

FREQUÊNCIA DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (DTM) E SUA RELAÇÃO COM A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO ENTRE USUÁRIOS QUE PROCURARAM O SETOR DE ODONTOLOGIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Frequency of Temporomandibular Disorders (TMD) and their relationship with anxiety and depression among dental patients of a Health Care Unit

Cintia Bandinelli da Silva¹, Camila Guedes Henn²,
Caroline Maria Bonacina³, Caren Serra Bavaresco⁴

RESUMO

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) são distúrbios da Articulação Temporomandibular (ATM) comuns em crianças e adolescentes, tendendo a aumentar sua prevalência na fase adulta. Uma vez que poucos estudos discutem a prevalência de DTM em serviços de Atenção Primária (APS), o objetivo do presente estudo foi verificar a frequência das DTM e sua relação com a ansiedade e a depressão em usuários que procuraram o setor de odontologia de uma unidade de APS. A amostra foi composta por 257 pacientes adultos (maiores de 18 anos) atendidos, de forma consecutiva, na unidade. Para avaliação do grau de DTM entre os pacientes do estudo, foi utilizado questionário proposto por Maciel,¹⁵ constituído de 10 perguntas objetivas, que apontam a presença de DTM. Para avaliação da ansiedade, foi usada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), validada por Marcolino.¹⁶ Essa escala possui 14 itens fechados, dos quais 7 são voltados para a ansiedade (HADS-A) e 7 para a depressão (HADS-D). A frequência de DTM encontrada foi de 86,7%, sendo que as DTM moderadas e severas estavam presentes na maioria dos sujeitos (55,7%), enquanto os não portadores e portadores leves de DTM representaram 45,3% da amostra. Observou-se, também, uma correlação significativa entre DTM e ansiedade e depressão ($p < 0,05$) em relação aos não portadores. Esses dados assumem uma relevância ainda maior, por se tratar do contexto de uma unidade de APS, a qual se configura como porta de entrada para o atendimento em saúde do indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos da Articulação Temporomandibular; Ansiedade; Atenção Primária à Saúde; Depressão.

ABSTRACT

The Temporomandibular Disorders (TMD) are disorders of the temporomandibular joint (TMJ) common in children and adolescents, tending to increase their prevalence in adulthood. Since few studies discuss the prevalence of TMD in Primary Care Services (PCS), the purpose of this study was to determine the frequency of TMD and its relationship with anxiety and depression in users who searched for the dental treatment in a health unit. The sample comprised 257 adults (18 years) consecutively treated in the dental service of this unit. To assess the degree of TMD among patients in the study, a proposed by Maciel¹⁵ was used. This questionnaire consists of 10 objective questions that indicate the presence of TMD. To evaluate anxiety, it was used a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) validated by Marcolino.¹⁶ This scale has 14 items closed, being seven targeted for anxiety (HADS-A) and 7 for depression (HADS-D). The frequency of moderate and severe was 86.7% and TMD were present in most subjects (55.7%), while non-carriers and carriers of light TMD represented 45.3% of the sample. We also observed a significant correlation between TMD and anxiety and depression ($p < 0.05$) compared to non-carriers. These facts assume greater importance because PCS configure a gateway to the health care of the individual.

KEYWORDS: Primary Health Care; Temporomandibular Disfunction; Anxiety; Depression.

¹ Cirurgiã-Dentista. Especialista em Saúde da Família e Comunidade – Grupo Hospitalar Conceição.

² Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária – GHC Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS).

³ Cirurgiã-Dentista. Residente de Odontologia pelo Programa de Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição.

⁴ Cirurgiã Dentista – SSC/GHC. Preceptora RIS/GHC. Consultora Odontologia – Projeto Telessaúde RS. Doutoranda Clínica Odontológica – Cariologia/UFRGS. Mestre e Doutora Bioquímica/UFRGS. E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é considerada uma das mais complexas do organismo humano,¹ sendo as disfunções dessa articulação, por sua vez, distúrbios comuns em crianças e adolescentes, tendendo a aumentar a prevalência na fase adulta.² Disfunção é compreendida como uma função que é desempenhada de maneira anômala, assim, a disfunção temporomandibular corresponde à ausência de normalidade nas funções do aparelho mastigatório. Lima e colaboradores³ relatam que se encontram diferentes opiniões entre os autores, no que diz respeito às DTMs, sobre sua prevalência, etiologia, desenvolvimento, prognóstico e necessidade de tratamento. Donaldson⁴ considerou que essas alterações atingem aproximadamente 75% da população; já Garcia e Souza⁵ estimam que 50 a 60% da população apresenta algum tipo de alteração na ATM.

A disfunção temporomandibular é considerada de natureza multifatorial, sendo alguns dos fatores a tensão emocional, interferências oclusais, perda de dentes, desvio postural, disfunção muscular mastigatória, alterações estruturais internas e externas da articulação temporomandibular e diversas associações entre eles.³ Essa disfunção é uma condição musculoesquelética que afeta o sistema mastigatório e é caracterizada por diversos sinais e sintomas.⁶ A dor orofacial é um dos mais comuns, sendo mais frequente em mulheres do que em homens⁷ e, embora seja somente um dos muitos sintomas experimentados por quem sofre dessa desordem, pode ter um impacto profundo na integração social, na qualidade e no modo de vida desses pacientes,⁸ podendo, igualmente, afetar o resultado do tratamento das DTMs.⁷

Quando há dor, sempre se devem obter informações sobre sua localização, comportamento, tipo, duração e intensidade. A dor pode ser localizada, quando o paciente consegue referir a área específica, ou pode aparecer como uma grande área mal definida. O local dessa dor pode ser sempre o mesmo ou ela pode estar irradiada. O comportamento da dor deve ser avaliado por meio do relato do paciente quanto aos episódios em que ela ocorre: se a dor é constante ou intermitente, se ocorrem surtos ou períodos de dor e se há fatores que aliviam ou intensificam a mesma.⁹

Pesquisas nacionais e internacionais sobre essas desordens também têm apontado a interação entre fatores físicos e psicológicos, sugerindo correlação com os níveis de ansiedade.¹⁰ Já outras indicam que a depressão pode ter um papel importante em mulheres com dor miofascial crônica, enquanto a ansiedade parece não ser relevante, tanto em mulheres como em homens.¹¹

Marchiori e colaboradores¹² verificaram, em seu estudo com alunos do ensino fundamental brasileiro, que grande parte deles possuía sinais e sintomas de DTM e apresentava-se bastante ansiosa. Alguns outros trabalhos provaram a existência de uma associação entre DTM e ansiedade, depressão e estresse, mas nenhum demonstrou a causalidade dessa relação.¹²

Ainda relativamente à dor, Pallegama e colaboradores¹³ observaram que os pacientes com Dor Muscular Cervical (DMC) referiram níveis mais elevados de ansiedade, comparados àqueles sem DMC. Esse estudo sugeriu uma tendência dos pacientes com dor muscular decorrente de DTM terem um grau maior dos níveis de ansiedade, quando comparados com indivíduos sem essa sintomatologia dolorosa.¹³

Apesar da importância evidente que as disfunções temporomandibulares têm sobre o funcionamento de todo o aparelho estomatognático e de suas conseqüentes implicações na qualidade de vida dos indivíduos, é notória a pouca atenção dispensada a esse tema em nosso cotidiano das unidades de saúde. Por ser uma alteração de ordem multifatorial, deveria ser mais bem observada por todos os profissionais, contemplando, dessa forma, o cuidado integral do paciente, um dos atributos da APS.

A escassez de produção científica sobre essa disfunção em âmbito de Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser uma das explicações para a ausência desse olhar mais atento.

No Brasil, o Ministério da Saúde define APS como um conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Também o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis está em suas atribuições.¹⁴

Dessa forma, a alta prevalência das Disfunções Temporomandibulares na população e a carência de referências em APS a seu respeito, bem como a detecção de alterações do estado funcional do paciente, possibilitando fazer uma intervenção preventiva e precoce sobre hábitos gerais, justificam o presente trabalho.

O objetivo geral foi verificar a frequência das disfunções temporomandibulares e sua relação com a ansiedade e a depressão em usuários que procuraram o Setor de Odontologia de uma unidade básica de saúde.

Os resultados obtidos possibilitaram conhecer melhor as necessidades da população de abrangência, procurando, então, oferecer maior equilíbrio entre as ações de pre-

venção, cura e promoção de saúde.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo quantitativo analítico transversal. O estudo ocorreu no período compreendido entre os meses de março e junho de 2010 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sob o Protocolo nº 09-188.

O cálculo da amostra foi realizado utilizando-se prevalência de 65% da DTM na população, poder de 80% e nível de significância de 95%, estimando-se, assim, 264 indivíduos. Os sujeitos que compuseram a amostra foram 268 pacientes adultos (maiores de 18 anos) atendidos, consecutivamente, na Unidade de Saúde Barão de Bagé do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre - RS, Brasil. Os pacientes recebiam assistência odontológica e, após, eram entrevistados no próprio setor de Odontologia pelo profissional que lhes prestara o atendimento. Dos 268 sujeitos da amostra, 11 não aceitaram participar da pesquisa.

Para avaliação do grau de disfunção temporomandibular entre os pacientes do estudo, foi utilizado o questionário proposto por Maciel,¹⁵ que se constitui de 10 perguntas objetivas que apontam a presença de DTM.

As perguntas de números 1 a 9 têm como opção de respostas as alternativas SIM, ÀS VEZES e NÃO. O valor para cada uma é, respectivamente, 10, 5 e 0. Na última pergunta, o paciente forneceu uma nota, dentro de uma escala de 0 a 10. Esse valor foi somado ao obtido anteriormente com as perguntas de 1 a 9.

Para análise do valor final, utilizou-se o índice para determinação do grau de DTM. O índice de 0-15 classifica como não portador de DTM; 20-40 classifica como portador de DTM leve; 45-65 classifica como portador de DTM moderada e índice 70-100, como portador de DTM severa.

Para avaliação da ansiedade, foi usada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) proposta por Marcolino e colaboradores.¹⁶ Inicialmente, a HADS foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, sendo, posteriormente, utilizada em outros tipos de pacientes, em pacientes não internados e em indivíduos sem doença. Essa escala possui 14 itens fechados, dos quais 7 são voltados para ansiedade (HADS-A) e 7, para depressão (HADS-D).

Para avaliação da frequência da ansiedade e da depressão, foram analisadas as respostas obtidas aos itens da HADS. Adotaram-se os pontos de corte apontados por Zigmond e Snaith,¹⁷ recomendados para ambas as escalas:

HADS - ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 . HADS - depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

Foi realizado um estudo piloto com aplicação dos questionários a 5 pacientes que não compuseram a amostra do estudo, com o objetivo de treinar os 4 odontólogos da unidade, a fim de ajustar os instrumentos e determinar o tempo necessário à aplicação dos mesmos.

As entrevistas com os usuários realizaram-se no próprio consultório dentário, sempre após o atendimento das necessidades odontológicas do paciente e de seu consentimento em participar da pesquisa. Dessa forma, não houve o comprometimento da assistência buscada pelo usuário.

Foi adotado o estudo quantitativo na análise dos dados e os mesmos receberam tratamento estatístico, de forma descritiva e inferencial. Na análise descritiva, foram utilizadas figuras (diagramas em barras) e, na análise inferencial, porcentagens dos fenômenos escolhidos. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS, versão 18,0. Os dados foram submetidos à análise do qui-quadrado, sendo significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 268 (100%) pacientes consecutivos, que buscaram o setor de Odontologia da Unidade de Saúde. Desses, 11 (4,1%) não concordaram em participar, sendo considerados não respondentes. A amostra válida, portanto, foi composta por 257 indivíduos (95,9%), na qual 175 (65,3%) eram do sexo feminino e 93 (34,7%), do sexo masculino.

O número de pacientes que apresentou algum grau de DTM foi de 223, correspondendo a 86,7% do total de entrevistas. Desses, 80 (31,1%) eram portadores de DTM leve, 88 (34,2%), portadores de DTM moderada, 55 (21,4%) apresentavam DTM severa e 34 (13,2%) foram classificados como não portadores dessa desordem (Tabela 1).

Os resultados da Escala de Ansiedade e Depressão sugerem que 59 (23%) dos pacientes apresentam ansiedade e depressão, 54 (21%), somente ansiedade, 19 (7,4%), somente depressão e 125 (48,6) não apresentam indicativos relevantes, segundo o critério utilizado, de nenhuma das duas condições psicológicas referidas.

Verificou-se, portanto, que o total de pacientes com e sem ansiedade foi de 113 (44%) e 144 (56%), respectivamente. Quanto à depressão, foram encontrados 78 (30,4%) pacientes com indicativos de apresentar essa condição psicológica e 179 (69,6%) que não apresentaram indícios suficientes.

Os resultados mostram uma correlação significati-

va entre a presença de DTM e ansiedade ($\chi^2 = 24,753$; $p = 0,00$) e depressão ($\chi^2 = 16,066$; $p < 0,001$). Além disso, no presente estudo, não foi encontrada diferença signifi-

cativa entre o sexo e a severidade de DTM ($\chi^2 = 2,186$; $p > 0,05$).

Tabela 1 - Frequência de DTM em pacientes atendidos no setor de Odontologia de uma Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre – RS.

	NP	PL	PM	PS	Total
	34	80	88	55	223
Frequência %	13,2	31,1	34,2	21,5	86,7

Legenda:

NP: não portador | PL: portador leve | PM: portador moderado | PS: portador severo

Fonte: dados da pesquisa.

Demais associações entre ansiedade e DTM e depressão e DTM podem ser vistas na Tabela 2 e na Tabela 3, respectivamente.

Tabela 2 - Relação entre DTM e Ansiedade* em pacientes atendidos no setor de Odontologia de uma Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre – RS.

	NP	PL	PM	PS	Total
CA	4	29*	48*	32*	113
Frequência %	11,8	36,3	54,5	58,2	44
SA	30	51	40	23	144
Frequência %	88,2	63,7	45,5	41,8	56

Legenda:

CA: com ansiedade | SA: sem ansiedade | NP: não portador | PL: portador leve | PM: portador moderado | PS: portador severo

$p < 0,05$, teste do qui-quadrado

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3 - Relação entre DTM e Depressão* em pacientes atendidos no setor de Odontologia de uma Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre – RS.

	NP	PL	PM	PS	Total
CD	3	18*	34*	23*	78
Frequência %	8,8	22,5	38,6	41,8	38,4
SD	31	62	54	32	179
Frequência %	91,2	77,5	61,4	58,2	69,6

Legenda:

CD: com depressão | SD: sem depressão | NP: não portador | PL: portador leve | PM: portador moderado | PS: portador severo

$p < 0,05$, teste do qui-quadrado

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi verificar a frequência das disfunções temporomandibulares e sua relação com a ansiedade em usuários que procuraram o Setor de Odontologia de uma Unidade de Saúde em Atenção Primária em Saúde (APS).

O distúrbio temporomandibular é um termo usado para indicar uma desordem das articulações temporomandibulares e de sua musculatura associada e é considerado de natureza multifatorial, sendo os fatores desencadeantes tanto de origem física como psicológica.³ A Academia Americana de Dor Orofacial¹⁸ estima que 75% da população americana já apresenta sintomas de DTM durante a sua vida. Por outro lado, Lima e colaboradores³ ressaltam que não há consenso a esse respeito, sendo que são encontradas diferentes opiniões quanto a etiologia, prevalência, desenvolvimento, prognóstico e tratamento das DTM.

A amostra estimada para análise da frequência de DTM, no presente estudo, totalizou 268 pacientes. Todavia, a amostra final utilizada resultou em 257 indivíduos. Houve um percentual de perda de 4,1% da amostra (11 indivíduos). Dos 257 pacientes incluídos no estudo, 223 apresentaram algum grau de DTM, correspondendo a 86,7% do total de entrevistas.

Silveira e colaboradores,¹⁹ em seu estudo com 221 pacientes que procuraram o atendimento do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital da Cidade, utilizaram um questionário anamnésico autoaplicado, validado e com 10 questões, para determinação da presença de DTM. Seus resultados apontaram uma frequência de DTM de 62,3%, valores esses menores que os encontrados no presente estudo. A diferença entre dados das duas pesquisas pode sugerir que os resultados das frequências de DTM podem ser distintos, conforme a população estudada. Soma-se a isso o fato de que os estudos não utilizaram a mesma metodologia, o que torna difícil comparar fielmente os resultados obtidos.

Outra pesquisa, desenvolvida por Ávila e colaboradores,² avaliou 111 estudantes (66 mulheres e 45 homens), os quais foram submetidos a uma avaliação clínica da articulação temporomandibular e responderam a um questionário sobre os sintomas da DTM. Os resultados apontaram uma maior prevalência de sintomas de DTM no gênero feminino, com 72, 7%, enquanto no gênero masculino a prevalência foi de 27,3%, de acordo com os achados da corrente pesquisa.

Quanto à ansiedade e depressão, os valores da frequência observados no presente estudo foram, respectivamente, 113 (44%) e 78 (30,4%), e os pacientes que apresentaram pelo menos algum nível dessas duas condições

psicológicas juntas foram 59 (23%). Quanto ao gênero, os resultados sugerem ocorrer no sexo feminino a maior frequência de DTM (57,5%).

De forma semelhante, Bonjardim e colaboradores²¹ realizaram um estudo clínico com 217 adolescentes entre 12 e 18 anos de idade, no qual foram avaliados sintomas subjetivos e sinais clínicos de DTM, bem como a presença de sintomas de ansiedade e depressão, por meio da escala HADS, a mesma utilizada no presente trabalho. Os resultados sugeriram que tanto ansiedade quanto depressão estavam associadas com o aumento do número de sintomas subjetivos de DTM. Entretanto, somente a ansiedade estava correlacionada com os sinais clínicos de DTM, como a dor muscular à palpação. Como o presente trabalho não avaliou sinais clínicos da DTM, mas somente os subjetivos, pode-se dizer que houve uma concordância com os resultados de Bonjardim,²¹ uma vez que houve correlação significativa entre ansiedade, depressão e DTM.

Ainda em relação aos aspectos psicológicos, Badel,² em seu estudo com pacientes portadores de DTM, sugere que a existência de fatores físicos agravantes, como o bruxismo, está relacionada com a presença de fatores psicogênicos, como a ansiedade. A relação entre DTM e fatores psicológicos também foi constatada em estudo que investigou as características clínicas e psicológicas de pacientes com DTM e com histórico de trauma físico. O Índice Craniomandibular (CMI) foi utilizado para avaliar as características clínicas de DTM. O CMI é um instrumento confiável e válido para avaliar os problemas maxilares e disfunção e fornece uma medida padrão da severidade dos sinais e sintomas no movimento mandibular, ruídos de ATM e articulação e musculatura sensíveis / doloridas. A severidade dos sintomas foi avaliada por meio do SSI, que é um instrumento para avaliar as muitas dimensões da dor e consiste de cinco subescalas e percepção dos sintomas. Já a Escala de Avaliação de Sintomas 90-R 1 (SCL-90-R) foi utilizada para avaliar as características psicológicas dos pacientes com DTM. A SCL-90-R é um relato de autoavaliação de 90 itens que tem sido utilizado para avaliar sintomas psicológicos; isso compreende nove dimensões de sintomas, incluindo a somatização (SOM), obsessão, compulsão (O-C), sensibilidade interpessoal (I-S), ansiedade (PHOB), paranoia (PAR) e psicose (PSY) e três índices globais de funcionalidade, incluindo Índice Global de Severidade (GSI) e Índice de Sofrimento Positivo de Sintomas (PST).

No referido estudo, os pacientes com DTM/trauma, quando comparados ao grupo controle de pacientes com DTM, porém sem histórico de trauma físico, apresentavam uma DTM mais severa nos aspectos clínicos, incluindo aqui a dor de origem miogênica. Os resultados tam-

bém sugeriram que os pacientes com DTM e com histórico de trauma tendem a expressar sofrimento psicológico mais severo do que os sem histórico de trauma. Isso foi evidenciado nos resultados das subescalas de SSI, as quais estão relacionadas com as sensações de dor do indivíduo e que refletem o estado psicológico do mesmo. Sugere, portanto, mais uma vez, a relação entre DTM e fatores psicológicos.²³

Outro estudo que traz importante contribuição para a questão da relação DTM – ansiedade é o de Gatchel,²⁴ cujo objetivo foi avaliar a intervenção biopsicossocial em pacientes considerados de alto risco de progressão de distúrbio temporomandibular (DTM) de agudo para crônico relacionado à dor. Participaram do estudo 101 indivíduos que apresentavam dor aguda articular e que tinham risco de desenvolver dor crônica. De forma semelhante ao presente trabalho, a amostra de Gatchel²⁴ também foi predominantemente feminina, com 81 mulheres e 20 homens, semelhante à presente amostra, que também foi de 175 mulheres e 93 homens. Esses indivíduos foram divididos em 2 grupos: com Intervenção Precoce (IP) e Sem Intervenção (SI). A Intervenção Precoce de seis sessões tinha por objetivo o aumento do entendimento e conhecimento da conexão corpo-mente via educação, técnica de instrução de manejo da dor, instrução de manejo de estresse e treinamento das habilidades de comunicação. Após um ano de acompanhamento, os indivíduos do grupo IP tiveram uma melhora maior em relação à dor e ao funcionamento emocional total do que os indivíduos do grupo SI, os quais tenderam sete vezes mais a apresentar distúrbio de ansiedade generalizado. Esses dados concordam com o presente estudo no que se refere à relação significativa entre ansiedade e DTM, mas, da mesma forma, não foi possível identificar qual a causa ou a consequência nessa relação.

Igualmente com uma amostra formada principalmente por mulheres, Ginnakopoulos¹¹ realizou um estudo com 61 homens e 161 mulheres, sendo aqueles com DTM divididos em dois subgrupos: um com dor miofascial exclusivamente e um grupo com dor articular exclusivamente. Os indivíduos sem sinais ou sintomas de DTM, mas com ou sem Dor Facial Crônica, serviram como grupo controle. Os resultados sugeriram que a ansiedade parece não ter relação significativa com DTM, tanto em mulheres como em homens, discordando dos dados da presente pesquisa, que apontaram significância nessa relação para ambos os gêneros. Por outro lado, o referido estudo apontou, também, que as mulheres exclusivamente com dor miofascial eram significativamente mais deprimidas do que as do grupo controle sem DTM. Tais dados corroboram parcialmente os achados do presente estudo, em que tam-

bém foi encontrada relação significativa entre depressão e DTM, mas para ambos os sexos.

Cabe ainda ressaltar o fato de que as DTMs moderadas e severas constituíram a maioria dos indivíduos (55,7%) no presente estudo, enquanto os não portadores e portadores leves de DTM representaram 45,3% da amostra. Esse dado assume uma relevância ainda maior por se tratar do contexto de uma unidade de APS, a qual normalmente funciona como porta de entrada para o atendimento em saúde do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as limitações do estudo, ressalta-se a dificuldade de um diagnóstico mais preciso da DTM, uma vez que os serviços de APS não dispõem de recursos mais complexos para a realização desse tipo de análise. Isso ressalta a necessidade de um olhar mais atento sobre o paciente por parte do cirurgião-dentista e demais profissionais da equipe de saúde, para que possam trabalhar de forma mais integrada e oferecer, assim, um melhor cuidado a esses pacientes portadores de DTM.

REFERÊNCIAS

1. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
2. Alamoundi N et al. Temporomandibular disorders among school children. *J Clin Pediatr Dent.* 1998; 22:323-9.
3. 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. *Rev Fac Odontol São José Campos.* 1999; 2(2):28-35.
4. Donaldson KW. Rheumatoid diseases and the temporomandibular joint: a review. *Cranio.* 1995 Oct.; 13(4):264-9.
5. Garcia AR, Sousa V. Desordens temporomandibulares: causa de dor de cabeça e limitação da função mandibular. *Rev Reg Araçatuba Assoc Paul Cir Dent.* 1998; 52(6):480-3.
6. Forssell H. Searchinf for an assessment instrument to determine temporomandibular disorder pain profiles for the purposes of primary care. *Int J Rehabil Res.* 2005; 28(3):203-9.
7. Akar GC, Yuksel G, Erdem A. The psychological status in patients with temporomandibular disorders in turkish

population. *Acta Stomatol Croat.* 2007; 41(4):345-54.

8. Akar GC, Yuksel G, Erdem A. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1997; 8(3):291-305.

9. Tomacheski DF et al. Disfunção temporomandibular: estudo introdutório visando à estruturação de prontuário odontológico. *UEPG Ci Biol Saúde.* 2004; 10(2):17-25.

10. Oliveira A et al. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in brazilian college students. *Braz Oral Res.* 2006; 20(1):3-7.

11. Giannakopoulos NN et al. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. *J Dent.* 2010; 38:369-376.

12. Marchiori AV et al. Prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e ansiedade: estudantes brasileiros do ensino fundamental. *RGO.* 2007; 55(3):257-62.

13. Pallegama RW et al. Anxiety and personality traits in patients with related temporomandibular disorders. *J Rehabil.* 2005; 32:701-7.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

15. Maciel RN. ATM e dor craniofacial: fisiopatologia. São Paulo: Santos; 2002.

16. Marcolino JAM et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007; 57(1):52-62.

17. Zigmond AS, Snaith, RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67:361-370.

18. American Academy of Orofacial Pain. TMD symptoms. Mount Royal (NJ): American Academy of Orofacial Pain; 2004.

19. Silveira AM et al. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007; 73(4):528-32.

20. Ávila ED Jr, Olga DF, Oliveira PM. Prevalência de sin-

tomatologia para a disfunção temporomandibular (DTM) em estudantes de odontologia e sua associação com a hiper-mobilidade condilar da articulação temporomandibular (ATM). *Arq Odontol.* 2009; 45(1):16-21.

21. Bonjardim LR et al. Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Int J Prosthodont.* 2005; 8(4):347-352.

22. Badel T et al. Anxiety and bruxist behavior in the patients with temporomandibular joint disorders. *Eur Psychiatry.* 2007;22(S1):268.

23. Kim H-I et al. Clinical and psychological characteristics of TMD patients with trauma history. *Oral Dis.* 2010 March; 2(16):188-192.

24. Gatchel RJ et al. Efficacy and early intervention for patients with acute temporomandibular disorder – related pain: a one-year outcome study. *J Am Dent Assoc.* 2006; 137:339-347.

Submissão: julho/2012

Aprovação: abril/2013
