

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**MARCELA FLORES BRAGA**

**RELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR E ESTRESSE: REVISÃO DE  
LITERATURA**

BAURU  
2013

**MARCELA FLORES BRAGA**

**RELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR E ESTRESSE: REVISÃO DE  
LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Valdey Suedam.

BAURU  
2013

B8131r	<p>Braga, Marcela Flores</p> <p>Relação entre disfunção temporomandibular e estresse: revisão de literatura / Marcela Flores Braga -- 2013. 21f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Valdey Suedam.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.</p> <p>1. Síndrome da articulação temporomandibular. 2. Estresse psicológico. 3. Diagnóstico. I. Suedam, Valdey. II. Título.</p>
--------	--

**MARCELA FLORES BRAGA**

**RELAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E  
ESTRESSE: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Valdey Suedam.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Valdey Suedam  
Universidade do Sagrado Coração

---

Profa. Dra. Flora Freitas Fernandes Tavora

---

Profa. Dra. Regina Magrini Guedes de Azevedo

Bauru, 13 de dezembro de 2013.

## RESUMO

As desordens temporomandibulares, também denominadas de síndrome da disfunção da articulação temporomandibular, apresentam etiologia multifatorial, onde seus fatores predisponentes e desencadeantes são fonte de controvérsia na literatura devido à complexidade dos sinais e sintomas, o que por sua vez dificulta o diagnóstico e a identificação do agente que venha a causar a patologia, por esse motivo necessitam-se intervenções interdisciplinares em razão da natureza físico-psicológica da patologia. Ainda há necessidade de se identificar as possíveis causas e suas correlações nas DTMs para que protocolos terapêuticos possam ser estabelecidos, sabendo-se disso, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura respeito da relação entre o estresse e a disfunção temporomandibular. Pode-se concluir que como diversos trabalhos já evidenciaram ocorre o acometimento maior do sexo feminino pelas DTMs e também que existe uma correlação positiva da DTM com o estresse e que indivíduos com DTM apresentam pior qualidade de vida, o que se preconiza o diagnóstico precoce para melhor eficácia do tratamento, evitando maior comprometimento na fase adulta, seja por meio de tratamentos terapêuticos reversíveis, conservadores ou por meio de encaminhamento psicológico.

**Palavras-chave:** Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Estresse Psicológico. Diagnóstico.

## ABSTRACT

Temporomandibular disorders, also called temporomandibular joint dysfunction syndrome have a multifactorial etiology, where its predisposing and precipitating factors are source of controversy in the literature due to the complexity of the signs and symptoms which makes difficult the diagnosis and the precise etiology of the condition, therefore it is require interdisciplinary interventions on the basis of physical and psychological pathology. There is a need to identify the possible causes and correlations on TMD for therapeutic so protocols can be established. Knowing that, the objective of this study was to review the literature regarding the relationship between stress and temporomandibular dysfunction. It can be concluded that the higher incidence in females by TMD occurs and also that there is a positive correlation of TMD and that TMD patients have a worse quality of life, which require early diagnosis to better treatment efficacy, avoiding greater impairment in adulthood, whether through reversible therapeutic treatments, conservative or through psychological referral.

**Keywords:** Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Psychological Stress. Diagnosis.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	06
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	08
2.1	DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR .....	08
2.2	DTM x ESTRESSE .....	12
<b>3</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	16
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	19
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	20

## 1 INTRODUÇÃO

Existem várias definições na literatura para DTM, segundo a American Association of Orofacial Pain (2005 apud WALBER, 2008), DTM é um termo designado a um subgrupo de dores orofaciais, cujos sinais e sintomas incluem dor ou desconforto na articulação temporomandibular, nos ouvidos, nos músculos mastigatórios de um ou ambos os lados, estalidos, crepitação, amplitude limitada de movimento e/ou com desvios e dificuldade de mastigação.

Para Pompeu et al. (2001 apud PEDROTTI, 2011), as DTMs representam alterações clínicas cujo envolvimento pode incluir alterações na musculatura mastigatória, na articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas, ou em ambas, causando consequências no sistema estomatognático como todo. De acordo com Bell (1989 apud WALBER, 2008), DTM é um termo coletivo que envolve uma série de distúrbios de dor crônica relacionadas à musculatura mastigatória, à articulação temporomandibular ou ambas.

Já para Okeson (2000), as DTMs compreendem um grupo de patologias, que podem ser dolorosas ou não, que acometem a região orofacial e que se caracterizam pela presença de um conjunto de sintomas apresentados pelos pacientes, como: estalidos à movimentação de abertura da boca, crepitações nas articulações, a sensação de desencaixe dos dentes mandibulares com os maxilares, movimentos mandibulares limitados ou assimétricos, dificuldades à mastigação e à deglutição, cefaleias frontais e temporais, e dores irradiadas para a região pré-auricular e cervical, bem como dores nos dentes provenientes de parafunções noturnas ou diurnas.

A perda da integridade estrutural, a função alterada ou esforços biomecânicos aplicados no sistema estomatognático podem comprometer a adaptabilidade e aumentar a probabilidade de disfunção ou patologia. Esse comprometimento é que nos leva a crer que dores locais nas ATM, ou mesmo dores irradiadas pela face, frente e orelhas, sejam resultado de um somatório de fatores (MARBACH et al., 1990, apud MANFREDI 2005).

Cada estrutura do sistema estomatognático apresenta um grau de tolerância às forças exercidas sobre ela. Quando essas forças excedem um nível suportável,

os tecidos e as estruturas colapsam. As consequências apareceram em forma de dor, desequilíbrios, dessaranjos. A dor é sempre uma percepção subjetiva que resulta da combinação de diferentes fatores e raramente sua intensidade corresponde a severidade da patologia clínica.

A maior prevalência da DTM está entre as idades de 20 a 45 anos. (Gonzalez, 2005 apud TOSATO, 2006)). Sendo que os distúrbios funcionais do sistema mastigatório são comuns em crianças e adolescentes, e tendem a aumentar na fase adulta, (ALAMOUDI et al., apud TOSATO, 2006). Diversos estudos epidemiológicos apontam que a prevalência da DTM é maior no sexo feminino numa proporção de 2:1 em relação ao sexo masculino, especialmente na faixa etária dos 20 aos 40 anos (FEINMANN, 1984; GRUSHKA, 1987; DAO et al., 1994; OKESON, 1998; FRICTON; SCHIFFMAN, 2003)

Em relação à sua etiologia, acordo com OKESON (2000), algumas hipóteses são bem aceitas, como a presença de processos inflamatórios articulares ou musculares, alterações no posicionamento ou no número de dentes e sua oclusão, traumas locais na face e cabeça, além de traumas na região da coluna cervical após acidentes automobilísticos.

A DTM ainda continua sendo palco para discussões, mas com tendência a apontar para a multifatorialidade, na qual a oclusão dental é um fator predisponente relevante e o nível de estresse é um fator desencadeante (MARTINS, 1994; GOLDESTEIN, 1999, apud MANFREDI, 2005). Para Thilander et al. (2002 apud TOSATO 2003), as DTMs podem apresentar como principais fatores etiológicos, hábitos parafuncionais e alterações oclusais durante a infância. Estes hábitos podem aparecer em decorrência de conflitos familiares, pressão escolar, estresse, entre outros fatores emocionais. Para Winocur et al. (2002 apud TOSATO, 2003), alterações psicológicas como a ansiedade, pode ser causa de DTM. Já Teixeira et al. (1999), expõe que a combinação entre tensão emocional, estresse, ansiedade e fatores psicogênicos levam a DTM.

De acordo com o exposto acima o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura a respeito dos fatores envolvidos com as disfunções temporomandibulares e sua correlação com o estresse.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Primeiramente um artigo escrito por James Costen em 1934, introduziu a área das DTMS na carreira odontológica. Otorrinolaringologista, baseado em onze casos, primeiramente observou que mudanças nas condições dentais eram responsáveis por vários sintomas nos ouvidos, o interesse da Odontologia foi certamente estimulado por este artigo. (OKESON, 2000).

A terapia mais comum oferecida nos finais dos anos 30 e meados dos anos 40, era aparelhos levantadores que aumentavam a mordida. (Bleiker RE 1930; Pippini BM 1940 apud OKESON, 2000).

No final dos anos 40 e nos anos 50, a Odontologia começou a questionar estes aparelhos para levantar a mordida foi então nesta época que a profissão começou a olhar mais de perto para as interferências oclusais, como sendo os principais fatores etiológicos nas queixas de DTMS. (HARVEY, 1950; BRUSSEL, 1949; RAMFJORD, 1956; MOYER, 1950 apud OKESON 2000).

Primeiros estudos científicos começaram no início dos anos 50, que sugeriram que a condição oclusal poderia influenciar na função da musculatura mastigatória. (SHONE NA 1959; SCHWARTZ L 1959; SARNAT BG 1951 apud OKESON, 2000)

As condições mais descritas naquela época foram as desordens da dor na musculatura mastigatória. Oclusão e mais tarde o estresse emocional foram aceitos como os principais fatores etiológicos das desordens funcionais do sistema mastigatório nos anos 60 e meados dos anos 70. (OKESON, 2000)

A partir dos anos 70, houve uma explosão de interesse nas DTMS, e então que a carreira odontológica tomou conhecimento de que as dores das desordens eram provenientes de fontes intracapsulares. (FARRAR WB 1979 apud OKESON 2000)

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) são foco de muitos estudos na literatura por sua natureza multifatorial, onde vários fatores são associados às

DTMs, o que torna o seu diagnóstico e tratamento complexos envolvendo profissionais de diferentes áreas.

Segundo a Associação Americana de Dor Orofacial (2008), a DTM é um termo designado a um subgrupo de dores orofaciais, cujos sinais e sintomas incluem dor ou desconforto na ATM, nos ouvidos, nos músculos mastigatórios de um ou ambos os lados, nos olhos, na face, nas costas e região cervical. É verificada também a presença de estalido, crepitação, amplitude limitada de movimento e/ou desvios e dificuldade de mastigação (Ferreira LA, Barra VSO, Guimarães SMR.).

Além dessa diversidade, Ferreira et al. (2002) citam zumbido no ouvido, fadiga durante a mastigação, mordida desconfortável, saltos, edema nos seios da face, assimetria facial e desgaste dental por hábitos parafuncionais.

Estudos epidemiológicos sobre DTM apontam que 40 a 60% da população apresentam algum sinal ou sintoma destes. (SCARPELLI, -2007; WALBER, 2008; OKESON, 2000; BARROS, 2005 apud FERREIRA, 2009)

Okeson (2000) relata que uma grande variedade de condições pode afetar a função mastigatória. Também varias desordens podem ocorrer de acordo com as estruturas envolvidas. Os fatores que aumentam o risco de DTM são chamados de fatores predisponentes. Fatores que interferem na cura ou aumentam a progressão de DTM são chamados de fatores perpetuantes.

Aspectos emocionais desempenham um importante papel na etiologia e evolução sintomatológica da DTM, contribuindo para o aparecimento ou perpetuação da desordem por meio do aumento da atividade muscular e tensão dos músculos da face.

Oliveira et al. (2003) estudou o impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. Os resultados mostram que 59,09% dos pacientes referem algum grau de prejuízo no trabalho e nas atividades escolares; 50%, nas atividades de lazer e no relacionamento familiar; 54,55% nas atividades domiciliares. Os subitens sono (68,18%) e apetite/alimentação (63,64%) foram os que exibiram maiores porcentagens de respostas relativas a algum grau de prejuízo.

A percepção que o portador de DTM tem sobre o comportamento das outras pessoas em relação a sua dor mostrou que 31,82% deles acreditam que as pessoas ficam irritadas, 18,18% sentem frustração e 4,55% o ignoram.

Os resultados também mostram que 77,27% dos portadores de DTM têm alguma dificuldade de tolerar a dor. Porém, apenas 36,36% sentem-se um pouco

doentes. Do total da amostra, 27,27% acreditam que são menos úteis que antes da instalação da patologia e 22,73% acham que sua vida não é completamente satisfatória devido à dor.

Tosato (2006), estudou a prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. Quando observada a diferença da prevalência dos sintomas entre os grupos observa-se que houve diferença na prevalência de dor na musculatura mastigatória, cefaleia e bruxismo, os quais foram mais frequentes nos universitários. Verificou-se maior prevalência de disfunção no sexo feminino, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos entre os grupos avaliados. Concluíram então que sinais e sintomas de Disfunção Temporomandibular em crianças e universitários, sendo que a prevalência de bruxismo, cefaleia e dor na musculatura mastigatória foram mais evidentes no grupo II (Jovens Universitários). Com isso, pode-se sugerir que se diagnosticadas precocemente, as disfunções temporomandibulares podem ser tratadas evitando maior comprometimento quando na fase adulta.

Outros estudos epidemiológicos transversais em populações de adultos mostram uma prevalência que varia de 40% a 75% dos indivíduos que apresentam pelo menos um sinal de DTM, como anormalidades de movimento, ruído articular, dor à palpação dos músculos mastigatórios etc, e aproximadamente 33% das pessoas têm no mínimo um sintoma como dor facial, dor articular etc. (DWORKIN *et al.*, 1990).

A prevalência de limitações físicas como a dificuldade para abrir a boca, a gravidade da dor e a disfunção diminuem acentuadamente com o avanço da idade (CARLSSON e De BOEVER, 2000). Moreno *et al.* (2009), estudou a avaliação clínica e a qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. Os resultados indicam que os sintomas de dor e sensibilidade dolorosa em pacientes com DTM foram significativamente maiores. Dos músculos avaliados, o esternocleidomastoideo foi o que apresentou maior sensibilidade dolorosa, ou seja, limiar de dor mais baixo, nos dois grupos. Além disso, tanto as pacientes com DTM quanto o grupo controle referiram sintomas de cervicalgia e cefaleia. Como o músculo esternocleidomastoideo é um dos responsáveis pela mobilidade da coluna cervical, pode-se supor que haja relação entre esses sintomas. Neste estudo, constata-se que os sintomas de cefaleia e cervicalgia também estão presentes no grupo controle, entretanto com intensidade

significativamente menor que no grupo com DTM. Embora no presente estudo não haja diferença importante entre os aspectos físicos e emocionais, resultados semelhantes aos descritos foram encontrados, apontando pior qualidade de vida nos portadores de DTM em todos os domínios avaliados. Os resultados obtidos neste estudo indicam que mulheres com DTM, classificadas como Helkimo III, possuem os sintomas dor, cefaleia, cervicalgia, intensidade de apertamento dos dentes e dificuldade de dormir mais acentuados, maior sensibilidade dolorosa dos músculos masseter, temporal anterior, trapézio superior e esternocleidomastoideo e pior qualidade de vida, quando comparadas com mulheres sem DTM.

Pedrotti et al., (2011) Estudou o Diagnóstico e prevalência das disfunções temporomandibulares em graduandos do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. Concluiu-se que ocorreu alta prevalência de sinais e sintomas na população estudada; os indivíduos do sexo feminino foram os mais acometidos pela DTM; houve maior prevalência da DTM moderada, leve e severa, em ordem decrescente; os resultados sugerem a necessidade da inclusão de exames de diagnóstico para DTM na rotina odontológica dos clínicos gerais e demais especialidades, com a finalidade da realização de um diagnóstico mais precoce, favorecendo, dessa forma, a indicação de tratamentos mais conservadores.

Questionário anamnésico de Fonseca (com o qual se obtém o Índice anamnésico de Fonseca para diagnóstico de DTM e seu grau).

Pergunta: Sim (10) Não (0) Às vezes (5)

Sente dificuldade para abrir a boca?

Você sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados?

Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?

Sente dores de cabeça com frequência?

Sente dor na nuca ou torcicolo?

Tem dor de ouvido ou na região das articulações (ATMs)?

Já notou se tem ruídos na ATM quando mastiga ou quando abre a boca?

Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes (mascar chiclete, morder o lápis ou lábios, roer a unha)?

Sente que seus dentes não se articulam bem?

Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?

Obtenção do índice:	Índice anamnésico	Grau de acometimento
	0 - 15	Sem DTM
Soma dos pontos	20 - 40	DTM leve
atribuídos acima	45 - 65	DTM moderada
	70 - 100	DTM severa

## 2.2 DTM x ESTRESSE

Manfredi (2005) estudou a manifestação da Disfunção temporomandibular (DTM) influenciada pelo estresse na população de uma Universidade Pública. Observou-se diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0001$ ) na distribuição do sexo entre as categorias, com maior frequência de mulheres entre os funcionários e de homens entre os professores. Em relação à idade dos sujeitos da amostra, houve diferença estatisticamente significativa entre todas as *funções* sendo encontrada maior idade para os funcionários ( $39,6 \pm 10,4$  anos) e professores ( $45,12 \pm 6,58$  anos) e menor idade para os alunos de graduação ( $21,41 \pm 3,08$  anos) e pós-graduação ( $29,65 \pm 6,00$  anos). Quando se investigou qual gênero apresentou maior frequência ou intensidade de dor, encontrou-se que o sexo feminino foi o maior acometido. Observou-se que, na amostra, o sexo feminino apresentou os maiores percentuais de sujeitos que se encaixavam no perfil como sendo portadores de DTM. Essa prevalência de DTM entre os indivíduos do sexo feminino nas três faixas etárias é significativamente maior em comparação com as mesmas faixas etárias do sexo masculino, embora também haja alta prevalência de DTM entre os sujeitos do sexo masculino (maior entre os jovens). Quando se procurou qual seria o gênero mais estressado, encontrou-se que 22,07% das mulheres apresentam nível alto de estresse em comparação a 12,02% dos homens. Verifica-se que conforme o escore do estresse aumenta, também há um aumento significativo no escore médio da dor. Verificou-se que, mesmo após a categorização das respostas do questionário de dor e da escala de estresse, existe associação positiva do estresse (quanto maior o nível de estresse, maior a intensidade de dor). Concluíram então que para diagnóstico positivo de DTM não houve um subgrupo predominante, mas o sexo feminino em todas as faixas etárias (17-24anos 87,01%; 25-44 anos 89,66%; 45-63 anos 86,21%) foi o mais acometido; quanto aos níveis de estresse dos sujeitos da

amostra, também não houve um subgrupo que se destacou, porém na segmentação por sexo e idade, encontraram-se níveis altos de estresse ambiental em um percentual maior de mulheres (22,07%) em comparação aos homens (12,02%); houve associação positiva entre DTM e o estresse ambiental, sendo a população feminina significativamente mais acometida que a masculina ( $p=0.0001$ ), pois dentre as que apresentavam nível alto de estresse, 90,91% eram portadoras de DTM muscular; quando foi feita a associação entre DTM e estresse, encontrou-se que os subgrupos que apresentaram essa correspondência foram as funcionárias e as alunas de pós-graduação, na faixa etária entre 25-44 anos.

Martins, et.,al (2007) estudaram a associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. Foi analisada uma amostra estatisticamente significativa de indivíduos de ambos os sexos, pertencentes a diferentes classes econômicas da zona urbana do município de Piacatu, São Paulo, Brasil. Os participantes apresentavam idades que variavam de 20 a 89 anos. Verificou-se que aproximadamente a metade dos pesquisados (50,8%) apresentava algum grau de disfunção temporomandibular. Destes, 17,8% necessitavam de tratamento (graus moderado e severo). A maior parte (55,6%) dos pesquisados com DTM relataram possuir o hábito de apertar ou ranger os dentes, e 78,9% dos indivíduos com DTM severa consideravam-se nervosos/ tensos. Aproximadamente metade dos pesquisados (48,6%) apresentava graus mais elevados de estresse (relataram mais eventos da vida ou de maior importância). Por meio do Teste Qui-quadrado, verificou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre classe econômica e disfunção temporomandibular, entretanto observou-se associação direta entre estresse e DTM nos habitantes da zona urbana do município.

Marchiori, et al.(2007) Estudaram a Relação entre a Disfunção Temporomandibular e a Ansiedade em Estudantes do Ensino Fundamental. Em relação ao grau de DTM e os diferentes tipos de ansiedade (Traço e Estado) nos alunos quando divididos nos grupos com e sem DTM, pode-se observar que as médias dos escores obtidos em ambos os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significantes ( $p<0,01$ ), sendo que os maiores escores foram encontrados no grupo com DTM. Concluíram então que dentro dos limites da metodologia empregada, o grau de disfunção temporomandibular foi mais elevado no sexo feminino e o nível de ansiedade não foi diferente entre os gêneros

masculino e feminino; estatisticamente houve correlação positiva entre DTM e ansiedade, principalmente quando comparou à Ansiedade-Traço; fica o alerta aos odontopediatras: dê maior atenção ao desenvolvimento da criança na infância e na adolescência, sendo estas as melhores fases para prevenir problemas futuros; seja por meio de procedimentos terapêuticos reversíveis e conservadores ou por meio de encaminhamento psicológico.

Ferreira, et.,al (2009) em revisão de literatura analisou fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares. Concluíram que para a identificação de fatores que perpetuam e agravam a dor relacionada à DTM, o profissional deve aplicar uma anamnese criteriosa, interpretar os dados físicos e emocionais fornecidos pelo paciente, sua história clínica e não abrir mão de um exame físico detalhado. Aspectos psicológicos ou biopsicossociais são fatores contribuintes à manutenção de um quadro de DTM, principalmente na de sintomatologia crônica. A depressão e a ansiedade são os principais fatores emocionais associados tanto à DTM quanto à dor crônica na maioria dos estudos que as relacionam. Os quadros crônicos de DTM necessitam de intervenção interdisciplinar em razão da natureza físico-psicológica, necessitando da psicologia para otimização do tratamento odontológico.Íntima interação entre fatores emocionais e DTM crônica preconiza o diagnóstico precoce para melhor eficácia do tratamento.

De Lima (2009) estudou os fatores associados a disfunção temporomandibular em uma população com depressão e ansiedade. Encontrou-se alta prevalência de dor temporomandibular persistente por 6,25 anos e idade média daqueles com dor superior a encontrada na população em geral; Sensibilidade a palpação dos músculos mastigatórios e articulações elevada naqueles diagnosticados com dor temporomandibular; Auto-relato de cefaleia bastante frequente e associado a níveis elevados de depressão e ansiedade. Hábitos pafuncionais como apertamento dentário, bruxismo, morder tecidos moles intra-orais e objetos e apoiar a mandíbula nas mãos foram mais frequentemente encontrados em indivíduos com dor temporomandibular. Correlacionou-se o diagnostico de dor positivamente com depressão, ansiedade e qualidade de sono. O escore de sensibilidade à palpação correlacionou-se positivamente com depressão e ansiedade, de forma mais acentuada com a primeira. Observou-se associações

significantes entre presença de dor, o grau de severidade de depressão e ansiedade e qualidade de sono ruim.

### 3 DISCUSSÃO

A etiologia das desordens temporomandibulares (DTM) ou síndrome da disfunção da articulação temporomandibular, ainda hoje parece ser fonte de controvérsia na literatura e desperta a curiosidade da comunidade científica. Existe uma complexidade dos fatores responsáveis pelo desencadeamento das Disfunções Temporomandibulares e a confusão dos sinais e sintomas dificulta o diagnóstico e a etiologia precisa da patologia. Pela etiologia multifatorial, há a necessidade de se identificar os aspectos que sejam mais atuantes para que protocolos terapêuticos possam ser estabelecidos.

Os estudos em relação às DTMs apresentam uma tendência em apontar para a multifatorialidade, na qual a oclusão dental é um fator predisponente relevante e o nível de estresse é um fator desencadeante (MARTINS, 1994 e GOLDESTEIN, 1999). Para Thilander et al. 2002, as DTMs podem apresentar como principais fatores etiológicos, hábitos parafuncionais e alterações oclusais durante a infância. Estes hábitos podem aparecer em decorrência de conflitos familiares, pressão escolar, estresse, entre outros fatores emocionais.

Sabe-se que em relação ao gênero, baseado em diversos estudos epidemiológicos realizados, a prevalência da DTM é maior no sexo feminino numa proporção de 2:1 em relação ao sexo masculino, especialmente na faixa etária dos 20 aos 40 anos. (FEINMANN, 1984; GRUSHKA, 1987; DAO et al., 1994; OKESON, 1998; FRICTON, SCHIFFMAN, 2003; PEDROTTI et al.2011).

De acordo com estudo realizado por MARCHIORI et al.(2007) estatisticamente houve correlação positiva entre DTM e ansiedade. com isso, concluíram que dentro dos limites da metodologia empregada, o grau de disfunção temporomandibular foi mais elevado no sexo feminino, essa proporção bastante expressiva sugere ser relacionado ao fato de as mulheres procurarem mais ajuda quando comparadas aos homens (Seger L. 2002), à presença de receptores de estrógeno na ATM e por se demonstrarem mais susceptíveis ao estresse psicossomático (Phillips JM, et.al) e à influência ao potencial hormonal dos contraceptivos orais (Monteiro AZ, Rocha 2003).

Do mesmo modo, TOSATO (2006), verificou maior prevalência de disfunção no sexo feminino, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos entre os grupos avaliados. Já MANFREDI (2005) encontrou que 22,07% das

mulheres apresentam nível alto de estresse em comparação a 12,02% dos homens. Dos indivíduos que apresentavam nível alto de estresse, 90,91% eram portadoras de DTM muscular.

De acordo com estudos avaliados até este momento sabe-se que o sexo feminino é o mais afetado pelas DTMs, sabe-se também que o nível de estresse esta correlacionados com os casos de DTM, o que foi evidenciado no estudo de MARTINS et.,al (2007), onde observaram associação direta entre estresse e DTM.

Além do estresse propriamente dito, a depressão e a ansiedade são os principais fatores associados tanto aos quadros de DTM quanto à dor crônica na maioria dos estudos que as relacionam (FERREIRA et al. 2009). O mesmo relatado por DE LIMA (2009), onde correlacionou o diagnostico de dor positivamente com depressão, ansiedade.

FERREIRA et al. (2009) Disse que a depressão e a ansiedade são os principais fatores emocionais associados tanto à DTM quanto à dor crônica na maioria dos estudos que as relacionam.

Além destes fatores, os hábitos parafuncionais também são correlacionados com DTM na literatura. Para DE LIMA (2009), os hábitos parafuncionais como apertamento dentário, bruxismo, morder tecidos moles intra- orais e objetos e apoiar a mandíbula nas mãos foram mais frequentemente encontrados em indivíduos com dor temporomandibular. Já no estudo de MARTINS et al. (2007), a maior parte (55,6%) dos pesquisados com DTM relataram possuir o hábito de apertar ou ranger os dentes, e 78,9% dos indivíduos com DTM severa consideravam- se nervosos/ tensos.

Outro aspecto importante diz respeito a qualidade de vida do paciente portador de DTM. Para DE OLIVEIRA et al.(2003), os resultados mostram que 59,09% dos pacientes referem algum grau de prejuízo no trabalho e nas atividades escolares; 50%, nas atividades de lazer e no relacionamento familiar; 54,55% nas atividades domiciliares.

No estudo de Moreno et al.(2009), embora não haja diferença importante entre os aspectos físicos e emocionais, os resultados apontam para uma pior qualidade de vida nos portadores de DTM em todos os domínios avaliados, indicando que os sintomas de dor e sensibilidade dolorosa em pacientes com DTM foram significativamente maiores.

Sabendo-se da etiologia multifatorial das DTMs é prudente a realização do tratamento o mais próximo da fase do início dos sintomas, mas para isso há a necessidade de se fazer um diagnóstico precoce. Se diagnosticadas precocemente, as disfunções temporomandibulares podem ser tratadas evitando maior comprometimento quando na fase adulta (TOSATO, 2006). O mesmo relatado por Ferreira et al. (2009), onde encontrou íntima interação entre fatores emocionais e DTM crônica. Preconizando o diagnóstico precoce para melhor eficácia do tratamento.

## 4 CONCLUSÃO

De acordo com o descrito nesta revisão de literatura, pode-se concluir que:

- A. Os indivíduos do sexo feminino são os mais acometidos pela DTM em todas as idades.
- B. Aspectos psicológicos ou biopsicossociais são fatores contribuintes à manutenção de um quadro de DTM, principalmente na de sintomatologia crônica.
- C. A depressão e a ansiedade são os principais fatores emocionais associados tanto à DTM quanto à dor crônica
- D. Indivíduos com DTM apresentam pior qualidade de vida.
- E. O diagnóstico precoce é essencial para melhor eficácia do tratamento.

## REFERÊNCIAS

DE LIMA Rodrigo Trentin. Fatores Associados à disfunção temporomandibular em uma população com depressão e ansiedade. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia. Bauru, 2009.

DE OLIVEIRA Anamaria Siriani, et al., Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **J Appl Oral Sci.** 11(2): 138-43 2003.

FERREIRA, Karla Daniella Malta, et.al. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura. **RFO**, v. 14, n. 3, p. 262-267, setembro/dezembro 2009.

GANZALEZ, Daniela Aparecida Biasotto. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares.** São Paulo, SP :Manoele, 2005.

MANFREDI, Ana Paula Sereni. Estudo da manifestação da Disfunção Temporomandibular (DTM) influenciada pelo estresse na população de uma Universidade Pública. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração em Otorrinolaringologia. Campinas (2005).

MARCHIORI, André Vinicius, et al., Relação Entre a Disfunção Temporomandibular e a Ansiedade em Estudantes do Ensino Fundamental. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 37-42, jan./abr. 2007.

MORENO, B.G.D. et al. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, SP, v. 13, n. 3, p. 210-214, maio/jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000300004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

MARTINS, Ronald Jefferson, et al., Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(2): 215-22.

OKESON, J. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.** 4ª edição. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2000.

PEDROTTI, Francieli, et al., Diagnóstico e prevalência das disfunções temporomandibulares em graduandos do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. **Stomatos**, v.17, n.32, jan./jun. 2011

TOSATO, Juliana de Paiva. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias – **RGO**, Porto Alegre, v. 54, n.3, p. 211-224, jul./set. 2006.

WALBER, Luiz Fernando. Estudo sobre a validade diagnóstica e prognóstica dos critérios de diagnóstico para pesquisa das desordens temporomandibulares (RDC/TMD). Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração de Prótese Dentária, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor. Porto Alegre 2008.