

O presente estudo mostra-se relevante, já que diversos estudos apontam a necessidade de identificação das condições emocionais e/ou psicológicas dos pacientes acometidos de DTM, tendo em vista que estas exercem um importante papel na etiologia multifatorial da doença e têm grande relevância para o processo de tratamento. Ressaltando a importância de um tratamento multiprofissional.

Por fim, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas, visando verificar e estabelecer a relação causal entre a disfunção temporomandibular e os problemas psicológicos, bem como para verificar outras associações existentes, há exemplo sexo e idade prevalentes em pacientes com disfunção temporomandibular associados aos quadros depressivos.

## REFERÊNCIAS

BORELLI, Edinéia et al. Avaliação psicológica de pacientes atendidos no Centro de Oclusão e Articulação Temporo-mandibular. **Rev. bras. odontol**, v. 44, n. 3, p. 58-62, 1987.

BRANCO, Raquel Stumpf et al. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, n. 2, p. 61-69, 2008.

CAMPI, Letícia Bueno et al. Influence of biopsychosocial approaches and self-care to control chronic pain and temporomandibular disorders. **Revista Dor**, v. 14, n. 3, p. 219-222, 2013.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Confiabilidade de um formulário para diagnóstico da severidade da disfunção temporomandibular. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 1, p. 38-43, 2009.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Internal consistency and reproducibility of portuguese version of research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD-Axis II). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 11, n. 6, p. 451-459, 2007.

CARRARA, Simone Vieira et al. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 3, p. 114-120, 2010.

DAHLSTRÖM, Lars; WIDMARK, Göran; CARLSSON, Sven G. Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. **European journal of oral sciences**, v. 105, n. 5P1, p. 377-383, 1997.

DE LIMA, Dimas Renó; BRUNETTI, Ruy Fonseca; DE OLIVEIRA, Wagner. Estudo da prevalência de disfunção craniomandibular segundo o índice de Helkimo tendo



como variáveis: sexo, faixa etária e indivíduos tratados ou não ortodonticamente. **Brazilian Dental Science**, v. 2, n. 2, 2010.

DE MATTOS PIMENTA, Cibele Andrucio; KOIZUMI, Maria Sumie; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 76-83, 2000.

DONNARUMMA, Mariana Del Cistia et al. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 5, p. 788-794, 2010.

GANZAROLI, Giedry Monteiro; JUNIOR, Aroaldo José Casa. Avaliação da prevalência das disfunções temporomandibulares em surdos: estudo controlado. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, 2017.

LERESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**, v. 8, n. 3, p. 291-305, 1997.

MASSENA, Patricia; FRASSETTO, Silvana Soriano. Aspectos psicológicos associados à disfunção temporomandibular: uma revisão sistemática da literatura. **Aletheia**, n. 47-48, p. 169-182, 2015.

MEEDER BELLA, W. et al. Trastornos temporomandibulares: Perfil clínico, comorbilidad, asociaciones etiológicas y orientaciones terapéuticas. **Avances en odontoestomatología**, v. 26, n. 4, p. 209-216, 2010.

OKESON, Jeffrey. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. **Elsevier Brasil**, 2013.

PICCIN, Chaiane Facco et al. Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 113-119, 2016.

SCHIFFMAN, Eric et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. **Journal of oral & facial pain and headache**, v. 28, n. 1, p. 6, 2014.