

RELAÇÃO ENTRE OS SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL E SUA ASSOCIAÇÃO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS

RELATION BETWEEN THE SIGNALS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION AND OROFACIAL PAIN AND YOUR ASSOCIATION WITH THE PSYCHOSOCIAL VARIABLES

BEATRIZ LIMONI DE SALLES^{1*}, PATRÍCIA SARAM PROGIANTE², FABIANO CARLOS MARSON³, CLEVERSON OLIVEIRA E SILVA⁴, ÉRIKA CRISTINA FERREIRA⁵

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Pós-Doutora pela Usp-Bauru, Mestre e Doutora em Prótese Dentária, Especialista em DTM (Disfunção Temporomandibular) e Prótese Dentária, Profa. do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá (Disciplina de Prótese Dentária e Gnatologia), Professora do Mestrado em Prótese Dentária da Faculdade Ingá; 3. Pós-Doutorado em Dentística, Professor do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 4. Professor Doutor do Curso de Odontologia da Faculdade Ingá e UEM; 5. Doutoranda em Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências da Saúde e Bacharel em Estatística na UEM.

* Rua Francisco Silveira da Rocha, 231, Parque Alvar, Sarandi, Paraná, Brasil. CEP: 87113-350. biasalles94@hotmail.com

Recebido em 28/06/2015. Aceito para publicação em 01/09/2015

RESUMO

Estudo transversal populacional da Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM e DOF) e correlações na Cidade de Maringá-Paraná-Brasil. Métodos: Os Eixos I (questões 0 a 7) e II do Critério de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens Temporomandibulares (RDC/DTM) e o Questionário de Avaliação do Sono (SAQ) foram utilizados para avaliação de dor, sono, depressão e somatização. A amostra populacional foi de 568 pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público. Processamento e análise dos dados: após aplicação dos questionários, estes foram tabulados em planilhas do Pacote *Microsoft Excel 2010*. A análise será disposta em tabelas de frequências simples, através de tabelas para melhor visualização dos resultados. Resultados: A amostra final (n=568) constituiu-se de predominantemente de mulheres (77,5%), com idade entre 30 e 39 anos e maior número de casados (49,6%). A maioria de etnia caucasiana (67,8%) e ensino superior completo (46,7%). A Classificação do Grau da Dor Crônica (GDC) demonstrou que a maioria apresentava-se sem dor ou com baixa intensidade de dor (50,9%) sem limitação de atividades diárias pela dor (Grau 0 e I); contudo, (35%) dos participantes apresentavam alta intensidade de dor sem limitação das atividades diárias (Grau II), (14%) apresentavam limitação severa e moderada de atividades diárias em virtude da dor (Graus III e IV). Um baixo escore global de sono, depressão e somatização, e uma baixa correlação positiva com estas variáveis psicossociais e a Intensidade Característica da Dor (ICD) foi encontrada. Conclusão: Uma importante parcela da população brasileira apresenta necessidade de tratamento de DTM e DOF e o tratamento requer tratamento multifatorial. Pacientes com DTM que apresentam depressão maior somatização da dor.

PALAVRAS-CHAVE: Desordem temporomandibular, dor orofacial, depressão.

ABSTRACT

Population cross-sectional study of the Temporomandibular Dysfunction (TMD) and Orofacial Pain (OFP) as well as of their correlations in the city of Maringá, Paraná, Brazil. Methods: Axis I, questions 0 to 7, and axis II, Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/DTM), as well as the Sleep Assessment Questionnaire (SAQ), were used for the assessment of pain, sleep, depression, and somatization. The sample taken from the population consisted of 568 people aged between 20 and 65 years, users of the public healthcare system. Data processing and analysis: After the questionnaires were filled, they were tabulated in *Microsoft Excel 2010* spreadsheets. The analysis is presented in frequency tables for a clearer view of the results. Results: The final sample (n = 568) consists of mainly women (77.5%), aged between 30 and 39 years, and 49.6% of those in the sample are married. Furthermore, 67.8% are Caucasian and 46.7% have a college degree. The classification of the Chronic Pain Intensity (CPI) has shown that 50.9% of the subjects presented zero or low pain intensity with no limitations in daily activities due to pain (Intensities 0 and I), 35% of the participants presented high pain intensity with no limitations in daily activities (Intensity II), and 14% presented mild or serious limitations in daily activities due to pain (Intensities III and IV). A low global sleep score, depression and somatization, and a low positive correlation was found between these psychosocial variables and the Characteristic Pain Intensity (CPI). Conclusion: An important part of the Brazilian population requires treatment for TDM and OFP, a treatment that is multifactorial. Patients who are suffering from DTM and present depression as well as higher somatization of pain.

KEYWORDS: Temporomandibular disorders, orofacial pain, depression.

1. INTRODUÇÃO

Disfunção temporomandibular (DTM) é uma condi-

ção patológica e/ou comportamento parafuncional¹, onde a sintomatologia está associada a Dor Orofacial, a músculos da mastigação e articulações temporomandibulares (ATM).

Os fatores psicossociais, como depressão, estresse, ansiedade, bem-estar físico tem uma predisposição e perpetuação da DTM^{1,2,3,4,5,9}. Acomete predominantemente o gênero feminino^{2,3,6}, independentemente da idade. Entretanto, um fator que pode aumentar a intensidade e sintomas musculares é o bruxismo, que juntamente com fatores psicológicos, pode causar o aparecimento de dores de cabeça frequentes⁷. A qualidade do sono e o estresse também podem influenciar drasticamente em indivíduos com DTM⁸.

A parafunção é caracterizada pela dor miofacial associada as alterações álgicas (musculares) e/ou degenerativas da ATM. Podendo apresentar deslocamento de disco articular isoladamente ou também associado com dor miofacial¹¹. A DTM pode afetar também o sistema neuromuscular estomatognático em conjunto com a limitação funcional mandibular².

Os pacientes que apresentam disfunção temporomandibular diagnosticada apresentam uma dor mais severa, muitas vezes gerando uma incapacidade de realizar as atividades normais. As alterações musculares e articulares associadas com a depressão também podem acarretar em uma incapacidade nas atividades diárias, como também uma potencialização da dor¹².

A sintomatologia dolorosa presente da DTM pode trazer muitos malefícios para o bem-estar dos pacientes como: dificultando o processo mastigatório, impedindo uma boa noite de sono, acarretando em dia estressante e também o aparecimento de dores de cabeça frequentes, estes fatores podem alterar o psicológico, podendo intensificar ainda mais a dor^{7,9}. Então se houver um controle emocional, e um tratamento adequado para a DTM, será que a qualidade de vida desse paciente poderia ser melhor?

O Critério Diagnóstico para pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/DTM), é considerado uma medida de diagnostico padrão ouro¹⁰. O RDC permite diagnosticar uma doença ou outra patologia com precisão, e assim poder ter um parâmetro correto a respeito da dor aparente, com a dor presente¹⁰.

Frente a este questionamento o objetivo geral desde trabalho foi estudar a Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial associado com fatores psicossociais, de uma forma a entender como alteração psicológica pode influenciar na DTM.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento

Estudo de delineamento transversal de base populacional, na população da cidade de Maringá, Paraná. As

informações referidas foram obtidas através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios da população estudada, realizadas no período de agosto de 2011 a março de 2015. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Ingá com o CAAE 0071.0.362.000-11 e com o Parecer número 0071/11. A população do estudo foi composta por pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR

Localização geográfica do estudo

Segundo dados epidemiológicos do IBGE, o município de Maringá, situado no noroeste do estado do Paraná é composto por aproximadamente 357.077 mil habitantes sendo o número de homens equivale a 48% (171.396) e o número de mulheres 52% (185.680). A cidade conta com 25 Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade Central (Secretaria de Saúde), 13 hospitais e 8 instituições de ensino superior, 43 escolas municipais, 34 de escolas estaduais, 28 escolas particulares e 87 pré-escolas.

O perfil étnico populacional da amostra do município constitui-se de descendentes de italianos, japoneses, portugueses, poloneses, árabes, alemães, ou seja, possui uma etnia mista. A cidade está localizada a 420 quilômetros de Curitiba, a 554,9 metros de altitude, de clima subtropical, com uma área de 489,8km².

População do estudo

A população do estudo foi composta por 568 pessoas com idade entre 20 e 65 anos, usuárias do Sistema de Saúde Público da cidade de Maringá – PR. Estima-se que a cidade de Maringá possua 135 mil habitantes, com idade entre 20 e 62 anos (dados fornecidos pelo CECAPS – Anexo G)¹⁰.

Seleção da amostra

Foram incluídas apenas as pessoas com idade entre 20 a 65 anos cadastradas como ativas no Sistema de Usuários do Município. Esta estratégia visa excluir pessoas com duplicidade de inserção no sistema, as que mudaram de endereço e as que faleceram.

Foram excluídos pacientes, no pré-operatório, que relataram doença periodontal aguda (problemas agudos), pacientes com odontalgia por cárie e/ou abscesso, pacientes que estavam fazendo uso de anti-inflamatórios (exceto paracetamol), ansiolíticos, anticonvulsivantes e/ou analgésicos opioides e aqueles com algum tipo de doença sistêmica ou distúrbios psicológicas que criem dificuldades na aplicação do questionário. Isto se deve ao fato que as condições anteriormente citadas podem influenciar nos diagnósticos da DTM (Disfunção Temporomandibular) e DOF (Dor Orofacial).

Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário

estruturado, padronizado e pré-testado, contendo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas ao sono.

Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular): (RDC/TMD) que emprega um sistema de dois eixos para o diagnóstico e classificação das distúrbios temporomandibulares (DTM). O eixo II é usado para avaliar fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais relevantes ao tratamento de pacientes com DTM. Este eixo inclui uma escala de dor crônica graduada, medidas de depressão e número de sintomas físicos não específicos, bem como uma avaliação de limitação da habilidade de movimentação mandibular. O RDC/TMD se atém nas formas mais comuns de distúrbios musculares e articulares excluindo as distúrbios menos frequentes, para as quais ainda há pouca concordância nos métodos de confiabilidade e validade de identificação e definição dos casos⁹.

Aplicação do Eixo I do RDC/TMD (questão de 1 a 7) - (fatores de posicionamento e movimento articular)⁹. O eixo I busca o diagnóstico físico das distúrbios dos músculos mastigatórios e das articulações.

O desfecho estudado foi a Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial e seus fatores associados em adultos de uma Cidade do Sul do País. Esta variável foi obtida através da pergunta 07, 08 e 09 (RDC/TMD EIXO II) que quando interpretada da graduação 4 a 10, forneceu o diagnóstico da alteração.

Localização, Tempo de início e duração e intensidade da Dor: o entrevistado foi questionado em relação ao local da dor, duração, intensidade, qualidade desta dor e injúrias que provocaram esta dor. (RDC/TMD EIXO II - Questão 03, 04, 05, 07, 08, 09, 16d, 17a e b).

Limitações provocadas pela dor: o entrevistado foi questionado em relação as limitações de função mastigatória, movimentos mandibulares e alterações de volume (inchaço) na cavidade bucal e na cabeça e pescoço. (RDC/TMD EIXO II - Questões 16c, 19, 20.16).

Alterações Articulares, Musculares e Mastigatórias: o entrevistado foi questionado em relação às alterações de travamento, limitação de abertura de boca, presença de apertamento e bruxismo, alterações na mordida e presença de ruídos otológicos, qualidade e eficiência mastigatória. (RDC/TMD EIXO II - Questões 14a, 14b, 15a, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f, 15g; Questões de 01 a 07 – Eixo I do RDC/TMD).

Variáveis independentes

Variáveis demográficas

Sexo: masculino e feminino. Questão 24 (RDC/TMD EIXO II).

Idade: em anos completos. Para análise foi categorizada em grupos. (Questão 23 – RDC/TMD EIXO II).

Cor/Raça: observada pelo entrevistador, foi catego-

rizada em: Branca, negra e outra. (RDC/TMD EIXO II - Questão 25).

Etnia: referida pelo autor e classificada como: Portugueses, Italianos, Espanhóis, Alemães, Poloneses, Japoneses, outros ou nenhuma. (RDC/TMD EIXO II - Questão 26).

Estado civil: categorizado em: Casado, solteiro, viúvo, separado, união estável. (RDC/TMD EIXO II - Questão 29).

Variáveis socioeconômicas

Escolaridade: coletada em anos de estudo e posteriormente categorizada em analfabeto, fundamental incompleto, fundamental, médio incompleto, médio, superior incompleto, superior. (RDC/TMD EIXO II - Questão 27).

Situação ocupacional: categorizada em: trabalhando, desempregado, aposentado, pensionista, estudante e outro. (RDC/TMD EIXO II - Questão 28c).

Renda familiar: utilizada a renda do entrevistado, em Reais. Serão incluídas, outras fontes de renda como pensões, aposentadorias e aluguéis. Posteriormente será categorizada em quartis. (RDC/TMD EIXO II - Questão 30).

Variáveis psicossociais

Atividades Psicossociais e suas alterações devido a presença da dor: quanto a dor incapacita psicossocialmente o entrevistado. (RDC/TMD EIXO II - Questões 10, 11, 12, 13, 19).

Condições de saúde e presença de morbidades

Saúde: percepção da própria saúde, consulta médica, internação hospitalar, uso de medicamentos, hipertensão, diabetes, osteoporose, colesterol, doença renal, doença do coração e doença pulmonar, fraqueza, falta de apetite, dores nas costas, enxaquecas, náuseas, alterações gástricas, alterações de temperatura, dormência corporal, alterações na garganta, alterações bucais. Para essa variável o participante foi questionado se algum médico havia dito que ele tinha alguma das doenças acima citadas. (RDC/TMD EIXO II - Questões 01, 02, 06, 16a, 16b, 18, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.7, 20.10, 20.15, 20.18, 20.19, 20.20, 20.21, 20.23, 20.24, 21, 22; SAQ - Questão 17).

Entrevistas

Após a seleção dos pacientes, com posse da lista, contendo endereço do mesmo, entrevistas estruturadas, foram realizadas, com a seguinte sequência:

a) Leitura e Assinatura do Termo de Consentimento por parte do paciente;

b) Aplicação do Eixo II do RDC/TMD (fatores socioeconômicos e psicossociais e de posicionamento e movimento articular);

c) Aplicação do Eixo I do RDC/TMD - (fatores de

posicionamento e movimento articular);

Processamento e análise dos dados

Após aplicação dos questionários, estes foram tabulados em planilhas do Pacote *Microsoft Excel 2010*. A análise será disposta em tabelas de frequências simples, através de tabelas para melhor visualização dos resultados.

3. RESULTADOS

Foram avaliados dados de 568 pacientes, 77,5% (n=440) do sexo feminino e 22,5% (n=128) do sexo masculino. As faixas etárias mais presentes na amostra foram de 20 a 29 anos, representado por 31,7% (n=180) dos pacientes e 35,0% (n=199) deles de 30 a 39 anos. Quase a metade dos pacientes, 49,6% (n=282) eram casado(as) e 38,9% (n=221) deles eram solteiro(as). A maioria, 67,8% (n=385) tinha pele branca e quanto à escolaridade, 46,7% (n=265) relataram terem concluído a faculdade (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis qualitativas demográficas e socioeconômicas, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	440	77,5
Masculino	128	22,5
Faixa etária		
20 a 29 anos	180	31,7
30 a 39 anos	199	35,0
40 a 49 anos	140	24,6
50 a 59 anos	44	7,7
60 anos ou mais	5	0,9
Estado Civil		
Casado (a)	282	49,6
Viúvo (a)	5	0,9
Divorciado (a)	21	3,7
Separado (a)	39	6,9
Solteiro (a)	221	38,9
Cor da pele		
Asiático ou indígena	32	5,6
Parda ou mestiça	109	19,2
Negro	33	5,8
Branco	385	67,8
Outro	9	1,6
Escolaridade		
Escola Primária	34	6,0
Escola Ginásial	79	13,9
Científico	190	33,5
Faculdade	265	46,7

A idade média dos pacientes avaliados foi de 35,3±9,8 anos. Já quanto à qualidade de vida, os domínios psicológicos e relações sociais foram os que apresentaram maior qualidade de vida enquanto o que apresentou menor qualidade de vida foi o domínio auto avaliação da qualidade de vida, lembrando que o escore máximo que pode ser obtido em cada domínio é de 20 pontos. A qualidade de vida geral foi de 65,7 pontos sendo que o valor máximo que poderia ser obtido é 100

(Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das variáveis quantitativas, idade, e domínios da qualidade de vida, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Variáveis	Média	Desvio padrão
Idade	35,3	9,8
Qualidade de Vida (Domínios)		
Físico	13,7	2,7
Psicológico	13,9	2,7
Relações Sociais	13,9	3,4
Meio Ambiente	12,4	2,3
Auto avaliação da QV	11,8	4,3
Total	13,2	2,1
Qualidade de vida Geral	65,7	

Como se pode observar na Tabela 3, os entrevistados tiveram em média 2,2±5,8 dias de incapacidade, a maioria deles 87,1% (n=495) tiveram zero pontos de incapacidade (quando avaliado os dias). Em média os entrevistados tiveram 0,9±1,3 pontos de incapacidade sendo que 60,9% (n=346) tiveram zero ponto de incapacidade. Quando somado os dias de incapacidade com os pontos de incapacidade, ficou evidenciado que a maioria dos entrevistados, 58,1% (n=330) tiveram 0 pontos de incapacidade, 17,1% (n=91) tinham um ponto de incapacidade e 10,7% (n=61) 2 pontos de incapacidade. Já quanto a classificação da dor crônica ficou evidenciado, que 50,9% (n=289) tinha baixa intensidade da dor, 35,0% (n=199) alta intensidade, 12,1% (n=69) limitação moderada e 1,9% (n=11) limitação severa.

Tabela 3. Descrição das variáveis relacionadas a intensidade da dor, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Intensidade da dor	Média		Desvio padrão	Pa-
	Média	±		
Dias de incapacidade	2,2		5,8	
	n		%	
0 Pontos de incapacidade	495		87,1	
1 ponto de incapacidade	50		8,8	
2 pontos de incapacidade	19		3,3	
3 pontos de incapacidade	4		0,7	
Pontos de incapacidade	0,9		1,3	
	n		%	
0 Pontos de incapacidade	346		60,9	
1 ponto de incapacidade	66		11,6	
2 pontos de incapacidade	59		10,4	
3 pontos de incapacidade	97		17,1	

Soma dos pontos de incapacidade	n	%
0	330	58,1
1	97	17,1
2	61	10,7
3	46	8,1
4	23	4,0
5	9	1,6
6	2	0,4

Classificação da dor Crônica		
Grau I - Baixa intensidade	289	50,9
Grau II - Alta intensidade	199	35,0
Grau III - Limitação Moderada	69	12,1
Grau IV - Limitação Severa	11	1,9

Ao avaliar a Tabela 4, podemos verificar que 58,5% (n=332) apresentaram desordem muscular com dor. Metade dos entrevistados, 50,0% (n=284) não apresentava deslocamento de disco com redução.

Tabela 4. Descrição das variáveis qualitativas, classificação SAQ, desordem muscular, deslocamento de disco, dor miofacial com limitação de abertura de boca, deslocamento de disco com redução com dor e deslocamento de disco sem redução, em adultos de Maringá- PR, 2012.

Variáveis	n	%
Desordem muscular		
Sem dor	236	41,5
Com dor	332	58,5
Deslocamento de disco com redução		
Ausente	284	50,0
Presença lado direito ou esquerdo	169	29,8
Dor Miofacial com limitação de abertura de boca		
Ausente	147	25,9
Presente	421	74,1
Deslocamento de disco com redução com dor		
Ausente	338	59,5
Presente	230	40,5
Deslocamento de disco sem redução		
Ausente	463	81,5
Presente (direito ou esquerdo)	105	18,5

No entanto, 29,8% (n=169) apresentaram deslocamento de disco com redução no lado direito ou esquerdo, 1,8% (n=10) no lado direito e esquerdo e 18,5% (n=105) apresentaram desvio lateral esquerdo/direito não corrigido. 74,1% (n=421) dos entrevistados apresentavam dor miofacial com limitação de abertura da boca, 40,5% (n=230) deslocamento de disco com redução com dor.

18,5% (n=105) dos entrevistados apresentaram deslocamento de disco sem redução no lado esquerdo ou direito.

4. DISCUSSÃO

Desordens Temporomandibulares são consideradas uma doença multifatorial, e a depressão, juntamente com fatores psicossociais tem sido um grande fator predisponente ao desenvolvimento da DTM^{1,2,3,4,5,9}.

Neste estudo a prevalência de pacientes avaliados são do sexo feminino (77,5%), a faixa etária mais presente foi entre 30 e 39 anos (35%). Quando comparado a outros trabalhos pode-se observar que também há uma prevalência do gênero feminino, o que impossibilita de afirmar com certeza que as mulheres apresentam maior grau de DTM em relação aos homens^{13,11,2}. Quanto a qualidade de vida, foi demonstrado um índice maior nos domínios psicológicos e relações sociais (13,9%), já na auto avaliação percebe-se uma menor qualidade de vida (11,8%).

Em um estudo, as mulheres apresentavam maior presença e gravidade de DTM que os homens, porém não houve associação significativa entre o grau de depressão e o gênero nos pacientes avaliados³. Foi avaliado que pacientes com a presença de DTM dolorosa aumentam as chances para níveis de depressão moderada a grave¹³. Verificou-se que pacientes com auto relatos de DTM crônica, depressão, dor na ATM, tem desempenho mastigatório reduzido, e ao mastigar sentem dor, e pacientes sem alteração psicossocial, responderam de forma diferente, mesmo apresentando DTM, porém, a intensidade de dor era reduzida ao mastigar, segundo DOUGALL *et al.*,⁹ dados que corroboram com o resultado deste estudo.

Quando comparamos os pacientes entrevistados com os dias de incapacidade e a intensidade de dor, podemos observar a maioria 87,1% (495) tiveram zero pontos de incapacidade (quando avaliado os dias). Em relação aos pontos de incapacidade 60,9% (346) tiveram zero pontos de incapacidade. Ao somar os dias de incapacidade e os pontos de incapacidade, ficou evidenciado que a maioria deles 58,1% (330) tiveram zero pontos de incapacidade.

Ao avaliar a classificação de dor crônica, movimento articular, depressão e sintomas físicos não-específicos, incluindo dor ou sem dor, os entrevistados foram classificados de acordo com o eixo II do RDC, e neste estudo a maioria dos pacientes 50,9% (289) apresentaram baixa intensidade da dor grau I, e apenas 1,9% (11) pacientes apresentaram limitação severa grau IV. Pasinato¹⁴ *et al.*, em seu trabalho mostrou que pacientes com mobilidade articular normal 34% apresentaram dor crônica graus II e III, e pacientes com mobilidade articular alterada 36% apresentaram dor crônica graus II e III, e também depressão grave. Soares² *et al.*, mostrou que 54,79% (39) dos entrevistados apresentou alta intensidade da dor grau

II, e 15,07% (11) apresentou limitação severa grau IV.

De acordo com a classificação do RDC/DTM Eixo I, 58,5% (332) pacientes foram diagnosticados com dor, já em relação ao deslocamento de disco com redução, 50% (421) pacientes não apresentou alteração, 29,8% (169) com deslocamento de disco com redução, 74,1% (421) dos entrevistados apresentavam dor miofacial com limitação de abertura de boca, 40,5 (230) deslocamento de disco com redução com dor, e 18,5% (105) apresentavam deslocamento de disco sem redução no lado esquerdo ou direito. No estudo realizado por Soares *et al* (2012)² 42,47% (31) pacientes foram diagnosticados com dor miofacial, e 54,79% (40) apresentaram dor miofacial associada à abertura limitada. Quanto ao deslocamento de disco 43,84% (32) pacientes apresentaram deslocamento de disco com redução, 6,85% (5) com deslocamento de disco sem redução com abertura limitada, e 9,59% (7) com deslocamento de disco sem redução e sem limitação de abertura.

5. CONCLUSÃO

Com este estudo podemos concluir que:

Pacientes com desordem muscular e articular que apresentam sintomas de depressão mostram uma sintomatologia dolorosa maior que pacientes sem sintomas de depressão;

A maior parte dos pacientes apresentou DTM com baixa intensidade da dor, não interferindo na sua rotina diária.

REFERÊNCIAS

- [1] Glaros AG, Williams K, Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *The Journal of the American Dental Association*, 2005; 136(4):451-8.
- [2] Soares TV, Coelho PR, Ferreira LA, Guimarães JP. Correlation Between severity of temporomandibular disorders and psychosocial factoris in patients with chronic pain. *Odontologia Clínica-Científica* (Online). 2012; 11(3):197-202.
- [3] Toledo BAS, Capote TSO, Campos JADB. Associação entre disfunção temporomandibular e depressão. *Brazilian Dental Science*. 2010; 11(4).
- [4] Nifosi F, Violato E, Pavan C, Sifari L, Novello G, Nardini LG. et al. Psychopathology and clinical features in an Italian sample of patients with myofascial and temporomandibular joint pain: preliminary data. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2007; 37(3):283-300.
- [5] Vilalta VC, Santos MB, Cunha VPP, Marchini L. Depression and TMD in the elderly: A pilot study *Depressão e DTM em idosos: Estudo piloto*, *Braz Dent Sci*. 2012; 15(2):71-5.
- [6] Österberg T; Carlsson GE. Relationship between symptoms of temporomandibular disorders and dental status, general health and psychosomatic factors in two cohorts of 70-year-old subjects. *Gerodontology*. 2007; 24(3):129-35.
- [7] Marklund S, Haggman-Henrikson B, Wanman A. Risk factors associated with incidence and persistence of frequent headaches. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2014; 72(8):788-94.
- [8] Martins RJ, Garbin CAS, Garcia AR, Garbin AJI, Miguel N. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. *Revista Odontologia*. 2010; 25(1):32-6.
- [9] Dougall AL, Jimenez CA, Haggard RA, Stowell AW, Riggs RR, Gatchel RJ. Biopsychosocial factors associated with the subcategories of acute temporomandibular joint disorders. *Journal of orofacial pain*. 2012; 26(1):7.
- [10] Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbach R, LeResche L, Truelove E. Reliability, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *Journal of orofacial pain*. 2002; 16(3):207-20.
- [11] Branco RS, Branco CS, Tesch RS, Rapoport A. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial*. 2008; 13(2):61-9.
- [12] Progiante PS. Levantamento epidemiológico na cidade de Maringá: disfunção temporomandibular e dor orofacial e suas variáveis. 2012.
- [13] Fernandes G, Gonçalves DAG, Siqueira JTT, Camparis CM. Painful temporomandibular disorders, self reported tinnitus, and depression are highly associated. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2013; 71(12):943-7.
- [14] Pasinato F, Souza JA, Corrêa ECR, Silva MT. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 2011; 77(4):418-25.

