

PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E SUA RELAÇÃO COM FATORES PSICOLÓGICOS EM ACADÊMICOS DE MEDICINA DE BARBACENA

PREVALENCE OF SIGNALS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION AND IT'S RELATION TO PSYCHOLOGICAL FACTORS IN MEDICAL STUDENTS FROM BARBACENA

Camila Guerra^{}; Izadora Brauer de Souza Pinho^{**}; Laura Törres Guerra Camilo de Oliveira^{***}; Pedro Henrique de Almeida Nicésio^{****}; Polliana Boa Vida Faria Rocha^{*****}; Júlia Sant'Anna Rocha Gomes^{*****}; Jussara Ramos Ribeiro^{*****}; Leda Marília Fonseca Lucinda^{*****}*

RESUMO

Objetivo. Avaliar a prevalência de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular (DTM) e os correlacionar com fatores psicológicos em estudantes de medicina. **Materiais e Métodos.** Trata-se de um estudo de corte transversal baseado em questionário sobre sinais e sintomas de DTM, avaliação de ansiedade e depressão e avaliação clínica de DTM. A amostra foi composta por acadêmicos dos primeiros, quintos e oitavos períodos. **Resultados.** Predominância feminina 60,78%; média de idade 21,7±2,9 anos; bruxismo em 24,84%. O oitavo período apresentou maior prevalência de DTM moderada (52,63%) e grave (60%). Não houve diferença estatisticamente significativa quando se comparou os graus de DTM entre os períodos acadêmicos. No exame clínico, apresentaram significância estatística: desvio de abertura, com maior prevalência na DTM leve (47,62%) e dor (42,86%), com maior prevalência na DTM moderada. Apenas 8,5% já fizeram uso de placa miorrelaxante. Em relação à cefaleia, 14,38% apresentavam frequentemente e 28,1% esporadicamente. **Conclusão.** Os entrevistados apresentaram alta prevalência de DTM, sendo a moderada e grave mais prevalente nos acadêmicos do oitavo período. Cefaleia e bruxismo foram os sintomas mais encontrados em acadêmicos com DTM leve e moderada. Verificou-se uma relação entre ansiedade e DTM entre os entrevistados. No entanto, não houve significância estatística entre o grau de DTM e depressão.

PALAVRAS-CHAVE

Transtornos da Articulação Temporomandibular, Articulação Temporomandibular, Ansiedade, Depressão.

ABSTRACT

Objective. The aim of this study was to evaluate the prevalence of Temporomandibular Joint Dysfunction (TJD) and its relation with psychological factors in medical students. **Methods.** A cross-sectional study was conducted, based on a questionnaire about the signals and symptoms of temporomandibular joint dysfunction, anxiety and depression evaluation and clinical evaluation. Students of the first, fifth and eight semesters participated as subjects. **Results.** Feminine predominance of 60,78%; aged between 21,7±2,9, bruxism in 24,84%. The eighth semester presented a major prevalence of moderate (52,63%) and severe (60%) TJD. There was no statistical significance when the TJD levels and the academic semesters were compared. The clinically evaluated factors of statistical significance were: mouth opening deviation, more prevalent on mild TJD cases (47,62%) and pain (42,86%), more prevalent on moderate TJD. Only 8.5% of the subjects had used an occlusal splint. 14,38% had frequent and 28,1% had sporadic headaches. **Conclusion.** It was confirmed that the TJD's etiology is multi-factorial. The subjects presented a high prevalence of Temporomandibular Joint Dysfunction with moderate and severe pain mainly in the students of the eight period. Headaches and bruxism were the most common symptoms in academics that suffered from mild and moderate TJD. There was no statistical significance between the degree of TJD and depression. It was established that the higher the TJD degree the more anxious the subjects were.

KEY WORDS

Temporomandibular Joint Disorders; Temporomandibular Joint; Anxiety; Depression.

* Acadêmica de Medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena, kcau_guerra@hotmail.com.

** Acadêmica de Medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena, isadorabrauer@hotmail.com.

*** Acadêmica de Medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena, lauratgc@hotmail.com.

**** Acadêmico de Medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena, pedronicésio@hotmail.com.

**** Acadêmica de Medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena, pollianaboavida@hotmail.com.

***** Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, uliasarogo@hotmail.com.

***** Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, jussararramos@hotmail.com.

***** Doutora, Faculdade de Medicina de Barbacena e Universidade Federal de Juiz de Fora, ledamarilia@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é uma articulação sinovial do tipo gínglimo, que liga a mandíbula ao osso temporal do crânio (MOORE; DALLEY, 2014). Esta articulação encontra-se englobada no complexo crânio-cervico-mandibular (CCCM) que é responsável por funções básicas, tais como a mastigação, deglutição e fonação. Além disso, desempenha um papel relevante na respiração, no registro de sensações e na comunicação de sentimentos através da mímica (COSTA, 2010).

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, a disfunção temporomandibular (DTM) é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a ATM e estruturas associadas (LEEuw, 2010). A etiologia da DTM é complexa e multifatorial, sendo controverso o papel de muitos fatores em sua gênese. Entre eles podemos citar as alterações morfológicas das superfícies articulares, os traumatismos, as alterações da oclusão dentária, fatores sistêmicos e, por fim, os fatores psicossociais (LEEuw, 2010). Acredita-se que o estresse seja um dos principais fatores desencadeantes, além de hábitos deletérios como roer de unhas, morder objetos, apoio de queixo com as mãos e bruxismo.

Quando avaliados, pacientes portadores de DTM apresentaram como sintomas mais frequentes dor orofacial, fadiga muscular, cefaleia tensional e limitação da abertura mandibular. Além disso, são observadas alterações de sensibilidade dos músculos da mastigação, ruídos da articulação temporomandibular, e mau posicionamento da mandíbula em relação à maxila (AUGUSTO; PERINA; PENHA; SANTOS; OLIVEIRA, 2016).

Vários estudos epidemiológicos foram feitos a fim de avaliar a prevalência de DTM através de questionários acerca de sinais e sintomas clínicos associados. Ficou claro através destes estudos que a DTM é um distúrbio muito frequente, principalmente na população adulta do gênero feminino (LEEuw, 2010). Na Universidade Estadual de Campinas foi realizado um estudo sobre a prevalência e etiologia de distúrbios da ATM em 178 adultos jovens universitários. A prevalência de distúrbios de ATM foi de 76 (42,70%), sendo 56 (31,46%) do sexo feminino e 20 (11,24%) do sexo masculino; dor 29 (16,29%), sendo 17 (9,55%) do sexo feminino e 12 (6,74%) do sexo masculino; ruídos articulares 32 (17,98%), sendo 26 (14,61%) do sexo feminino e 6 (3,37%) do sexo masculino; dor e ruído articular foi de 15 (8,43%), sendo 13 (7,30%) do sexo feminino e 2 (1,12%) do sexo masculino (OLIVEIRA, 2001).

Como demonstrado no estudo anterior, existe uma prevalência considerável de DTM entre jovens universitários. O estresse é um dos principais fatores desencadeantes da DTM, sendo que os acadêmicos de medicina, assim como os demais estudantes de graduação, estão sujeitos à diversas situações de estresse. Entre elas podemos citar o vestibular competitivo, o curso longo e com elevada carga horária, grande quantidade de informações a serem adquiridas e a insegurança em relação à atuação profissional (AGUIAR; VIEIRA; VIEIRA; NÓBREGA; AGUIAR, 2009). Diante do exposto, é de grande importância estudar estes indivíduos que estão vulneráveis ao desenvolvimento de distúrbios emocionais e da DTM.

OBJETIVO

Avaliar a prevalência de sinais e sintomas da DTM e os correlacionar com fatores psicológicos em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Barbacena, FAME-FUNJOBE.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, com base em entrevista e avaliação clínica sobre sinais e sintomas de DTM e avaliação de ansiedade e depressão, realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena, FAME-FUNJOBE entre agosto de 2016 e agosto de 2017. A população estudada foi composta de 153 acadêmicos do primeiro, quinto e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena.

Foram incluídos todos os alunos matriculados nos respectivos períodos, com idade superior a dezoito anos e que aceitaram participar do estudo. Os participantes foram submetidos a uma entrevista por questionário para coleta de dados clínicos e demográficos referentes a idade, sexo, carga horária semanal de estudo/trabalho, tratamento fisioterapêutico, dor na face, doença reumatológica, histórico de trauma e uso de medicamentos. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar do estudo.

Para avaliação de ansiedade e depressão, foi utilizada a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HDA), que é constituída de 14 itens, subdivididos para análise de ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D) separadamente. O indivíduo era orientado a assinalar o item que mais se aproximava do que sentia na última semana. Cada item era pontuado de 0 a 3, sendo o valor máximo igual a 21 para cada escala. Para pontuação de 0-7, 8-10 ou 11-21 foram considerados, ausência, possível caso ou presença de ansiedade/depressão, respectivamente. Para avaliação e caracterização da severidade dos sintomas da DTM foi utilizado o Questionário

Anamnésico de Fonseca (DA FONSECA et al., 1994), que é um dos poucos instrumentos disponíveis em língua portuguesa para avaliação e caracterização da severidade dos sintomas da DTM, sendo ele uma versão modificada do Índice Anamnésico de Helkimo. Esse questionário é composto de 10 perguntas sobre dor na ATM, cefaleia, cervicalgia, entre outros, além de questões a respeito de hábitos parafuncionais. As opções de resposta são “não”, “às vezes” e “sim” e pontuavam 0, 5 e 10 respectivamente. Os indivíduos eram considerados sem DTM quando pontuavam de 0 a 15, DTM leve de 20 a 40, DTM moderada 45 a 65 e DTM grave 70 a 100.

O exame clínico foi realizado por um examinador previamente treinado por um cirurgião dentista, segundo parâmetros preconizados por Leeuw. Foram avaliados padrão de abertura: se reto, com desvio lateral para direita ou esquerda, desvio em “S”; amplitudes mandibulares: se protrusão máxima (overject), lateralidade máxima direita e esquerda; ruídos articulares: se ausentes, estalidos ou crepitações; sensibilidade dolorosa à palpação articular e muscular: referida como ausente, leve, moderada ou severa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), parecer número 1.541.962/2016.

Os dados dos questionários foram transcritos para planilha eletrônica e foram processados em Software estatístico STATA versão 9.2. Foram produzidas tabelas do tipo linhas ou colunas com frequência absoluta e relativa. A existência de relação entre as variáveis estudadas foi medida pelos testes de Qui Quadrado, Exato de Fischer conforme indicação. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas cujo valor de $P \leq 0,05$.

3 RESULTADOS

O presente estudo foi realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena entre agosto de 2016 e agosto de 2017. Foram avaliados sinais, sintomas e características clínicas de DTM além de ausência, possibilidade e presença de ansiedade e depressão em 153 acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE). Dentre os acadêmicos, 63 cursavam o primeiro período, 39 o quinto período e 51 o oitavo período. A média de idade dos estudantes foi de $21,7 \pm 2,9$ anos e a carga horária média semanal de estudo/trabalho de $45,4 \pm 17,6$ horas. A Tabela 1 traz as características da população em estudo frente aos aspectos sociodemográficos, aos hábitos parafuncionais e às respostas ao questionário Índice Anamnésico de Fonseca.

Tabela 1: Características sociodemográficas, hábitos parafuncionais e variáveis do questionário Índice Anamnésico de Fonseca em acadêmicos de medicina do primeiro, quinto e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE).

Variáveis	N	%
SEXO		
Feminino	93	60,78
Masculino	60	39,22
COR		
Branco	88	57,89
Pardos	61	40,13
Negros	3	1,97
ESTADO CIVIL		
Casado	2	1,3
Solteiro	151	92,7
HÁBITOS PARAFUNCIONAIS		
Roer unhas	52	33,99
Morder objetos	55	35,95
Apoio de queixo com as mãos	92	60,135
Bruxismo	38	24,84
Apertar/ranger os dentes com frequência	36	23,53
Apertar/ranger os dentes de forma esporádica	36	23,53
DOR NA FACE		
Contínua	15	7,5
Intermitente	1	0,5
Esporádica (1 única vez)	4	2,0
Procurou ajuda profissional	9	4,5
Trauma mandibular	1	0,65
DOR DE CABEÇA (TEMPORAL/OCCIPITAL)		
Frequente	22	14,38
Esporádica	43	28,1
DOR OUVIDO OU ATM		
Frequente	8	5,23
Esporádica	21	13,73
DOR NA NUCA OU TORCICOLO		
Frequente	18	11,76
Esporádica	51	33,33
Ruído articular		
Frequente	29	18,95
Esporádica	27	17,65
SENSAÇÃO DE NÃO ARTICULAR BEM OS DENTES		
Frequente	19	12,42
Esporádica	12	7,84
TENSÃO/NERVOSISMO		
Frequente	112	73,2
Esporádica	1	0,65

Fonte: Dados compilados pelos autores.

A prevalência de DTM na população em estudo foi de 62,74% (96 casos), sendo 75% (72) graduados com DTM leve. Dentre os indivíduos acometidos com DTM, houve prevalência da disfunção na população feminina, com 63,54% (61), contra 36,45% (35) na população masculina. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 2). Dos 61 pacientes que se autodeclaravam pardos, 44 apresentavam DTM, sendo uma diferença estatisticamente significativa quando comparado com indivíduos brancos ou negros (Tabela 2). Quanto aos hábitos parafuncionais, houve significância estatística nos indivíduos que apresentavam bruxismo. Houve diferença estatisticamente significativa também quanto a presença de cefaleia. Dos 153 entrevistados, 65 apresentavam cefaleia frequente ou esporádica, e destes, 56 (86,15%) apresentavam DTM. Tais dados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação entre os dados: sociodemográficos, hábitos parafuncionais e cefaleia entre as diferentes categorias de DTM.

Variáveis n(%)	Leve	Moderado	Grave	P
SEXO				
Feminino	45(48,39)	13(13,98)	3(3,23)	0,784
Masculino	27(45)	6(10)	2(3,13)	0,784
COR				
Branco	38(43,18)	9(10,23)	2(2,27)	0,001
Pardos	34(55,64)	7(11,48)	3(4,92)	0,001
Negros	0(0)	3(100)	0(0)	0,001
HÁBITOS PARAFUNCIONAIS				
Roer unhas	28(53,85)	5(9,62)	2(3,85)	0,617
Morder objetos	24(43,64)	7(12,73)	3(5,45)	0,683
Mascar	23(51,11)	6(12,33)	0(0)	0,484
Apoio de queixo com as mãos	43(46,74)	13(14,13)	4(4,35)	0,626
Bruxismo	22(57,89)	11(28,95)	3(7,89)	0,001
Aparelho	48(48,48)	13(13,13)	4(4,04)	0,709
Placa	7(53,85)	5(38,46)	1(7,79)	0,001
Fisioterapia	4(50)	3(37,5)	0(0)	0,114
CEFALEIA				
Frequente	10(45,45)	9(40,91)	2(9,09)	0,001
Esporádica	26(60,67)	6(13,95)	3(6,98)	0,001

Fonte: Dados compilados pelos autores.

Quando comparado a DTM dentro de cada período da graduação, pôde-se observar que a prevalência dos casos ocorreu nos alunos do oitavo período. Esta diferença é estatisticamente significativa, quando comparado aos demais períodos. Contudo, quando analisadas as graduações de DTM dentro dos períodos acadêmicos, não houve significância

estatística(Tabela3). A prevalência de ansiedade foi de 33,96%, e de depressão de 0,06%, considerando presença de ansiedade/depressão aqueles indivíduos que pontuaram de 12-21 na Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Além disso, 24,18% possivelmente (8-11 EADH) apresentavam ansiedade e 7,84% possivelmente (8-11 EADH) apresentavam depressão. Quanto a ausência, possibilidade ou presença de ansiedade e depressão, não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos acadêmicos (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação da prevalência de ansiedade, depressão e DTM e o seu grau entre o primeiro, quinto e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE).

	1º	5º	8º
Presença de DTM	33(34,38)	24(25)	39(40,63)
GRADUAÇÕES DA DTM			
Leve	27(37,5)	19(26,39)	26(36,11)
Moderada	4(21,05)	5(26,32)	10(52,63)
Grave	2(40)	0(0)	3(60)
ANSIEDADE			
Ausente (00-07)	45(45,92)	26(26,53)	27(27,55)
Possível (08-11)	11(29,73)	9(24,32)	17(45,95)
Presente (12-21)	7(38,89)	4(22,22)	7(38,89)
DEPRESSÃO			
Ausente (00-07)	60(42,86)	34(24,29)	46(32,86)
Possível (08-11)	3(25)	5(41,67)	4(33,33)
Presente (12-21)	0(0)	0(0)	1(100)

Fonte: Dados compilados pelos autores.

A Tabela 4 correlaciona a classificação quanto a Ansiedade e Depressão da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar com a presença de DTM leve, moderada ou grave. 86,48% (32) dos indivíduos que possivelmente apresentavam ansiedade possuíam DTM, sendo mais prevalente a DTM leve. Dentre aqueles que tinham ansiedade presente, 77,77% apresentavam DTM. Dos 19 casos de DTM moderada, 36,84% possivelmente apresentavam ansiedade e 21,05% eram ansiosos. Os dados que correlacionam ansiedade e DTM são estatisticamente significantes. Quanto a depressão, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação de depressão e DTM.

Tabela 4: Comparação entre escore da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e o escore obtido no Índice Anamnésico de Fonseca dos acadêmicos de medicina do primeiro, quinto e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE).

ANSIEDADE				
00-07	40(40,82)	8(8,16)	2(2,04)	0,006
08-11	23(62,16)	7(18,92)	2(5,41)	0,006
12-21	9(50,00)	4(22,22)	1(5,56)	0,006
DEPRESSÃO				

Variáveis n(%)	Leve	Moderado	Grave	P
00-07	64(45,71)	18(12,86)	5(3,57)	0,902
08-11	7(58,33)	1(8,33)	0(0)	0,902
12-21	1(100)	0(0)	0(0)	0,902

Fonte: Dados compilados pelos autores.

Em relação a análise clínica geral dos participantes, a prevalência de dor à palpação muscular, estalido e desvio de abertura entre os acadêmicos de medicina foram de 14 (9,15%), 52 (33,99%) e 21 (13,73%) respectivamente. Dos 14 pacientes que sentiram dor à palpação muscular, 13 (92,85%) apresentavam DTM, sendo um dado com significância estatística quando comparado aos demais dados da avaliação clínica (Tabela 5).

Tabela 5: Comparação entre variáveis clínicas e o escore obtido no Índice Anamnésico de Fonseca dos acadêmicos de medicina do primeiro, quinto e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE).

Variáveis n(%)	Leve	Moderado	Grave	P
Desvio de abertura	10(47,62)	5(23,81)	2(9,52)	0,054
Estalido	22(42,31)	9 (17,31)	3(5,77)	0,314
Dor à palpação	4(28,57)	6(42,86)	3(21,43)	0,001

Fonte: Dados compilados pelos autores.

4 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo reforçam os dados da literatura em que apontam a DTM como comorbidade de alta prevalência mundial, entre 60-70%, com pico de incidência entre 20 e 40 anos. Em estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais, campus Divinópolis, onde também foi utilizado o Índice Anamnésico de Fonseca para investigação da prevalência de DTM em acadêmicos dos Cursos da Saúde, encontrou uma prevalência de DTM de 71,9%, também com predominância no sexo feminino e de DTM leve em relação a DTM moderada e grave (AUGUSTO; PERINA; PENHA; SANTOS; OLIVEIRA, 2016).

Embora a associação entre fatores psicológicos e DTM seja inconsistente na literatura, existem mecanismos fisiopatológicos para essa associação. Segundo Kindler et al., fatores psicológicos podem desencadear hiperatividade muscular, seguidos por alterações biomecânicas e consequente dor. Eles também podem produzir neurotransmissores, desequilíbrio de serotonina e catecolaminas, induzindo a dor. Além disso, a dor na região temporomandibular pode ser a somatização da questão psíquica do indivíduo (KINDLER et al., 2012). O presente estudo demonstra a associação entre ansiedade e DTM, contribuindo para elucidação desta questão. Entretanto, o estudo contradiz dados da literatura ao

não revelar significância estatística na associação depressão-DTM (PASINATO, 2011; VIMPARI, 1995). Um fator limitante pode ter sido a utilização da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, embora diversos estudos validem a utilização da mesma para diagnóstico de ansiedade e depressão em pacientes fora do ambiente de internação (BOTEGA et al., 1998; CASTRO, 2006; DE SOUSA, 2013; LOPEZ-ALVARENGA, 2002).

Há evidências de que a dor à palpação muscular esteja mais frequentemente associada a pacientes com sintomas ansiosos, mas ainda não é uma questão bem estabelecida (DE SOUSA, 2013). Os resultados do estudo demonstraram que a dor a palpação muscular pode ser um forte sintoma clínico associado a DTM, entretanto, a correlação entre este dado nos pacientes com presença da dor e possível presença de ansiedade e depressão não foi feita. Sendo assim, é interessante um estudo futuro neste aspecto, uma vez que a população em estudo apresentou mais casos de ansiedade que depressão, podendo contribuir para entendimento desta associação.

O bruxismo teve uma prevalência de 37,5% dentre os pacientes que possuíam DTM, dado que vai contra a literatura, onde apontam esta associação com índices maiores que 50% (CUNALI; BONOTTO; MACHADO et al, 2012). Uma limitação pode ter ocorrido pelo fato de ser um julgamento da presença ou ausência de bruxismo pelo próprio indivíduo, mesmo sendo ele conscientizado das características desta patologia. Não ocorreu avaliação clínica para confirmar a possibilidade do indivíduo apresentar a patologia, o que pode ter contribuído para uma subnotificação do hábito na presente pesquisa. (BLINI; MORISSO; BOLZAN; SILVA, 2010).

Vários outros estudos demonstram a relação entre DTM e cefaleia, apontando que pacientes com cefaleia têm frequentemente três ou mais sintomas ligados à DTM ou já foram diagnosticados como portadores de DTM e que a correlação positiva desses dois fatores pode indicar maior agravamento no quadro clínico de dor. O fato de, neste estudo, 58,33% dos pacientes que apresentavam DTM terem a cefaleia esporádica ou frequente, corrobora a literatura, demonstrando que a cefaleia é um forte sinal clínico de DTM (MENEZES; BUSSADORI; FERNANDES; BIASOTTO-GONZALEZ, 2008). Rocha et al., ao examinar mil pacientes portadores de DTM, demonstrou presença significativa de cefaleia em quase todos os grupos etários. Foram apontadas como principais queixas: cefaleia (70,1%), artralgia (75,7%), estalos articulares (72,7%) e mialgias (71,7%). A análise da distribuição da sintomatologia por sexo revelou que uma

parcela significativa dos sinais e sintomas estudados tinha maior prevalência nas mulheres que nos homens. Embora exista a relação, não é possível afirmar a relação de causalidade entre os fatores analisados. (ROCHA; NARDELLI; RODRIGUES, 2002)

Quanto a alta prevalência de DTM em acadêmicos do oitavo período quando comparado com primeiro e quinto períodos, é possível que tal ocorrência seja devido ao maior nível de estresse neste período da graduação devido ao acúmulo de atividades tanto da prática clínica quanto atividades teóricas do curso, as quais demandam alto grau de responsabilidade do acadêmico de medicina. Para Augusto et al., a constante avaliação, elaboração de trabalhos e relatórios, que fazem parte da vida acadêmica contribuem para um maior nível de estresse. As relações interpessoais e intrapessoais também podem ser motivos de estresse, além de tempo limitado para a realização de tarefas relacionadas à família, ao trabalho e à faculdade, possíveis problemas financeiros cada vez mais constantes no mundo atual. Em seu estudo, a média do score de estresse percebido, que foi avaliado segundo escala de estresse percebida, traduzida e adaptada para a população brasileira em 2006, foi de 30,9 ± 6,0 e a mediana de 32 (AUGUSTO; PERINA; PENHA; SANTOS; OLIVEIRA, 2016).

Como limitações do estudo, trazemos o fato de o estudo ter sido realizado em uma única unidade educacional, com uma população muito específica. Deste modo, não é possível extrapolar os resultados para a população de maneira geral.

5 CONCLUSÃO

Os entrevistados apresentaram alta prevalência de DTM, sendo a moderada e grave mais prevalente nos acadêmicos do oitavo período. Cefaleia e bruxismo foram os sintomas mais encontrados em acadêmicos com DTM leve e moderada. Verificou-se uma relação entre ansiedade e DTM entre os entrevistados. No entanto, não houve significância estatística entre o grau de DTM e depressão.

6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, S.M.; VIEIRA, A.P.G.F.; VIEIRA, K.M.F.; NÓBREGA, J.O.; AGUIAR, S.M. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009.

AUGUSTO, V.G.; PERINA, K.C.B.; PENHA D.S.G.; SANTOS, D.C.A.D.; OLIVEIRA, V.A.S. Temporomandibular dysfunction,

stress and common mental disorder in university students. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 24, n. 6, p. 330-333, 2016.

BLINI, C. C.; MORISSO, M.F.; BOLZAN, G.P.; SILVA, A.M.T. Relação entre bruxismo e o grau de sintomatologia de disfunção temporomandibular. **Revista CEFAC**, v.12, n.3, p. 427-433, 2010.

BOTEGA, N.J.; PONDE, M.P.; MEDEIROS, P. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 47, n. 6, p. 285-289, 1998.

CASTRO, M.M.C.; QUARANTINI, L.; BATISTA-NEVES, S.; KRAYCHETE, D.C.; DALTRO, C.; MIRANDA-SCIPPA, A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, n. 5, p. 470-477, 2006.

COSTA, M.E.C.; Estudo de prevalência de sintomas de distúrbios da articulação temporomandibular em estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior. [Dissertação] Covilhã, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, 2010.

CUNALI, R. S.; BONOTTO, D.M.V; MACHADO, E. et al. Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: revisão sistemática. **Revista Dor**, v. 13, n. 4, p. 360-364, 2012.

DA FONSECA DM, BONFANTE G, VALLE AL, DE FREITAS SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **Rev Gauch de Odontol**. V. 4, n.1 p. 23-32, 1994.

DE SOUSA, D.A.; MORENO, A.L.; GAUER, G.; MANFRO, G.G.; KOLLER, S.H. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p. 397-410, 2013.

KINDLER, S.; SAMIETZ, S.; HOUSHMAND M. et al. Sintomas depressivos e ansiosos como fatores de risco para dor na articulação temporomandibular: um estudo prospectivo de coorte na população geral. **Journal of Pain**, v. 13, n. 12, p. 1188-1197, 2012.

LEEuw, R; **Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. 4. ed. São Paulo: Quintessence, 2010.

LOPEZ-ALVARENGA J.C.; VAZQUEZ-VELAZQUEZ, V.; ARALA-MARTINEZ, D. et al. – Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients. **Revista de Investigación Clínica**, v. 54, n. 5, p. 403-409, 2002.

MENEZES, Mariana Sampaio; BUSSADORI, S.K.; FERNANDES, K.P. S.; BIASOTTO-GONZALEZ, D.A. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 183-187, 2008.

MOORE, K.L.; DALLEY, A.F. **Anatomia orientada para a clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

OLIVEIRA, P.A.; Estudo da prevalência e etiologia de distúrbios da ATM em adultos jovens [tese] São Paulo: Biblioteca Digital da Unicamp; 2001.

PASINATO, F.; SOUZA, J.A.; CORRÊA, E.C.R.; SILVA, A.M.T. Disfunção temporomandibular e hiper mobilidade articular generalizada: aplicações de diagnóstico histórico. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 77, n. 4, p. 418-425, 2011.

ROCHA, A.P.F.; NARDELLI, M.R.; RODRIGUES, M.F. Epidemiologia das desordens temporomandibulares: estudo da prevalência da sintomatologia e sua interrelação com a idade e o sexo dos pacientes. **Revista Serviço ATM**, v. 2, n. 1, p. 5-10, 2002.

VIMPARI, S.S.; KNUTUTTA, M.L.; SAKKI, T.K.; KIVELÄ S.L. Sintomas depressivos associados a sintomas da dor na articulação temporomandibular e síndrome de disfunção. **Psychosomatic Medicine**, v. 57, n. 5, p. 439-444, 1995.