

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DE MESTRADO**

LAURA GÉSSICA DANTAS DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ANSIEDADE E
QUALIDADE DE VIDA COM A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

NATAL/RN

2016

LAURA GÉSSICA DANTAS DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ANSIEDADE E
QUALIDADE DE VIDA COM A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em saúde coletiva, área de concentração em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Augusto Seabra
Barbosa

NATAL/RN

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Departamento de Odontologia

Silva, Laura Géssica Dantas da.

Relação entre aspectos sociodemográficos, ansiedade e qualidade de vida com a disfunção temporomandibular / Laura Géssica Dantas da Silva. - 2016.

73f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciência da Saúde, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Augusto Seabra Barbosa.

1. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular - Dissertação. 2. Ansiedade - Dissertação. 3. Qualidade de vida - Dissertação. 4. Saúde Pública - Dissertação. I. Barbosa, Gustavo Augusto Seabra. II. Título.

LAURA GÉSSICA DANTAS DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ANSIEDADE E
QUALIDADE DE VIDA COM A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração em Odontologia, como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde coletiva.

Aprovada em: ____/____/____.

Prof^o Dr^o Eduardo José Guerra Seabra

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Prof^o Dr^a Érika Oliveira de Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof^o Dr^o Gustavo Augusto Seabra Barbosa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Orientador

NATAL/RN

2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, que sempre me incentivou a buscar meus sonhos, e me apoiou nos momentos mais difíceis. Principalmente a meus pais, que independente das circunstancias se esforçaram para me oferecer a melhor educação que estivesse ao alcance deles.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que me foram oferecidas para alcançar mais uma meta, e que com a graça dele pude aproveitá-las. Por me proporcionar conhecer pessoas boas que fizeram desses dois anos especial.

A todos os meus familiares que me desejaram felicidade, principalmente minhas avós que sempre torceram por mim, Maria Lenice (*in memoriam*) e Maria das Dores.

Aos meus pais, Marilene Dantas e Paulo Eugênio, responsáveis por minha formação, exemplos de vida que tento seguir, e meu apoio em todos os momentos.

Ao meu irmão João Paulo, admiro sua responsabilidade, e sua ajuda foi fundamental, não tenho como agradecer.

Ao meu noivo Rodolpho, por todo amor, incentivo e por ser essa pessoa sempre prestativa. Não posso esquecer de agradecer a ajuda no inglês também. *Thanks!*

A Margaret, Dorinha, Laryze, Maria, Zenaide e Carlos Roberto, equipe que me entendeu e ajudou a tornar esse trabalho possível.

A Ana Lúcia, com a palavra de incentivo que eu precisava para decidir fazer a seleção para o mestrado.

Aos meus amigos de profissão, exemplos de responsabilidade e respeito para com o próximo: Micaella, Ana Luiza, Michel, Liliam, Itanielly, Elizandra, Eunice, Ricardo, Sandy, Patricia e Jarlison. Obrigado pela troca de experiência e conhecimento.

Aos amigos do mestrado, Dayanne, Emanuelle, Rayanne, Aline e Débora, compartilhamos os mesmo anseios e dificuldades, mas muitos momentos divertidos e boas risadas também.

A todos os funcionários do Departamento de Odontologia da UFRN, que tornam mais fácil o nosso trabalho.

A professora Erika Almeida e Eduardo Seabra, pelas dúvidas esclarecidas nos difíceis diagnósticos e orientação quanto a melhor conduta para com os pacientes do CIADE.

As meninas do CIADE que me ajudaram sempre que possível durante as triagens, Rafaela, Andressa, Fernanda, e especialmente a Cássia Renata por sua amizade também.

As voluntárias da pesquisa Raissa e Camila da graduação, meu muito obrigado pela ajuda na coleta de dados.

A Camila Resende, minha eterna gratidão por toda ajuda na estatística do trabalho, mesmo sendo muito ocupada com suas atividades do doutorado, como mãe e esposa, esteve sempre disponível para esclarecer minhas dúvidas. Obrigada por sua paciência sempre!

Ao professor Angelo Roncalli, sua ajuda nos testes estatísticos e explicações quanto a interpretação dos resultados, foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Ao meu orientador professor Gustavo Seabra, a minha gratidão por sua paciência, compreensão, e por todo conhecimento compartilhado durante esses dois anos. Um professor tranquilo e sempre brilhante em suas ideias e explicações. Levarei para minha vida profissional esse enorme aprendizado na área da DTM, mas principalmente seu exemplo de ser humano, mostrando que humildade e sabedoria caminhando juntos produzem belos frutos.

“A inteligência pode planejar a arquitetura dos sonhos e a sabedoria deve promover a construção das ideias.”

Eduardo Lago

RESUMO

Introdução: A disfunção temporomandibular (DTM) tem etiologia multifatorial. E entre os fatores contribuintes, os de origem psicossomáticos podem representar uma influência negativa sobre a experimentação da dor, à saúde sistêmica e qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a relação entre ansiedade, qualidade de vida e aspectos sócio-demográficos com a disfunção Temporomandibular, e a predisposição de pacientes ansiosos e com baixo nível de qualidade de vida a apresentarem DTM. **Métodos:** Aplicou-se 4 questionários em 120 pacientes (60 com DTM e 60 sem DTM), para avaliação de sinais de ansiedade e qualidade de vida. O diagnóstico de DTM foi realizado pelo RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders). Para a análise da qualidade de vida utilizou-se o World Health Organization Quality Of Life-Brief Version (WHOQOL-BREF), e para a análise da ansiedade, três instrumentos: o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Índice de Ansiedade Traço-Estado (IDATE- T e E) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Os dados coletados foram analisados com os testes de Qui-quadrado de Pearson (χ^2), Teste t de student, razão de chances (Odds ration- OR), e regressão logística não condicional. **Resultados:** Dos pacientes com DTM, 60,0% eram mulheres e 30,0% homens ($p=0,002$), 65,1% estavam sem parceiro e 40,0% eram casados ($p=0,009$), 71,4% apresentavam ocupação profissional e 42,9% estavam sem ocupação ($p=0,008$). Os questionários que avaliaram ansiedade verificaram que a maioria dos indivíduos com níveis elevados de ansiedade apresentaram DTM, HADS 75% ($p<0,001$), IDATE-E 55,6% ($p=0,035$), IDATE-T 54,9% ($p=0,011$) e BAI 63,9% ($p=0,002$) em comparação aos indivíduos sem DTM. E o WHOQOL-BREF mostrou em todos os domínios e de forma geral, níveis mais elevados de qualidade de vida para os participantes sem DTM, $p<0,001$. Entre os dados sócio-demográficos o sexo apresentou maior associação com DTM (OR=3,5), seguidos de situação profissional (OR=3,3) e estado civil (OR=2,8). O WHOQOL apresentou maior força de associação (OR=9,2). E para ansiedade, isso foi observado no HADS (OR=5,0), seguido pelo IDATE-T (OR=4,2), BAI (OR=3,2) e IDATE-E (2,5). **Conclusão:** Há uma relação entre os aspectos sociodemográficos, ansiedade e qualidade de vida com a DTM. Os resultados sugerem que pacientes com DTM apresentam níveis mais elevados de ansiedade e baixo nível de qualidade de vida. Tais aspectos podem interferir na evolução do tratamento, o que reforça a necessidade de terapias com enfoque nos diversos fatores envolvidos na disfunção.

Palavras-chave: síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; ansiedade; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: temporomandibular disorders (TMD) has a multifactorial etiology, and among the contributing factors, the psychosomatic origin may represent a negative influence on the trial of pain, systemic health and quality of life. **Objective:** To evaluate the relationship between TMD, anxiety, quality of life and demographic aspects partner of TMD patients. **Methods:** We applied 4 questionnaires in 120 patients (60 with and 60 without TMD TMD) to assess signs of anxiety and quality of life. The TMD diagnosis was performed by RDC / TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders). For the analysis of quality of life used the World Health Organization Quality Of Life-Brief Version (WHOQOL-BREF), and for the analysis of anxiety, three instruments: Inventory Beck Anxiety (BAI), the Anxiety Index State-trait (IDATE- T and E) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Data were analyzed with the test chi-square test (χ^2), Student's t test, odds ratio (odds ration- OR), and logistic regression. **Results:** Of TMD patients, 60,0% were women and 30,0% men, 65,1% were without a partner and 40,0% were married, 71,4% were occupation and 42,9% were unemployed. The questionnaire evaluating anxiety found that most individuals with elevated levels of anxiety presented TMD HADS 75% ($p < 0,001$), STAI, and 55,6% ($p = 0,035$), STAI 54,9% ($p = 0,011$) and BAI 63,9% ($p = 0,002$) compared to individuals without TMD. And the WHOQOL-BREF showed in all areas and in general, higher levels of quality of life for participants without TMD, $p < 0.001$. Among the sociodemographic sex showed greater association with TMD (OR = 3,5), followed by professional status (OR = 3,3) and marital status (OR = 2,8). The WHOQOL showed greater strength of association (OR = 9,2). And anxiety, this was observed in the HADS (OR = 5,0), followed by STAI (OR = 4,2), BAI (OR = 3,2) and STAI-E (2,5). **Conclusion:** There is a relationship between the sociodemographic characteristics, anxiety and quality of life with TMD. The results suggest that TMD patients have higher levels of anxiety and low quality of life. These aspects can interfere with the course of treatment, which reinforces the need for therapies with a focus on several factors involved in the dysfunction.

Key words: Temporomandibular joint dysfunction syndrome; anxiety; quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS

DTM - Disfunção Temporomandibular

ATM - Articulação Temporomandibular

RDC / TMD - Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

BAI - Beck Anxiety Inventory

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

WHOQOL-BREF -World Health Organization Quality of Life

OMS - Organização Mundial de Saúde

OHIP- Oral Health Impact Profile

MFIQ - Mandibular Function Impairment Questionnaire

GOHAI - General Oral Health Assessment Index

CID-S – International Diagnostic-Screener

SAQ - Questionário avaliando qualidade do sono

ISSL - Lipp's inventory of symptoms os stress for adults

OHRQOL - Oral Health-Related Quality of life

GHQ - Questionário de Saúde Geral

OR- Odds ratio

QV- Qualidade de vida

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 2.1 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR | 16 |
| 2.1.1 Definição | 16 |
| 2.1.2 Etiologia e prevalência | 16 |
| 2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DTM – ANSIEDADE | 18 |
| 2.2.1 Instrumentos de verificação da ansiedade e DTM | 18 |
| 2.3 QUALIDADE DE VIDA E DTM..... | 22 |
| 2.3.1 Instrumentos de verificação da Qualidade de vida e DTM | 22 |
| 3 PROPOSIÇÃO | 23 |
| 4 METODOLOGIA | 24 |
| 4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 24 |
| 4.2 NATUREZA DO ESTUDO | 24 |
| 4.3 LOCAL DE ESTUDO | 24 |
| 4.4 AMOSTRA | 24 |
| 4.4.1 Critérios de inclusão | 24 |
| 4.4.2 Critérios de exclusão | 25 |
| 4.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS | 25 |
| 4.5.1 Diagnóstico quanto ao tipo de DTM | 25 |
| 4.5.2 Avaliação da ansiedade | 26 |
| 4.5.3 Avaliação da qualidade de vida | 27 |
| 4.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS | 27 |
| 4.7 ANÁLISE DOS DADOS..... | 30 |
| 5 RESULTADOS | 30 |
| 5.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DTM | 32 |
| 5.1.1 HADS e DTM | 32 |
| 5.1.2 IDATE e DTM | 33 |
| 5.1.3 BAI e DTM | 35 |
| 5.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E DTM | 36 |
| 6 DISCUSSÃO | 39 |
| 7 CONCLUSÃO | 43 |
| 8 REFERÊNCIAS | 44 |

1 INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é definida como um subgrupo de problemas de dor craniofacial, que envolve a articulação temporomandibular, os músculos da mastigação e as estruturas músculo-esqueléticas associadas da cabeça e do pescoço (SCRIVANI; KEITH; KABAN, 2008). É caracterizada por dores à palpação nos músculos mastigatórios e/ ou articulação temporomandibular (ATM), ruídos articulares, limitação dos movimentos mandibulares e alterações na trajetória de abertura e fechamento da boca (DWORKIN; LE RESCHE, 1992).

A etiologia da DTM ainda é controversa e pouco clara na literatura. Tem origem complexa e multifatorial (BARBOSA et al., 2008). Fatores estruturais, neuromusculares, oclusais, psicológicos, socioeconômicos, hábitos parafuncionais, lesões traumáticas ou degenerativas da ATM, bem como a combinação desses fatores podem desempenhar um papel na predisposição, iniciação e progressão da disfunção e nas respostas dos pacientes ao tratamento (TURRELL et al., 2007, VALLE-COROTTI et al., 2010; DONNARRUMA et al., 2010, SIPILÇA et al., 2013).

A literatura relata que sintomas físicos podem ter origem psíquica, emocional ou mental. As alterações emocionais como ansiedade podem mudar o limiar de dor por alterar impulsos nociceptivos do sistema nervoso central e liberação de neurotransmissores, como também, aumentar a frequência, intensidade e duração dos hábitos parafuncionais: apertamento dentário e bruxismo, responsáveis também pela hiperatividade de músculos da mastigação e sobrecarga da ATM, potencializando o aparecimento da disfunção (DE BOEVER, 1981; BONJARDIM et al., 2005; BERTOLI et al., 2007; MONTEIRO et al., 2011).

Dentre os fatores psicológicos, os sintomas de ansiedade estão entre os mais comuns encontrados na população geral em algum momento de suas vidas (MONTEIRO et al., 2011). Pode ser descrita como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, uma reação normal a determinadas situações, mas que pode se tornar patológica dependendo da intensidade. Os transtornos de ansiedade são condições crônicas de alta prevalência que resultam em comprometimento significativo do funcionamento e qualidade de vida dos indivíduos (OEI; BOSCHEN, 2009).

Dessa forma, a avaliação neuropsicológica em estudos de DTM tem recebido maior atenção, uma vez que a etiologia multifatorial da DTM e o exame completo de todos os fatores envolvidos na doença (físico, emocional e comportamental) são cada vez mais enfatizados. Estudos mostram que níveis elevados de ansiedade são relatados em pacientes com DTM

(LUCENA et al., 2012, BOSCATO et al., 2013, CALIXTRE et al., 2014, MINGHELLI; MORGADO; CARO, 2014, DIRAÇOĞLU et al., 2015, MARCHIORI et al., 2007, PESQUEIRA et al., 2010, MONTEIRO et al 2011, REISSMANN et al., 2014, OLIVEIRA et al., 2015, SUVINEN et al., 2005, VEDOLIN et al., 2009, DINIZ et al., 2012). Porém, observa-se uma variabilidade metodológica entre os estudos, esses apresentam amostras distintas, sem definição etária, de gênero ou socioeconômica, diversidade de instrumentos validados com características diferentes para verificar fatores psicológicos e DTM. Além de ausência de estudos que façam análise comprando os resultados desses instrumentos diferentes, e poucos estudos com grupo controle. Esse fato dificulta a comparação dos resultados entre pesquisas, a escolha de instrumentos para aplicar na avaliação primária do paciente, bem como a extrapolação destes resultados para a população.

Dentre os instrumentos utilizados para investigar níveis de ansiedade, o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory -BAI) é utilizado mundialmente para detectar sintomas de ansiedade, e corresponde a uma autoavaliação, no qual os pacientes respondem como eles têm se sentido durante a semana passada até o dia atual (AUERBACH et al., 2001; CUNHA, 2001; GOMES et al., 2012). O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), também utilizado nesse tipo de estudo, é um questionário autoaplicado composto de duas sub-escalas distintas usadas para avaliar o estado e o traço de ansiedade (SPIELBERGER; GORSUSH; LUSHENE,1979; PALLEGAMA et al., 2005). Já a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) foi desenvolvida inicialmente para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos, sendo depois utilizada em outros tipos de pacientes, em pacientes não-internados e em indivíduos sem doença (MARCOLINO et al., 2007).

Os sintomas da DTM (dor, desconforto psicológico, deficiência física e limitação dos movimentos da mandíbula) podem se tornar crônicos, e com o tempo, associados a fatores psicológicos, podem representar uma influência negativa sobre a saúde sistêmica e qualidade de vida, que comprometem diariamente o sono, atividades sociais na escola ou no trabalho, o equilíbrio afetivo e cognitivo e atividades físicas (OLIVEIRA et al., 2003, CHISNOIU et al., 2015).

Devido a essas limitações funcionais, nos Estados Unidos, a disfunção ocasiona média de 12,8 dias de restrição de atividades e 4,2 dias de internação por ano, por pessoa (DE LAAT; KOMIYAMA,2004). Por esse motivo pesquisas investigam a associação entre qualidade de vida e DTM. E os instrumentos mais utilizados com esse objetivo são o Oral Health Impact Profile (OHIP), que verifica o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, e o World Health

Organization Quality Of Life – Brief Version (WHOQOL-BREF), elaborado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), que leva em relação a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura, sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos (WHOQOL GROUP, 1994).

Baseando-se nessa possível relação entre fatores psicológicos e influência negativa da DTM na qualidade de vida dos pacientes, o presente estudo buscou avaliar a relação entre ansiedade e qualidade de vida em pacientes com a DTM.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada uma ampla revisão da literatura utilizando as bases de dado PubMed e Cochrane para obtenção dos resumos e posterior leitura do texto completo e busca manual. Foram incluídos artigos que abordassem fatores psicológicos, ansiedade, qualidade de vida e DTM, em português, inglês e espanhol, entre os anos de 1992 até 2015. E foram utilizadas as seguintes estratégias de busca:

((Anxiety OR Ansiedade OR “Hospital Anxiety and Depression Scale” OR “Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão” OR “HADS” OR “Beck Anxiety Inventory” OR BAI OR Inventário de Ansiedade de Beck OR STAI OR “STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY” OR “Inventário de Ansiedade Traço-Estado” OR IDATE) AND (“temporomandibular joint” OR “temporomandibular joint dysfunctions” OR “temporomandibular disorders” OR “temporomandibular joint disorder” OR TMD OR DTM OR “Disfunção Temporomandibular”))

((“Quality of life” OR “Qualidade de vida” OR “WHOQOL-BREF” OR WHOQOL OR “World Health Organization Quality of Life Instrument”) AND (“temporomandibular joint” OR “temporomandibular joint dysfunctions” OR “temporomandibular disorders” OR “temporomandibular joint disorder” OR TMD OR DTM OR “disfunção temporomandibular”))

A revisão foi estruturada com as seguintes abordagens: definição, etiologia e prevalência da DTM, aspectos psicológicos e DTM com enfoque para ansiedade, qualidade de vida e DTM e os instrumentos mais utilizados que verificaram ansiedade e qualidade de vida.

2.1 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

2.1.1 Definição

A Academia Americana de Dor Orofacial define a DTM como um grupo de distúrbios envolvendo os músculos mastigatórios, a ATM e estruturas associadas (LEEUEW, 2010). O RDC (Critério de Diagnóstico em Pesquisa para DTM - Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders - RDC / TMD) apresenta uma subdivisão em diagnósticos musculares e articulares: dor miofascial, dor miofascial com limitação de abertura, deslocamento de disco com redução, deslocamento de disco sem redução, deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura bucal, osteoartrose e artralgia (DWORKIN; LE RESCHE, 1992). Dessa forma é um dos instrumentos amplamente utilizados em pesquisa para diagnóstico em DTM (ALLEN et al., 1996; FELÍCIO, COUTO; FERREIRA, 2008).

Segundo Okeson e Leeuw (2011) a disfunção apresenta-se por desarranjos do complexo côndilo-disco, incompatibilidade estrutural das superfícies articulares, e doenças articulares inflamatórias, além de distúrbios funcionais dos músculos da mastigação, que é provavelmente a queixa de DTM mais comum no consultório odontológico. Já os sinais associados a distúrbios funcionais da ATM são provavelmente os achados mais comuns ao examinar um paciente com a disfunção mastigatória. Muitas desses sinais não produzem sintomas dolorosos e, conseqüentemente, o paciente pode não procurar o tratamento necessário.

2.1.2 Etiologia e prevalência

A DTM é uma das principais causas de dor não odontogênica na região orofacial (OKESON et al., 2011), fator associado à grande demanda de pacientes que procuram tratamento (DWORKIN, 2006). A dor é considerada a sintomatologia mais importante, podendo apresentar-se na face, na ATM, nos músculos da mastigação e na cabeça, além dos movimentos mandibulares limitados, ruídos nas articulações durante esses movimentos, e queixas de dificuldade para comer e falar (LEEUEW, 2010;CHISNOIU et al., 2015).

Nos Estados Unidos aproximadamente 22% da população é acometida por dor orofacial em consequência da DTM (OKESON, 2006). E no Brasil, cerca de sete milhões de pessoas apresentam a disfunção sintomática (TEIXEIRA et al., 2001).

Estudos epidemiológicos sugerem que os sintomas relacionados à DTM ocorrem predominantemente em adultos jovens do sexo feminino (OLIVEIRA et al., 2008; EMODI-

PERLMAN et al., 2008; OLIVEIRA; DIAS; CONTATO; BÉRZIN, 2006; GONÇALVES et al., 2010), na faixa etária entre 20 e 40 anos (CUNHA et al., 2007; DONNARRUMA et al., 2010). Campos et al. (2014) em um estudo com 701 mulheres no município de Araraquara/SP verificaram que 59,6% das participantes apresentaram DTM, que foi associada a uma maior limitação funcional da mandíbula pelo “*Mandibular Function Impairment Questionnaire*” (MFIQ) e má percepção da saúde bucal através do “*General Oral Health Assessment Index*” (GOHAI).

Franco-Micheloni et al. (2015) realizaram uma caracterização epidemiológica dos subtipos mais comuns de DTM e fatores associados em uma amostra de 3117 adolescentes brasileiros selecionados aleatoriamente em escolas públicas. Não houve diferença estatística entre gênero, e a média de idade foi de 12,72 anos. No geral, dos adolescentes avaliados pelo RDC / TMD, 30,4% apresentaram DTM, dos quais 25,2% obteve diagnóstico doloroso e 5,2% não doloroso. A maioria deles apresentaram disfunção muscular crônica. Fatores como queixas de dor de cabeça, parafunções orais, ranger de dentes durante a noite, e o fato dos pais não viverem juntos, foram associados com essa condição entre os jovens adolescentes brasileiros. Dessa forma, os autores afirmam que deve ser dada especial atenção a esses fatores entre adolescentes com DTM.

Estudos recentes mostram que a etiologia da DTM é multifatorial (CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010), com fatores predisponentes que levam a um aumento do risco de desenvolvimento de DTM, como processos psicológicos ou estruturais que alteram o sistema mastigatório. Se divide em fatores sistêmicos (degenerativos, endócrinos, infecciosos, metabólicos, neoplásicos, neurológicos, vascular e doenças reumatológicas), locais (alteração na viscosidade do fluido sinovial, aumento da pressão intra-articular, e stress oxidativo), e fatores genéticos (presença de haplótipos associados com dor) (LEEuw, 2010; CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010; CHISNOIU et al., 2015).

Os fatores iniciadores como macro ou microtraumas do sistema mastigatório (hábitos parafuncionais como bruxismo e apertamento) podem levar ao aparecimento dos sintomas de DTM. E os fatores perpetuadores (que interferem no controle da DTM), incluem fatores comportamentais (bruxismo, apertamento e postura de cabeça anormal), cognitivos (afetam a percepção e influência na resposta à dor) e psicossociais (depressão e ansiedade) (LEEuw, 2010; CARRARA; CONTI; BARBOSA, 2010; CHISNOIU et al., 2015).

Em um estudo prospectivo de coorte de base populacional na Alemanha de acompanhamento de 5 anos com 3.006 participantes com uma média idade de 49 anos, Kindler et al. (2012) utilizaram o International Diagnostic-Screener (CID-S), ferramenta de triagem

para distúrbios psicológicos, e exames clínicos para DTM, seguindo as diretrizes para diagnóstico pela Academia de Dor Orofacial. Observaram que indivíduos com sintomas de depressão tinham um risco de dor na ATM aumentada após a palpação. Além disso, os sintomas de ansiedade foram associados com dores articulares e musculares. Os autores afirmam que o diagnóstico, prevenção e terapêutica da dor da disfunção deve também considerar os sintomas de depressão e ansiedade, e terapias adequadas.

Chisnoiu et al. (2015), em uma revisão sistemática, verificou que a DTM apresenta etiologia e patogênese pouco compreendida, o que leva a dificuldade no seu tratamento. Compreender a etiopatogenia dessa condição é extremamente importante para identificar precocemente os fatores patológicos potenciais associados com o desenvolvimento da disfunção, e conseqüentemente, a aplicação de um tratamento adequado, a fim de reduzir ou eliminar sinais e sintomas debilitantes.

2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DTM – ANSIEDADE

Fatores psicológicos como estresse e ansiedade podem induzir hiperatividade e fadiga muscular com o aparecimento de espasmos musculares e, conseqüentemente, contratura, desarmonia oclusal, perturbações internas, artrite degenerativa e alterar o esquema oclusal do ciclo mastigatório (FERNANDO et al., 2008). Entretanto, os sintomas da DTM, especialmente dor, também são discutidos como sendo um causador ou fator intensificar no desenvolvimento da depressão e doenças psíquicas (CHISNOIU et al., 2015).

A ansiedade é o transtorno psicológico mais prevalente, porém, menos de 30% dos pacientes acometidos procuram tratamento (LEPINE, 2002). Segundo Batista e Oliveira (2005) é um sentimento relacionado a uma associação de perigo, com manifestações fisiológicas (agitação, hiperatividade e movimentos precipitados) e cognitivos (atenção, vigilância redobrada a possíveis desgraças) que variam de níveis discretos até superelevados, passageiros ou estáveis, normal ou patológica.

2.2.1 Instrumentos de verificação da ansiedade e DTM

2.2.1.1 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Lucena et al. (2012) em um estudo prospectivo longitudinal avaliou as relações entre ansiedade, depressão e DTM em uma amostra de estudantes pré-universitários submetidos a um evento estressante. Cento e cinquenta e três alunos de um curso pré-universitário (82 do

sexo feminino e 71 do sexo masculino, entre 16 e 31 anos de idade), no início e no fim do curso preparatório (3 meses depois da primeira avaliação). Os resultados mostraram que ansiedade e os sintomas de DTM apresentaram taxas constantes em ambos os períodos. E o aumento do risco de ter DTM apresentou significância estatística para os participantes com a ansiedade (OR 2,6 em no fim do curso e 5.6 no início).

Em um estudo transversal realizado no Brasil com 338 adultos com idade entre 35 a 44 anos, e 230 idosos na faixa de 65 a 74 anos, Boscato et al. (2013), objetivando avaliar a associação de fatores socioeconômicos e psicológicos, uso e necessidade de próteses dentárias com a prevalência e gravidade dos sinais e sintomas de DTM, verificou que não houve associação entre a disfunção, uso e necessidade de próteses dentárias. Entretanto, utilizando o instrumento HADS, verificou que indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade tinha maior prevalência de sinais e sintomas de DTM.

Calixtre et al. (2014) investigaram os sintomas clínicos e funcionais da mandíbula em estudantes universitários com DTM de acordo com o nível de ansiedade e depressão em 19 indivíduos (18 mulheres e 1 homem; com idade média de 20,66 anos) diagnosticados com DTM. Foram avaliados em dois momentos diferentes do semestre letivo, com um intervalo de 4 meses, através do MFIQ e HADS. Os resultados revelaram que a variação no nível ansiedade e depressão não alterou sintomas clínicos ou funcionalidade mandibular em estudantes universitários com DTM. Segundo os autores, existe uma aparente correlação entre a funcionalidade da ATM e nível de ansiedade e depressão, que devem ser adicionalmente investigados, considerando a origem da DTM e incluindo indivíduos com maior limitação funcional.

Minghelli; Morgado e Caro (2014) com uma amostra maior, utilizando a HADS, obtiveram um resultado diferente do estudo anterior. Estudantes universitários de diversas áreas de estudo em regiões de Portugal, apresentaram uma alta prevalência de DTM, que foi significativamente associada com ansiedade e depressão. Dos 1493 estudantes que foram examinados, 42,4% apresentavam DTM,

Em um estudo posterior com 273 pacientes, Diraçoğlu et al. (2015), verificou através da HADS que houve associação entre ansiedade e depressão em pacientes com DTM do sexo feminino, e com sistema de apoio social deficiente. O autor conclui que a existência desses sintomas psicológicos deve ser considerada em adição a patologias musculoesqueléticas durante o plano de tratamento de pacientes com DTM que apresentam esses fatores de risco.

2.2.1.2 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Em um levantamento epidemiológico com 304 estudantes do ensino fundamental entre 09 e 15 anos, em Jaboticabal/SP, Marchiori et al. (2007), utilizando o IDATE, observaram que grande parte das crianças do ensino fundamental possuíam sinais e sintomas de DTM, e apresentavam-se bastante ansiosas. Além de uma correlação positiva entre a DTM e a ansiedade, principalmente ao comparar ansiedade-traço, relacionada com a personalidade.

Com uma amostra composta por 150 estudantes (17 a 30 anos) de universidades localizadas nas cidades de Bauru e Araçatuba/SP, Pesqueira et al. (2010), verificou uma alta taxa de DTM entre os universitários (40% da amostra), e uma associação positiva entre a disfunção e ansiedade-estado do IDATE. Entretanto, a ansiedade-traço mostrou associação negativa.

Monteiro et al. (2011) também pesquisaram a relação entre os níveis de ansiedade e graus de severidade da dor orofacial crônica em DTM em estudantes. Verificaram que essa disfunção e a ansiedade podem ser relacionadas, 32,7% dos 150 alunos apresentavam DTM, 48,6% apresentaram nível de ansiedade moderada com base no IDATE-traço, além de uma correlação positiva entre os níveis de ansiedade-traço e graus de dor orofacial crônica.

Posteriormente, com uma amostra diferente dos estudos anteriores, Reissmann et al. (2014) investigaram se a ansiedade traço como disposição pessoal para ser ansioso, é um fator de risco para DTM através da análise de regressão logística. No estudo um total de 320 pacientes adultos com pelo menos um diagnóstico de DTM com dor, e um grupo controle de 888 indivíduos preencheram o IDATE. Os autores observaram que a ansiedade traço está significativamente associada com diagnóstico de dor em DTM, e níveis mais elevados aumentam o risco de ter a disfunção, independentemente do tipo e localização da dor.

Com uma amostra composta por 160 profissionais da enfermagem do Hospital de Clínicas de Uberlândia, na qual 159 apresentavam DTM, Oliveira et al. (2015), utilizando o IDATE e um questionário avaliando qualidade do sono (SAQ) e um para qualidade de vida SF-36, observou que os profissionais de enfermagem trabalhando em um ambiente hospitalar, são suscetíveis a DTM e a uma característica psicoemocional negativa. Dessa forma, concluiu que a DTM é comum entre os profissionais de enfermagem, e que a sua presença pode reduzir a qualidade do sono e qualidade de vida. Também foi associada a traço de ansiedade, e sua gravidade relacionada com ansiedade estado.

2.2.1.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Suvinen et al. (2005) comparou sintomas físicos, psicológicos, enfrentamento e variáveis psicossociais entre subtipos de pacientes que procuram tratamento para DTM. Um total de 41 pacientes do sexo feminino foram avaliados por um questionário previamente validado de DTM. O estudo mostrou o seguinte resultado quanto a classificação em subtipos de DTM: a DTM simples (ou sem complicações, 22%) foi composta por pacientes que relataram principalmente sintomas físicos e notas baixas na maioria dos variáveis psicológicas e psicossociais, o nível Intermediário (ou adaptado, 41%) demonstrou uma capacidade de lidar e gerir a sua condição, independentemente de indicadores de disfunção física e psicossocial, e o complexo (ou mal adaptado, 37%) demonstrou considerável disfunção psicológica e psicossocial, independentemente da gravidade dos seus sintomas físicos. Entretanto, essas variáveis não foram estatisticamente significativas. Dessa forma, os autores concluíram que os achados precisam ser revalidados em uma amostra maior, juntamente com os diagnósticos físicos específicos.

Usando uma metodologia diferente do estudo anterior, Vedolin et al. (2009), buscou avaliar a influência do estresse e ansiedade sobre pressão, o limiar de dor dos músculos da mastigação e sobre o relatório subjetivo de dor, num grupo de 45 mulheres estudantes, com idade de 19 e 75 anos, divididos em um grupo com dor miofascial nos músculos da mastigação, e um grupo assintomático. Verificou níveis mais elevados de ansiedade, por meio do BAI, e limiar de dor inferior durante determinados períodos de exames acadêmicos. Sugerindo que, estressores externos, tais como provas acadêmicas, têm um potencial impacto sobre a sensibilidade muscular mastigatória, independentemente da presença de uma condição anterior.

Diniz et al. (2012) ratificou os resultados anteriores em um estudo com 55 formandos do ensino médio em dois momentos diferentes: seis meses antes e uma semana antes de seus exames de admissão da faculdade, onde 36% tinham DTM, e destes, apenas 12,7% não tinham distúrbio psicológico, através do BAI e Lipp's inventory of symptoms os stress for adults (ISSL). Os resultados revelaram maior correlação positiva entre a ansiedade e DTM do que entre estresse e DTM. E assim, verificou que esses estudantes são um grupo de risco potencial para o desenvolvimento de DTM devido a fatores psicológicos que geram ansiedade e estresse.

2.3 QUALIDADE DE VIDA E DTM

A literatura relata que condições clínicas de saúde bucal podem afetar a qualidade de vida (QV) dos indivíduos. Assim, o conceito de QV relacionado a saúde bucal e DTM é bastante investigado através de instrumentos como o OHIP (JOHN et al., 2007; BARROS; SERAIDARIAN; CÔRTEZ, 2009; DAHLSTRÖM E CARLSSON, 2010; RENER-SITAR et al., 2013, ALMOZNINO et al, 2015).

O grupo de QV da OMS conceitua a QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos (WHOQOL GROUP, 1994). É influenciada pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e características do meio ambiente. Nessa perspectiva surgiu o instrumento WHOQOL-BREF (WHOQOL GROUP, 1995). Entretanto, poucos estudos utilizaram esse questionário investigando a relação entre QV e DTM (REZENDE et al. 2013).

2.3.1 Instrumentos de verificação da Qualidade de vida e DTM

John et al (2007) buscando caracterizar o nível de comprometimento da saúde bucal na QV em uma população de 416 pacientes com DTM, submetidos a versão alemã do instrumento OHIP, o OHIP-G, verificaram que a qualidade de vida relacionada a saúde bucal (Oral Health-Related Quality of life – OHRQOL) apresentou prejuízo acentuado nos pacientes com DTM.

Barros; Seraidarian; Côrtes (2009) investigaram as relações entre gênero, diagnóstico, e gravidade da DTM com auto relato do impacto da DTM sobre a QV, em 83 indivíduos utilizando a versão em português do OHIP, o OHIP-14. Os resultados mostraram que a dor orofacial apresentou um grande impacto na QV dos indivíduos com DTM, sem diferença entre sexo. O estudo ainda revelou que a presença de distúrbios musculares (Grupo I) e osteoartrite (Grupo III) foi relacionada com a maior impacto na QV, e assim, a correlação entre a gravidade da DTM e impacto na QV foi claramente observada.

Dahlström e Carlsson (2010) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre OHRQOL e DTM. Observaram que a maioria dos estudos utilizaram o instrumento OHIP, e concluíram que o impacto saúde bucal sobre a qualidade vida pareceu ser mais pronunciado em pacientes com maior número de sinais e sintomas de DTM, e que o impacto da dor pareceu ser substancial. Assim, os autores afirmam que as avaliações dos estudos demonstraram, convincentemente, que a OHRQOL foi afetada negativamente entre os pacientes com DTM.

Em uma investigação mais recente, Rener-Sitar et al. (2013), verificaram que pacientes

com DTM foram altamente associados a uma inferior QVRSB, através da versão eslovena do OHIP, o OHIP-SVN. Diagnóstico físicos que incluem movimentos mandibulares limitados de resultou em uma QVRSB com maior prejuízo. O aumento da idade também influenciou nesse aspecto negativo.

Contemporaneamente ao estudo anterior, Rezende et al. (2013) demonstraram numa investigação com 43 pacientes, que indivíduos com DTM exigem vários focos de atenção, e que indicadores psicológicos de saúde geral e qualidade de vida estão associadas com a disfunção. Entretanto, diferente dos estudos anteriores, avaliaram os distúrbios psiquiátricos menores por meio do Questionário de Saúde Geral (GHQ) e QV por meio do WHOQOL-BREF. Uma associação foi encontrada entre transtornos psiquiátricos menores e severidade da DTM, com exceção de estresse, mas a associação mais forte foi encontrada com DTM leve. Para qualidade de vida, uma associação foi encontrada entre o deslocamento de disco com redução e domínio social ($p = 0,01$). Domínios físicos foram associadas com as classificações de DTM e gravidade, e a associação foi mais forte para DTM muscular e articular ($p = 0,37$), e DTM leve ($p = 0,042$).

Almoznino et al. (2015) ratificam os estudos anteriores através de seus resultados. Num grupo de 187 pacientes com DTM e 200 controles, utilizando o OHIP-14 e um questionário de autorrelato, avaliou dados pessoais, hábitos de tabagismo, história do trauma e tratamento ortodôntico, dores de cabeça de comorbidade, hábitos orais, e dor. Verificaram QVRSB foi prejudicada consideravelmente mais nos indivíduos com DTM do que nos controles. Para os autores, QVRSB em pacientes com DTM é um fenômeno multidimensional influenciado por tratamento ortodôntico prévio, sintomas de comorbidade, dor, limitações funcionais, e sensibilidade muscular.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar a relação entre ansiedade, qualidade de vida e aspectos sócio-demográficos com a disfunção Temporomandibular, e a predisposição de pacientes ansiosos e com baixo nível de qualidade de vida a apresentarem DTM.

4 METODOLOGIA

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido à apreciação e aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), com parecer de número 900.543 (ANEXO I). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) com todas as informações referentes à pesquisa, e aprovado pelo comitê.

4.2 NATUREZA DO ESTUDO

Estudo de caso controle não emparelhado que consistiu na aplicação de questionários em pacientes com e sem DTM para avaliação de sinais de ansiedade e qualidade de vida.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no CIADE (Centro Integrado de Atendimento a pacientes portadores de Disfunção do Aparelho Estomatognático), projeto de extensão desenvolvido pela disciplina de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial do departamento de Odontologia (DOD) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

4.4 AMOSTRA

A amostra selecionada compreendeu 60 casos de pacientes com DTM, registrados e diagnosticados no setor DTM e Dor Orofacial, e 60 pacientes em atendimento odontológico sem DTM, tratados no setor de Clínica integrada, ambos do departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, no período de julho de 2015 a Abril de 2016.

4.4.1 Critérios de inclusão

Pacientes adolescentes à idosos diagnosticados com e sem disfunção através do Critério de Diagnóstico em Pesquisa para DTM (Research Diagnostic Criteria-RDC / TMD).

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os pacientes com histórico de trauma na cabeça nos últimos 3 meses; com distúrbios intracranianos ou cefaleias; que estavam fazendo uso de medicação que interfira na ansiedade e qualidade do sono como relaxantes musculares, anticonvulsivantes, antidepressivos e ansiolíticos, como também medicação para tratamento da DTM ou dores musculares; pacientes que possuíam outras causas de dor orofacial como cáries, doença periodontal, neuropatias e fibromialgia; e que não sejam capazes de responder aos questionários por algum motivo (pacientes com transtorno mental, crianças, entre outros).

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados constituíram-se de 4 questionários e um critério de diagnóstico de pesquisa em DTM: BAI (Beck Anxiety Inventory), IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life – Brief Version) e RDC/ TMD respectivamente. Os questionários foram aplicados por dois examinadores previamente treinados, sendo respondido de próprio punho pelos pacientes quando possível. O RDC/TMD foi aplicado por somente um examinador treinado.

Para a caracterização da amostra foram solicitadas informações sobre: gênero (masculino ou feminino), estado civil (solteiro, casado, divorciado e viúvo) e quanto à situação profissional (estudante, empregado, desempregado e do lar).

4.5.1 Diagnóstico quanto ao tipo de DTM

No primeiro contato com o paciente, foi realizado um exame clínico, exame físico e a anamnese detalhada do paciente; seguido pelo preenchimento do RDC/TMD (ANEXO III), por meio do qual os pacientes foram diagnosticados, ou não, como portadores da disfunção. O eixo I do instrumento, consiste na avaliação física do paciente (exame clínico e questões subjetivas), resultando na seguinte classificação: Grupo I formado por pacientes que possuem DTM de origem muscular; o Grupo II possui DTM articular do tipo deslocamento de disco e o Grupo III com diagnóstico positivo para DTM articular com outras condições da articulação temporomandibular (ATM), como artralgia, osteoartrite e osteoartrose.

4.5.2 Avaliação da ansiedade

Três questionários foram utilizados para análise da ansiedade. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), validada em português por Botega et al. (1995) (ANEXO IV), apresenta 14 questionamentos em relação a como o paciente vem se sentindo na última semana, dos quais 7 voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A), e os 7 relacionados a depressão (HADS-D) não foram utilizados nesse estudo. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de 0 a 3, compondo pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. O total de pontos indicará o grau de ansiedade e de depressão: normal (0 a 7), leve a severa (8 a 21).

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger et al (1970), traduzido e validado por Biaggio e Natalício (1979), formado por dois questionários autoaplicáveis: Ansiedade-estado IDATE-E (momentânea, depende de condições externas) e ansiedade-traço IDATE-T (Característica do indivíduo, dependente da personalidade), cada um com 20 itens (ANEXO V).

No primeiro, o paciente indica como ele se sente no exato momento em que está respondendo, com resposta em escala de 1 a 4 (absolutamente não até muitíssimo) e o segundo pede para o paciente dar a resposta que mais se aproxima de como ele se sente geralmente durante sua vida, também com escala de 1 a 4 (quase nunca até quase sempre). O escore total, pela soma das respostas varia de 20 a 80 para cada escala. Para as perguntas de caráter positivo são invertidos os escores, se a resposta for 4, atribui-se valor 1; se a resposta for 3, atribui-se valor 2, se a resposta for 2 atribui-se valor 3, se a resposta for 1 atribui-se o valor 4. No IDATE-E as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para o IDATE-T, as perguntas negativas são: 2 - 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; e as positivas, 1, 6, 7, 10, 16, 19. Os resultados dos questionários foram categorizados em ansiedade leve (20-30), moderada a severa (31-80).

O Inventário de ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory –BAI) também é uma escala de auto-relato. Traduzido e validado por Cunha (2001) que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade (ANEXO VI). É composto por 21 itens, com resposta de 0 a 3 (absolutamente não até gravemente -Difícilmente pude suportar). Pela somatória de pontos os participantes são classificados em ansiedade mínima (0 a 7), ansiedade leve a severa (8 a 63).

4.5.3 Avaliação da qualidade de vida

O instrumento para análise da qualidade de vida (WHOQOL- abreviado), traduzido e validado por Fleck et al. (2000), baseia-se na qualidade de vida de forma subjetiva, multidimensional, com dimensões positivas e negativas e tendo como referência as últimas duas semanas dos participantes. Apresenta 26 questões, das quais 24 são distribuídas em 4 domínios que avaliam a percepção dos indivíduos nos aspectos: físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos psicológico e capacidade de trabalho), psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais) relações sociais (relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual) e de meio ambiente (ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico- poluição/ruído/trânsito/clima, transporte) (ANEXO VII).

Além desses 4 domínios, o questionário apresenta 2 questões gerais, uma se refere a auto percepção da qualidade de vida e a outra sobre satisfação. Cada pergunta tem 5 opções de resposta, com uma escala de intensidade (nada até extremamente), capacidade (nada até completamente), frequência (nunca até sempre) e avaliação (muito insatisfeito até muito satisfeito; muito ruim até muito bom). Desse instrumento foi obtido um resultado geral da percepção do indivíduo sobre a qualidade de vida, que foi dividido em tercís e categorizado: 1º tercil em QV ruim, 2º em QV média e 3º em QV alta. Nos resultados, a QV foi dividida em qualidade de vida baixa (QV ruim) e qualidade de vida média à alta (QV média + QV alta).

4.6 VARIÁVEIS ESTUDADAS

No quadro 1 estão descritas as variáveis estudadas: quanto ao tipo, classificação, descrição e categoria.

Quadro 1- Quadro das variáveis

| Variáveis | Tipo | Classificação | Descrição | Categoria |
|------------------------------------|--------------|--------------------------|---|--|
| Sexo | Independente | Catagórica Nominal | Categoria que designa o sexo dos participantes | Masculino ou Feminino |
| Estado Civil | Independente | Catagórica Nominal | Designa o estado civil dos participantes | Com parceiro (Casado) e Sem parceiro (Solteiro, Divorciado e Viúvo) |
| Situação profissional | Independente | Catagórica Nominal | Determina a situação profissional | Com ocupação (Estudante e Empregado); Sem ocupação (desempregado, do lar e aposentado) |
| Presença ou ausência de DTM | Dependente | Catagórica Nominal | Designa o indivíduo apresenta ou não a DTM | Com DTM; Sem DTM |
| Nível de ansiedade HADS | Independente | Quantitativa Discreta | Avalia o nível de ansiedade e depressão pelo instrumento HADS | Nível de Ansiedade: Resultado da soma das respostas do questionário |
| | | Catagórica Ordinal | Avalia o nível de ansiedade e depressão pelo instrumento HADS | Ansiedade normal (0 a 7) e Leve a Severa (8a 21). |

Continua

Continuação

Quadro 1- Quadro das variáveis

| | | | | |
|---|---------------------|--------------------------|--|--|
| Nível de ansiedade IDATE | Independente | Quantitativa Discreta | Verifica o nível de ansiedade pelo IDATE | Nível de Ansiedade Traço (T) e Estado (E): Resultado da soma das respostas do questionário |
| | | Catagórica Ordinal | Verifica o nível de ansiedade pelo IDATE | Ansiedade E e T: Leve (20-30), Moderada a severa (≥ 31). |
| Nível de ansiedade Invetário de BECK | Independente | Quantitativa Discreta | Refere-se ao nível de ansiedade segundo o inventário de Beck | Nível de Ansiedade: Resultado da soma das respostas. |
| | | Catagórica Ordinal | Refere-se ao nível de ansiedade segundo o inventário de Beck | Ansiedade Mínima (0 a 7) e Leve a Severa (8 a 63). |
| Nível de qualidade de vida (WHOQOL) | Independente | Quantitativa Discreta | Caracteriza a qualidade de vida do indivíduo pelo instrumento WHOQOL | Nível de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social, meio ambiente, e geral. |
| | | Catagórica Ordinal | Caracteriza a qualidade de vida do indivíduo pelo instrumento WHOQOL | Divisão em tercis do WHOQOL, QV baixa, QV média e QV alta. |

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram organizados em um banco de dados criado no programa SPSS 18.0. Foi feita a análise descritiva com valores absolutos, frequência e medidas de tendência central e variabilidade. Verificou-se através do teste de normalidade que a distribuição seguiu os parâmetros da distribuição normal. Utilizou-se o teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson e a razão de chances (Odds ratio- OR) para verificar a associação entre variáveis categóricas de caracterização da amostra (sexo, estado civil e situação profissional), níveis de ansiedade (IDATE T e E, HADS e BAI) e QV (WHOQOL), com a variável presença ou ausência de DTM. Também utilizou-se o Teste-t de Student para verificar a associação entre as variáveis quantitativas nível de ansiedade (IDATE T e E, HADS e BAI) e QV, com presença ou ausência de DTM. Para descrever a relação entre a variável dependente e as demais variáveis utilizou-se a análise múltipla através da regressão logística não condicional. O nível de significância adotado para análise estatística foi de 5%, e os dados apresentados na forma de tabelas e gráficos.

5 RESULTADOS

A idade mínima dos participantes foi de 14 anos e máxima de 75, com média de idade de 33,29 ($\pm DP=13,681$), mediana de 28,5 e moda de 22 anos. Houve prevalência do sexo feminino (63,7%) sobre o masculino (33,3%), maior percentual de participantes com DTM (60,0%) entre as mulheres, e para os homens, apenas 30,0% apresentaram a disfunção ($p=0,002$). O sexo feminino apresentou 3,5 vezes mais chances de desenvolver DTM em relação ao masculino (Tabela 1).

O estado civil mostrou, para os indivíduos sem parceiro, maior percentual de DTM (65,1%), e para os casados, esse percentual foi de 40,0% ($p=0,009$). O risco estimado pela OR mostrou 2,8 vezes mais chances para os indivíduos sem parceiro desenvolverem DTM em relação aos casados (Tabela 2).

Para a situação profissional, os participantes com DTM representaram 71,4% dos com ocupação profissional, e 42,9% entre os sem ocupação ($p=0,008$). Os participantes com ocupação apresentaram 3,3 vezes mais chances de apresentarem DTM em relação aos sem ocupação (Tabela 3).

Tabela 1. Relação entre DTM e sexo.

| | DTM | | | | | | χ^2 | p_{na} | OR (IC95%) _{na} |
|-------|-----|------|-----|------|-------|-------|----------|----------|--------------------------|
| | Sem | | Com | | Total | | | | |
| Sexo | n | % | N | % | n | % | | | |
| Masc. | 28 | 70,0 | 12 | 30,0 | 40 | 100,0 | 9,6 | 0,002 | 3,5(1.556-7.874) |
| Fem. | 32 | 40,0 | 48 | 60,0 | 80 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,0 | 60 | 50,0 | 120 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 :Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado;

Tabela 2. Relação entre DTM e estado civil.

| | DTM | | | | | | χ^2 | p_{na} | OR (IC95%) _{na} |
|-----------------|-----|------|-----|------|-------|-------|----------|----------|--------------------------|
| | Sem | | Com | | Total | | | | |
| Estado civil | n | % | N | % | n | % | | | |
| Casado | 45 | 60,0 | 30 | 40,0 | 75 | 100,0 | 6,898 | 0,009 | 2,8 (1,285-6,101) |
| Sem parceiro | 15 | 34,9 | 28 | 65,1 | 43 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,8 | 58 | 49,2 | 118 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 :Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado.

Tabela 3. Relação entre DTM e situação profissional.

| | DTM | | | | | | χ^2 | p_{na} | OR (IC95%) _{na} |
|--------------------------|-----|------|-----|------|-------|-------|----------|----------|--------------------------|
| | Sem | | Com | | Total | | | | |
| Situação profissional | n | % | N | % | n | % | | | |
| Com ocupação | 8 | 26,6 | 20 | 71,4 | 28 | 100,0 | 6,992 | 0,008 | 3,3 (1,330-8,356) |
| Sem ocupação | 52 | 57,1 | 39 | 42,9 | 91 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,4 | 59 | 49,6 | 119 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 :Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado.

5.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DTM

5.1.1 HADS e DTM

Observou-se que o nível de ansiedade segundo HADS e diagnóstico de DTM, foi maior entre os indivíduos com DTM (média=7,78 e $\pm DP=4,175$), através do teste t, do que entre os sem disfunção (média=4,9 e $\pm DP=3,292$), com significância estatística $p<0,001$ e IC 95% = -4,243 - -1,523 (Gráfico 1). Um maior percentual de participantes com DTM apresentou ansiedade de leve a severa (75,0%), e para ansiedade normal, 37,5% apresentaram a disfunção, $p<0,001$. A OR mostrou 5,0 vezes mais chances para os indivíduos com ansiedade de leve a severa apresentarem DTM em relação aos com ansiedade normal, independente de sexo e estado civil (Tabela 4).

Gráfico 1. Nível de ansiedade segundo HADS e diagnóstico de DTM.

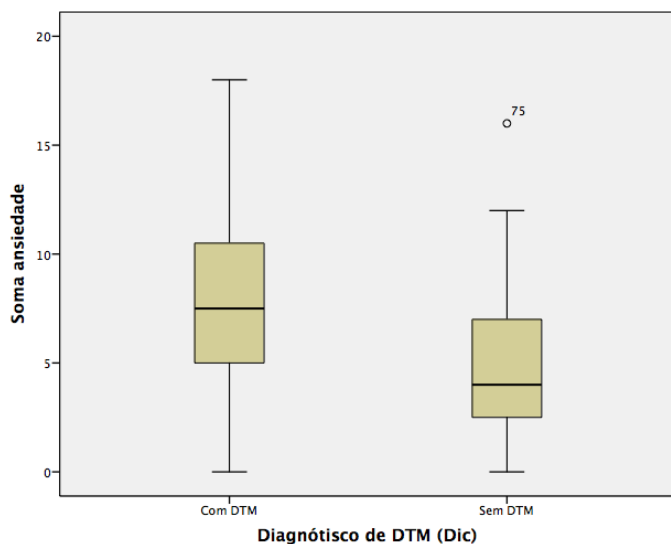


Tabela 4. Relação entre DTM e nível de ansiedade segundo HADS.

| HADS | DTM | | | | Total | χ^2 | p_{na} | OR (IC95%) _{na} | |
|-------------------------|-----|------|-----|------|-------|----------|----------|--------------------------|-----------------------|
| | Sem | | Com | | | | | | |
| | n | % | N | % | n | % | | | |
| Ansiedade normal | 50 | 62,5 | 30 | 37,5 | 80 | 100,0 | 15,0 | <0,001 | 5,0 (2,144-11,661) |
| Ansiedade leve a severa | 10 | 25,0 | 30 | 75,0 | 40 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,0 | 60 | 50,0 | 120 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 : Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado.

5.1.2 IDATE e DTM

No gráfico 2 observa-se o nível de ansiedade segundo IDATE-E e diagnóstico de DTM, com maior nível de ansiedade estado entre os indivíduos com DTM, através do teste t, média de 42,44 ($\pm DP=9,703$), e média de 35,72 para os sem a disfunção ($\pm DP=9.173$), com significância estatística $p=<0,001$ e IC 95%= -10,114- -3,286. A maioria dos indivíduos com DTM apresentou ansiedade de moderada a severa (55,6%), e para ansiedade leve foi 33,3% ($p=0,035$). A OR mostrou 2,5 vezes mais chances para os indivíduos com ansiedade de moderada a severa apresentarem DTM em relação aos com ansiedade leve (Tabela 5).

Gráfico 2. Nível de ansiedade segundo IDATE-E e diagnóstico de DTM.

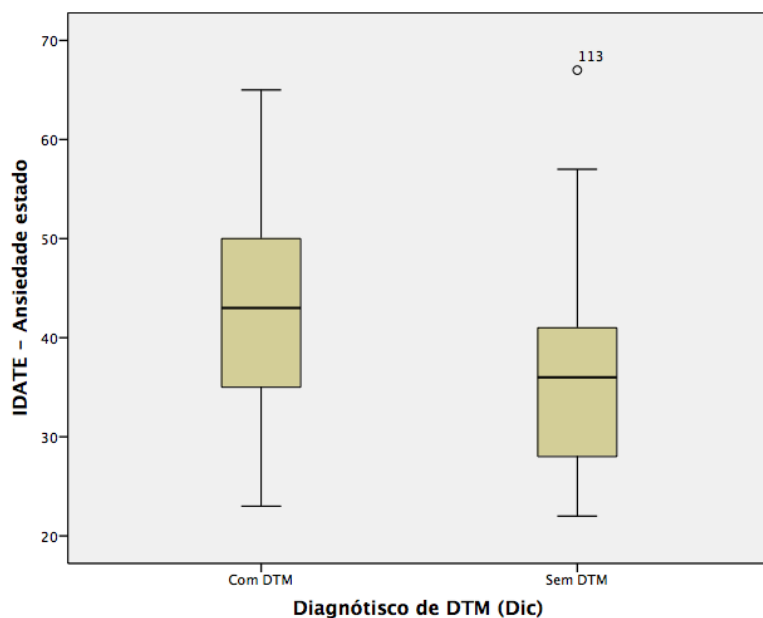


Tabela 5. Relação entre DTM e Nível de ansiedade segundo IDATE-estado.

| | DTM | | | | Total | χ^2 | p_{na} | OR(IC95%) _{na} | |
|-------------------------------|-----|------|-----|------|-------|----------|----------|-------------------------|------------------|
| | Sem | | Com | | | | | | |
| IDATE-E | n | % | N | % | N | % | | | |
| Ansiedade E leve | 20 | 66,7 | 10 | 33,3 | 30 | 100,0 | 4,444 | 0,035 | 2,5 (1,052-5,94) |
| Ansiedade E moderada a severa | 40 | 44,4 | 50 | 55,6 | 90 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,0 | 60 | 50,0 | 120 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 : Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado.

O IDATE-T também resultou em maior nível de ansiedade entre os indivíduos com DTM (média=45,17 e $\pm DP=9,666$), através do teste t, do que entre os sem disfunção (média=37,25 e $\pm DP=9,714$), com $p<0,001$ e IC 95%= -11,420 - -4,413 (Gráfico 3). Na tabela 6 observa-se que indivíduos com ansiedade traço de moderada a severa apresentaram maior percentual de DTM (54,9%), enquanto os com ansiedade leve, apenas 22,2% ($p=0,011$). O risco estimado pela OR foi de 4,2 vezes mais chances de indivíduos com ansiedade traço de moderada a severa apresentarem DTM em relação aos com ansiedade leve.

Gráfico 3. Nível de ansiedade segundo IDATE-T e diagnóstico de DTM.

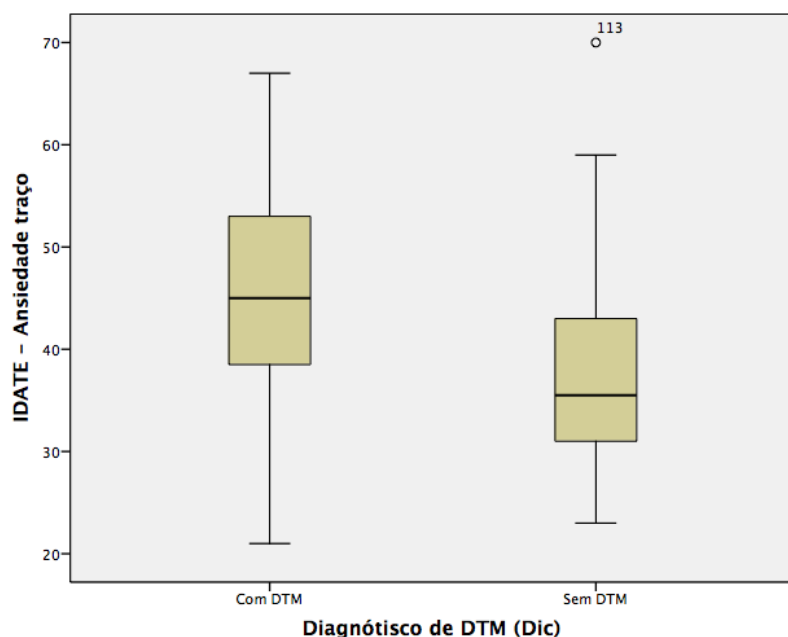


Tabela 6. Relação entre DTM e nível de ansiedade segundo IDATE-traço.

| IDATE-T | DTM | | | | Total | χ^2 | p_{na} | OR (IC95%) _{na} | |
|-------------------------------|-----|------|-----|------|-------|----------|----------|--------------------------|--------------------|
| | Sem | | Com | | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Ansiedade T leve | 14 | 77,8 | 4 | 22,2 | 18 | 100,0 | 6,536 | 0,011 | 4,2 (1,312-13,834) |
| Ansiedade T moderada a severa | 46 | 45,1 | 56 | 54,9 | 102 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,0 | 60 | 50,0 | 120 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 : Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado.

5.1.3 BAI e DTM

No gráfico 4 observa-se o nível de ansiedade segundo BAI e diagnóstico de DTM, com maior nível de ansiedade entre indivíduos com DTM (média=13,38 e $\pm DP=10,192$), através do teste t, do que entre os sem disfunção (média=6,48 e $\pm DP=6,4$), com $p<0,001$ e IC 95% = -9,977 - -3,823. A maioria dos indivíduos com ansiedade leve a severa apresentaram DTM (63,9%), e entre os com ansiedade mínima, 35,6% apresentaram a disfunção, $p=0,002$. O risco estimado para o BAI pelo OR foi de 3,2 vezes mais chances de indivíduos com ansiedade de leve a severa apresentarem DTM em relação aos com ansiedade mínima (Tabela 7).

Gráfico 4. Nível de ansiedade segundo BAI e diagnóstico de DTM

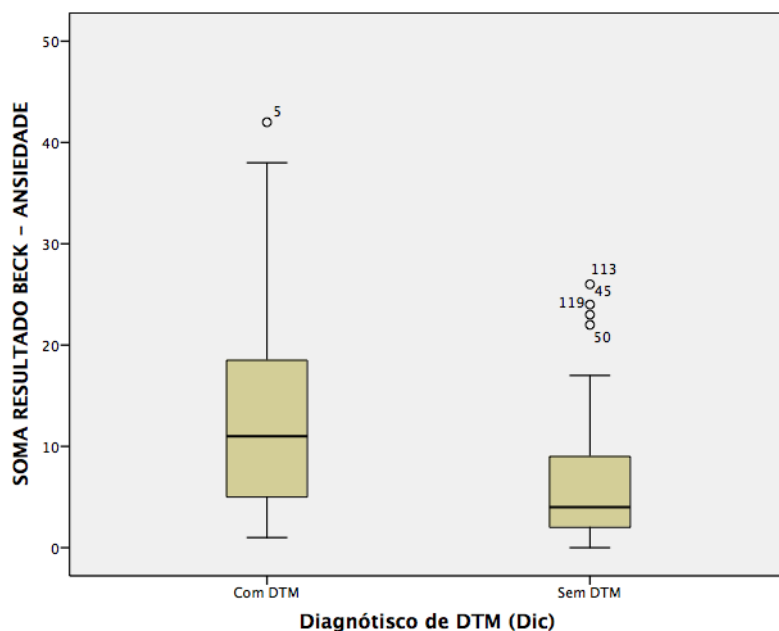


Tabela 7. Relação entre DTM e nível de ansiedade segundo BAI.

| | DTM | | | | Total | χ^2 | p_{na} | OR (IC95%) _{na} | |
|-------------------------|-----|------|-----|------|-------|----------|----------|--------------------------|-------------------|
| | Sem | | Com | | | | | | |
| BAI | n | % | n | % | n | % | | | |
| Ansiedade mínima | 38 | 64,4 | 21 | 35,6 | 59 | 100,0 | 9,636 | 0,002 | 3,2 (1,521-6,767) |
| Ansiedade leve a severa | 22 | 36,1 | 39 | 63,9 | 61 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,0 | 60 | 50,0 | 120 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 : Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado.

5.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E DTM

Na tabela 8 podemos observar os valores resultantes da associação dos escores do questionário WHOQOL-BREEF para seus domínios físico, psicológico, social e meio ambiente, e auto avaliação geral da QV com DTM. Em todos os domínios, os participantes sem DTM apresentaram médias maiores em nível de QV, com significância estatística segundo o teste t para amostras independentes ($p < 0,001$). No WHOQOL-Geral os participantes sem DTM apresentaram níveis mais elevados de QV (68,74%), com $p < 0,001$ (Gráfico 5).

A tabela 9 apresenta os resultados do WHOQOL categorizado em QV baixa e média a alta com a variável diagnóstico de DTM. Os indivíduos com QV baixa apresentaram maior percentual de DTM (82,5%) do que os com QV de média a alta (33,8%), $p < 0,001$. A OR indica 9,2 vezes mais chances de indivíduos com QV baixa apresentarem DTM em relação aos com QV de média a alta.

Tabela 8. Média de qualidade de vida para cada domínio e geral do WHOQOL com diagnóstico de DTM.

| | DTM | n | Média | DP | IC (95%) | <i>p</i> |
|----------------------|-----|----|-------|---------|-----------------|----------|
| WhoQol-Físico | Sem | 60 | 69,71 | ±12,815 | -19,740- -8,715 | < 0,001 |
| | Com | 60 | 55,48 | ±17,317 | | |
| WhoQol-Psicológico | Sem | 60 | 73,96 | ±15,811 | -18,335- -7,631 | < 0,001 |
| | Com | 60 | 60,97 | ±13,714 | | |
| WhoQol-Social | Sem | 60 | 72,50 | ±14,898 | -21,383- -9,154 | < 0,001 |
| | Com | 60 | 57,23 | ±18,696 | | |
| WhoQol-Meio-ambiente | Sem | 60 | 58,81 | ±13,851 | -15,755- -4,855 | < 0,001 |
| | Com | 60 | 48,51 | ±16,198 | | |
| WHOQOL geral | Sem | 60 | 68,74 | ±10,530 | -17,617- -8,777 | < 0,001 |
| | Com | 60 | 55,54 | ±13,698 | | |

DTM: Disfunção Temporomandibular, DP: erro padrão IC: Intervalo de Confiança, *p*: *p*-valor do Teste t para amostras independentes.

Gráfico 5. Nível de QV pelo WHOQOL geral e diagnóstico para DTM.

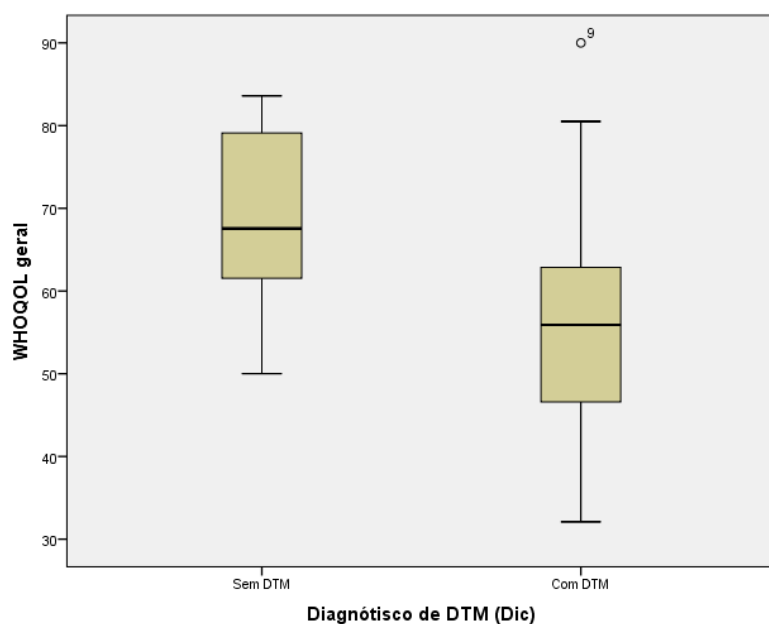


Tabela 9. Níveis de qualidade de vida pelo WHOQOL e diagnóstico de DTM.

| WHOQOL | DTM | | | | Total | χ^2 | P_{na} | OR (IC 95%) _{na} | |
|-----------------|-----|------|-----|------|-------|----------|----------|---------------------------|-----------------------|
| | Sem | | Com | | | | | | |
| | N | % | N | % | n | % | | | |
| QV média a alta | 53 | 66,2 | 27 | 33,8 | 80 | 100,0 | 25,350 | <0,001 | 9,2 (3,622-23,644) |
| QV baixa | 7 | 17,5 | 33 | 82,5 | 40 | 100,0 | | | |
| Total | 60 | 50,0 | 60 | 50,0 | 120 | 100,0 | | | |

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 : Qui quadrado, p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, na=não ajustado.

5.3 ANÁLISE MULTIVARIADA- REGRESSÃO LOGÍSTICA NÃO CONDICIONAL

Com a finalidade de encontrar o melhor modelo para descrever a relação entre a variável dependente e variáveis independentes, o processo de modelagem foi iniciado com as variáveis utilizadas na análise bivariada: sexo, estado civil, situação profissional, nível de ansiedade e QV. Entretanto, observou-se que as variáveis nível de ansiedade (IDATE T e BAI) e qualidade vida apresentaram-se altamente correlacionadas, OR de 10,5 e 10 vezes mais chances para indivíduos ansiosos (pelo IDATE-T e pelo BAI, respectivamente) apresentarem baixo nível de QV em relação aos com baixa ansiedade ($p=0,007$, IC95%=1,347-82,235; $p<0,001$,

IC95%=2,873-17,283, respectivamente). O que impossibilitou a análise da QV nos mesmos modelos que as variáveis nível de ansiedade.

A variável situação profissional foi excluída na segunda etapa de modelagem pelo método *Backward Stepwise*. Dessa forma, definiu-se um modelo final para cada variável do nível de ansiedade (IDATE-T e E, HADS e BAI) com as variáveis sexo e estado civil, e um modelo final para QV com as variáveis sexo e estado civil (Tabela 10).

Na tabela 10 encontramos o efeito da ansiedade pelo BAI, IDATE-E e T, HADS e WHOQOL sobre a DTM ajustado pelo sexo e estado civil. Por meio da análise multivariada as variáveis independentes apresentaram associação significativa com a DTM e não alteraram substancialmente seus resultados, exceto para o IDATE-E que perdeu a significância. A variável que apresentou maior força de associação com a DTM foi a QV (OR=11,4), e para ansiedade foi o HADS (OR=4,1), seguido do IDATE-T (OR=4,0) e BAI (OR=2,8). Entre as variáveis sócio-demográficas, o sexo apresentou associação mais forte com a DTM do que o estado civil, com OR variando de 3,2-4,2, e 2,2 a 3,1, respectivamente, entre os modelos.

Tabela 10. Modelos de regressão logística final para DTM de acordo sexo, estado civil, e as variáveis que medem ansiedade e qualidade de vida.

| MODELO | VARIÁVEIS INDEPENDENTES | p_{aj} | OR _{aj} | IC (95%) _{aj} |
|----------|-------------------------|----------|------------------|------------------------|
| 1 | Sexo | 0,010 | 3,2 | 1,327-7,813 |
| | Estado civil | 0,062 | 2,2 | 0,960-5,230 |
| | HADS | 0,002 | 4,1 | 1,679-10,11 |
| 2 | Sexo | 0,008 | 3,2 | 1,364-7,594 |
| | Estado civil | 0,027 | 2,5 | 1,111-5,715 |
| | IDATE-E | 0,094 | 2,2 | 0,874-5,560 |
| 3 | Sexo | 0,006 | 3,3 | 1,404-7,882 |
| | Estado civil | 0,032 | 2,5 | 1,079-5,793 |
| | IDATE-T | 0,024 | 4,0 | 1,198-13,642 |
| 4 | Sexo | 0,011 | 3,1 | 1,289-7,454 |
| | Estado civil | 0,027 | 2,5 | 1,113-5,843 |
| | BAI | 0,011 | 2,8 | 1,264-6,233 |
| 5 | Sexo | 0,005 | 4,2 | 1,532-11,531 |
| | Estado civil | 0,015 | 3,1 | 1,248-7,752 |
| | WHOQOL | <0,001 | 11,4 | 3,991-32,786 |

p : p -valor, OR: Odds Ratio, IC: Intervalo de Confiança, aj= ajustado.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a relação entre ansiedade e qualidade de vida com a disfunção Temporomandibular, e a predisposição de pacientes ansiosos e com baixo nível de qualidade de vida a apresentarem DTM. No geral, os resultados mostraram que fatores sociodemográficos (sexo, estado civil, situação profissional) e psicossociais (ansiedade e qualidade de vida) foram associados com a presença de DTM. Corroborando com os dados encontrados na literatura (LUCENA et al., 2012, REISSMANN et al., 2014, JOHN et al., 2007, BARROS; SERAIDARIAN; CÔRTEZ, 2009, DAHLSTRÖM e CARLSSON, 2010).

A caracterização da amostra com 63,7% dos indivíduos com DTM composto por mulheres, e média de idade de 33,29% confirma os dados obtidos em estudos epidemiológicos em que os sintomas relacionados à DTM ocorrem predominantemente em adultos jovens do sexo feminino (OLIVEIRA et al., 2008; EMODI-PERLMAN et al., 2008; OLIVEIRA; DIAS; CONTATO; BÉRZIN, 2006; GONÇALVES et al., 2010). Da mesma forma, OLIVEIRA et al., 2008 obtiveram uma amostra com 93,0% dos pacientes do sexo feminino e com uma média idade de 44,6 anos.

O sexo apresentou associação com a DTM, com as mulheres apresentando razão de chances 3,5 vezes maior de desenvolver DTM em relação ao sexo masculino. Estes resultados foram observados em outros estudos, com a razão de chances variando de 1,9 (MINGHELLI et al., 2014) a 3,96 (REISSMANN et al., 2014) para o sexo feminino em relação ao masculino. Existem fatores biológicos e culturais de cuidado com a saúde mais relacionados às mulheres que tentam explicar a discrepância nessa variável (BAGIS et al., 2012).

A variável estado civil também apresentou associação com a DTM, com 2,8 vezes mais chances para os indivíduos sem parceiro desenvolverem DTM em relação aos casados. Um resultado semelhante foi obtido por Magalhães et al. 2014, no qual, mais de metade da amostra não era casada (53%) e com maior proporção de indivíduos (23,4%) com problemas nas articulações (artralgia, osteoartrite e osteoartrose), $p=0.014$. Entretanto, vários estudos são realizados com amostra composta por estudantes (FRANCO-MICHELONI et al., 2015, LUCENA et al., 2012, CALIXTRE et al., 2014, MINGHELLI; MORGADO E CARO, 2014, MARCHIORI et al., 2007, PESQUEIRA et al., 2010, MONTEIRO et al., 2011, VEDOLIN et al., 2009, DINIZ et al., 2012), que pela faixa etária, apresentam-se a maioria solteiros. Isso dificulta a comparação com a população adulta, e o esclarecimento da relação entre o estado civil e a DTM. Dependendo dos aspectos socioculturais, indivíduos sem parceiro podem

desenvolver algum tipo de ansiedade ou sentirem-se solitários, e dessa forma estarem mais vulneráveis em experimentar a dor.

Da mesma forma, a situação profissional apresentou associação com DTM, com 3,3 vezes mais chances para os participantes com ocupação desenvolverem a disfunção. A condição com ocupação (estudante e empregado) pode apresentar fatores relacionados a situações de estresse que fazem parte da rotina da universidade ou do ambiente de trabalho e que podem gerar ansiedade, uma vez que os indivíduos dedicam a maior parte do tempo a essas atividades, em detrimento de outras como o lazer. Em um estudo retrospectivo com 207 pacientes com DTM, Reiter et al. (2015) observaram que 63,4% estavam empregados, e apenas 8,0% desempregados. Porém, poucos estudos na literatura investigaram a relação dessa variável e a DTM, dificultando a comparação dos resultados.

Entre as variáveis que medem a ansiedade o HADS mostrou maior força de associação com a DTM, OR de 5,0 vezes mais chances para indivíduos com ansiedade de leve a severa apresentar DTM em relação a ansiedade normal. Resultado semelhante foi encontrado por Lucena et al. (2012), que verificou em 153 estudantes pré-universitários submetidos a um evento estressante, mais chances de participantes com ansiedade terem DTM, OR=2,6 nos 3 meses após o final do curso pré-vestibular e OR= 5,6 no início. Em um estudo posterior Boscato et al. 2013, observou que níveis mais elevados de ansiedade aumentam a prevalência de sinais e sintomas de DTM (PR= 1,38).

O IDATE-estado apresentou uma associação menos significativa com a DTM em relação ao IDATE-traço, OR de 2,5 ($p=0,035$) e 4,2 ($p=0,011$) mais chances para indivíduos com ansiedade de moderada a severa apresentar DTM em comparação com ansiedade leve, respectivamente. Monteiro et al. 2011 encontraram resultados aproximados investigando 150 estudantes e observaram uma correlação positiva entre os níveis de ansiedade-traço e o grau de dor orofacial crônica. No entanto, não encontraram nenhuma correlação significativa para ansiedade estado. Reissmann et al. (2014) também verificou que a ansiedade traço está significativamente associado com diagnóstico de dor em DTM em uma amostra de 320 profissionais da enfermagem, e que níveis severos de ansiedade traço aumentaram as chances de ter a disfunção (OR:1,95). A pouca associação da ansiedade estado e DTM pode ser justificado pelo fato da mesma está relacionada com estado emocional temporário que pode variar em intensidade ao longo do tempo dependendo de estímulos externos, assim o indivíduo pode apresentar-se com uma ansiedade estado menor devido a uma perspectiva de melhorar seu problema no início do atendimento. E a ansiedade traço como é relacionada às características da personalidade do indivíduo, pode não sofrer essa influência.

O nível de ansiedade pelo BAI também apresentou associação com a DTM. Porém com menor força em comparação com HADS e IDATE-traço. O risco estimado para o BAI foi de 3,2 vezes mais chances de indivíduos com ansiedade de leve a severa apresentarem DTM em relação aos com ansiedade mínima. Outros estudos com uma amostra formada por estudantes verificaram através do BAI níveis mais elevados de ansiedade com a aproximação de exames acadêmicos: no estudo de Diniz et al. (2012) o nível elevado de ansiedade foi determinante para o grupo de portadores de DTM, e no estudo de Vedolin et al. (2009) ocorreu diminuição do limiar de dor, para o autor, estressores externos têm um potencial impacto sobre a sensibilidade muscular mastigatória. Dependendo dos aspectos socioculturais, indivíduos sem parceiro podem desenvolver algum tipo de ansiedade ou sentirem-se solitários, e dessa forma estarem mais vulneráveis em experimentar a dor.

Da mesma forma, a situação profissional apresentou associação com DTM, com 3,3 vezes mais chances para os participantes com ocupação desenvolverem a disfunção. A condição com ocupação (estudante e empregado) pode apresentar fatores relacionados a situações de estresse que fazem parte da rotina da universidade ou do ambiente de trabalho e que podem gerar ansiedade, uma vez que os indivíduos dedicam a maior parte do tempo a essas atividades, em detrimento de outras como o lazer. Em um estudo retrospectivo com 207 pacientes com DTM, Reiter et al. (2015) observaram que 63,4% estavam empregados, e apenas 8,0% desempregados. Porém, poucos estudos na literatura investigaram a relação dessa variável e a DTM, dificultando a comparação dos resultados.

Estudos sugerem que fatores psicológicos podem resultar em comportamento de medo e esquiva, que pode induzir hábitos parafuncionais orais e tornar os músculos mastigatórios tensos ou rígido levando ao surgimento da disfunção (LEEJW et al., 2007). Os resultados do estudo de Aggarwal et al. (2010) apoiaram a hipótese de que fatores psicossociais são marcadores para o início da dor orofacial crônica. E que a eficácia na abordagem psicológica no início deve ser uma prioridade para futuras investigações.

Segundo Suvinen et al. (2005), a problemática dos fatores psicológicos causarem DTM ou ser um reflexo do impacto da DTM no indivíduo é desconhecido, devido em grande parte à ausência de estudos para testar a relação de início de DTM e dor, e início de fatores psicológico e psicossociais. No entanto, essas influências são de especial importância na avaliação e gestão bem sucedida de dimensões individuais e subjetivos de experiência de dor associada com DTM.

A literatura relata que sintomas de DTM com o tempo podem afetar a qualidade de vida dos indivíduos (CHISNOIU et al. 2015). Dahlström e Carlsson (2010) verificaram através de uma revisão sistemática da literatura que a OHRQOL foi afetada negativamente entre os

pacientes com DTM. Observaram que a maioria dos estudos utilizaram o instrumento OHIP, e concluíram que o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida pareceu ser mais pronunciado em pacientes com maior número de sinais e sintomas de DTM.

Apesar da maioria dos estudos presentes na literatura investigarem a relação entre qualidade de vida relacionada a saúde bucal por meio do instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP) (JOHN et al., 2007, BARROS; SERAIDARIAN; CÔRTEZ, 2009, DAHLSTRÖM e CARLSSON, 2010, RENER-SITAR et al., 2013 ALMOZNINO et al., 2015), esse índice apresenta uma limitação sobre a percepção do indivíduo e sua qualidade de vida, pois restringe-se a aspectos relacionados a saúde oral (PEREIRA; LACERDA; TRAEBERT, 2009). Diferente do World Health Organization Quality Of Life-Brief Version (WHOQOL-BREF), instrumento elaborado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), que verifica a qualidade de vida de forma mais abrangente, em relação a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura, sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, através dos domínios físico, psicológico, social e meio-ambiente (WHOQOL GROUP, 1994).

No presente estudo a QV apresentou forte associação com a DTM. Em todos os domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) do WHOQOL-BREF, os participantes sem DTM apresentaram médias maiores em nível de qualidade de vida. No WHOQOL-Geral os participantes sem DTM apresentaram níveis mais elevados de QV (68,74%), com significância estatística de $p < 0,001$. E na categorização do WHOQOL, os indivíduos com qualidade de vida baixa apresentaram maior percentual de DTM (82,5%) do que os com qualidade de vida de média a alta ($p < 0,001$).

Resende et al. (2013) por meio do instrumento WHOQOL-BREF, verificou uma associação entre qualidade de vida e o grupo II do RDC-TMD, mais forte com deslocamento de disco com redução ($p = 0,01$). O domínio físico foi associado com severidade e classificação da DTM, mais forte nos grupos com DTM muscular e articular ($p = 0,037$) e leve ($p = 0,042$).

Após análise multivariada por regressão logística não condicional, os modelos ajustados por idade e estado civil mostraram pouca variação nos resultados, exceto para o IDATE-E que perdeu a significância. O sexo apresentou-se fortemente associado a DTM (OR de 3,2-4,2), mostrando-se como uma importante variável de ajuste devido sua relação com a DTM ser bem esclarecida na literatura. E a QV pelo WHOQOL apresentou maior força de associação entre as variáveis (OR=11,4), seguida do HADS (OR=4,1) para ansiedade. Enfatizando a importância dessas variáveis no estudo da DTM.

Esses dados nos revelam o grande impacto causado pela DTM nos diversos aspectos da

QV. E levam ao surgimento da hipótese de que indivíduos muito ansiosos podem desenvolver DTM, e devido aos sintomas da disfunção, dependendo da gravidade, ser impedido de realizar completamente suas atividades diárias, causando restrições, o que pode aumentar ainda mais o nível de ansiedade e conseqüentemente o agravamento do quadro do paciente, piorando também sua QV.

Os resultados discutidos acima mostram a importância da avaliação da ansiedade na DTM. O diagnóstico e tratamento da disfunção pode ser multiprofissional ou multidisciplinar, para que todos os fatores associados ao problema recebam a atenção necessária. Entretanto, a inserção de questionários que avaliam ansiedade e outros fatores psicológicos na consulta inicial a esses pacientes, serviria como orientação para o cirurgião-dentista na identificação preliminar de possíveis alterações psicológicas, e necessidade de avaliação e tratamento por outros profissionais da área. Dessa forma é necessário a realização de mais estudos que envolvam vários instrumentos, para ser possível a comparação de resultados e identificar o mais adequado para o uso clínico.

O presente estudo apresenta uma limitação em relação a validade externa, devido ser formado por uma amostra restrita a pacientes sob cuidados odontológicos, devendo ser interpretado e relacionado com cautela em relação à população em geral. Em contrapartida, o fato do estudo apresentar pacientes com e sem DTM, utilizar um questionário que envolve vários aspectos da QV, e 3 instrumentos diferentes para avaliação da ansiedade, fortalece a validade interna do estudo. Além disso, estudos de caso-controle são adequados para avaliação do efeito e interação de vários fatores relacionados a um evento estudado. Entretanto, possuem a limitação de não distinguir uma cronologia entre a exposição a um determinado fator e o aparecimento do problema. Desta forma, não se pode afirmar se o alto nível de ansiedade ou a baixa qualidade de vida levaram ao aparecimento da DTM, ou se a DTM ocasionou a alteração em tais fatores. Novos estudos devem ser realizados, com delineamento de pesquisa específico para avaliação da causa-efeito.

7 CONCLUSÃO

Dentro das limitações do estudo, pode-se concluir que há uma relação entre os aspectos sociodemográficos, ansiedade e qualidade de vida com a Disfunção Temporomandibular. Os resultados sugerem que níveis elevados de ansiedade e baixo nível de qualidade de vida estão mais presentes em pacientes com DTM, reforçando a necessidade de tratamento para a DTM com um enfoque nos vários possíveis fatores que a envolvem.

8 REFERÊNCIAS

ALLEN, P. F.; WITTER, D. F.; WILSON, N. H. F. ; KAYSER, A. F. Shoetebed dental arch therapy: views of consultants in restorative dentistry in the United Kingdom. *J Oral Rehabil*, v. 23, n. 7, p. 481-5, 1996.

ANSELMO, S. M. Fatores psicológicos relacionados às desordens temporomandibulares: avaliação de pacientes submetidos à tratamento com pares oclusais planos e reabilitação oral [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2005. 99p.

ATSU, S. S.; AYHAN-ARDIC F. Temporomandibular disorders seen in rheumatology practices: A review. *Rheumatol Int*, v. 26, n. 9, p. 781-7, 2006.

AUERBACH, S. M.; LASKIN, D. M.; FRANTSVE, L. M. E.; ORR T. Depression, Pain, Exposure to Stressful Life Events, and Long-Term Outcomes in Temporomandibular Disorder Patients. *J Oral Maxillo fac Surg*, v. 59, p. 628-633, 2001.

AGGARWAL, V. R.; MACFARLANE, G. J.; FARRAGHER, T. M.; MCBETH, J. Risk factors for onset of chronic oro-facial pain – Results of the North Cheshire oro-facial pain prospective population study. *PAIN*, v. 149, n. 2, p. 354–359, 2010.

ALMOZNINO, G.; ZINI, A.; ZAKUTO, A.; SHARAV, Y.; HAVIV, Y.; AVRAHAM, H.; CHWEIDAN, H., NOAM, Y.; BENOLIEL, R. Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Temporomandibular Disorders. *J Oral Facial Pain Headache*, v. 29, p. 231-241, 2015.

BAGIS, B.; AYAZ, E. A.; TURGUT, S.; DURKAN, R.; ÖZCAN, M. Gender difference in prevalence of signs and symptoms of temporomandibular joint disorders: a retrospective study on 243 consecutive patients. *Int J Med Sci.*, v. 9, p. 539-544, 2012.

BARBOSA, T. S.; MIYAKODA, L. S.; POCZTARUK, R. L.; ROCHA, C. P.; GAVIÃO, M. B. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, v. 72, p. 299–314, 2008.

BONJARDIM, L. R.; GAVIÃO, M. B.; PEREIRA, L. J.; CASTELO, P. M. Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Int J Prosthodont*, v. 18, n. 4, p. 347-52, 2005.

BERTOLI, E.; DE LEEUW, R.; SCHMIDT, J.E.; OKESON, J. P.; CARLSON, C. R. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. *J Orofac Pain*, v. 21, n. 2, p. 107-19, 2007.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, J. R. C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Publ*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. M. S. S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 1676-7314, 2005.

BOSCATO, N.; ALMEIDA, R. C.; KOLLER, C. D.; PRESTA, A. A.; GOETTEMS, M. L. Influence of anxiety on temporomandibular disorders – an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 40, p. 643-649, 2013.

BARROS, V. M.; SERAIDARIAN, P. I.; CÔRTEZ, M. I.; DE PAULA, L. V. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorder. *J Orofac Pain*, v. 23, n. 1, p. 28–37, 2009.

CUNHA, S. C.; NOGUEIRA, R. V. B.; DUARTE, A. P.; VASCONCELOS, B. C. E.; ALMEIDA, R. A. C. Análise dos índices de Helkimo e craniomandibular para diagnóstico de desordens temporomandibulares em pacientes com artrite reumatóide. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 73, n. 1, p. 19-26, 2007.

CUNHA, J.A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CHISNOIU, A. M.; PICOS, A. M.; POPA, S.; CHISNOIU, P. D.; LASCU, L.; PICOS, A.; CHISNOIU, R. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders - A literature review. *Clujul Medical*, v. 88, n. 4, p. 473-478, 2015.

CAMPOS, J. A. D. B.; CARRASCOSA, A. C.; BONAFÉ, F. S. S.; MAROCO, J. Epidemiology of Severity of Temporomandibular Disorders in Brazilian Women. *J Dor Facial Oral Headache*, v. 28, p. 147-152, 2014.

CARRARA, S. V.; CONTI, P. C. R.; BARBOSA, J. S. Termo do 1º Consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Dental Press J Orthod*, v. 15, n. 3, p. 114-20, 2010.

CALIXTRE, L. B.; GRÜNINGER, B. L. S.; CHAVES, T. C., OLIVEIRA, A. B. Is there an association between anxiety/depression and temporomandibular disorders in college students? *J Appl Oral Sci*, v. 22, n. 1, p. 15-21, 2014.

DWORKIN, S. F.; LE RESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Cranio mandib Disord*, v. 6, n. 4, p. 301-55, 1992.

DWORKIN, S. F.; Psychological and psychosocial assessment. In: Laskin DM, Greene CS, Hylander WI (eds). *Temporomandibular Disorders. An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment*. Chicago: Quintessence, p. 203–217, 2006.

Mariana Del Cistia Donnarumma (1), Carlos Alberto Muzilli (2), Cristiane Ferreira (3), Kátia Nembr (4)
DONNARRUMA, M. D.; MUZILLI, C. A.; FERREIRA, C.; NEMR, K. Temporomandibular Disorders: signs, symptoms and multidisciplinary approach. *Rev CEFAC*, v. 12, n. 5, p. 788-794, 2010.

DE BOEVER, Y. Function disturbances of the Temporomandibular joint. *Gen Dent*, v. 29, n. 3, p. 226-232, 1981.

DINIZ, M. R.; SABADIN, P. A.; LEITE, F. P.; KAMIZAKI, R. Psychological factors related to temporomandibular disorders: an evaluation of students preparing for college entrance examinations. *Acta Odontol Latino am*, v. 25, n. 1, p. 74-81, 2012.

DE LAAT, A.; KOMIYAMA, O. Qual a utilidade da eletromiografia no diagnóstico de dor muscular na mandíbula ou Disfunção Temporomandibular? *Ver Int Ortop Func*, v. 1, n. 1, p. 71-84, 2004.

DIRAÇOĞLU, D.; YILDIRIM, N. K.; SARAL, İ.; ÖZKAN, M.; KARAN, A.; ÖZKAN, S.; AKSOY, C. Temporomandibular dysfunction and risk factors for anxiety and depression. *J Back Musculo skelet Rehabil*, v. Preprint, n. Preprint, p. 1-5, 2015.

DAHLSTRÖM, L.; CARLSSON, G. E. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 68, p. 80-85, 2010.

EMODI-PERLMAN, A.; YOFFE, T.; ROSENBERG, N.; ELI, I.; ALTER, Z.; WINOCUR, E. Prevalence of Psychologic, Dental, and Temporomandibular Signs and Symptoms Among Chronic Eating Disorders Patients: A Comparative Control Study. *J Orofac Pain*, v. 22, p. 201-208, 2008.

FRANCO-MICHELONI, A. L.; FERNANDES, G.; GONÇALVES, D. A. G.; CAMPARIS, C. M. Temporomandibular Disorders in a Young Adolescent Brazilian Population: Epidemiologic Characterization and Associated Factors. *J Oral Facial Pain Headache*, v. 29, p. 242-249, 2015.

FERNANDES, A. U. R.; GARCIA, A. R.; ZUIM, P. R. J.; CUNHA, L. D. P.; MARCHIORI, A. V. Desordem Temporomandibular e ansiedade em graduandos de odontologia. *Ciênc Odontol Bras*, v. 10, n. 1, p. 70-77, 2007.

FELÍCIO, C. M.; COUTO, G. A.; FERREIRA, C. L. P.; MESTRINER JUNIOR W.; Confiabilidade da eficiência mastigatória com *beads* e correlação com a atividade muscular. *Pró-Fono*, v. 20, n. 4, p. 225-30, 2008.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FERRANDO, M.; ANDREU, Y.; GALDON, M. J.; DURA, E.; POVEDA, R.; BAGAN, J. V. Psychological variables and temporomandibular disorders: distress, coping, and personality. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v. 98, p. 153-60, 2004.

GOMES-OLIVEIRA, M. H.; GORENSTEIN, C.; NETO, F. L.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*. v. 34, p. 389-394, 2012.

GONÇALVES, D. A.; DAL FABRO, A. L.; CAMPOS, J. A.; BIGAL, M. E.; SPECIALI, J. G. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: An epidemiological study. *J Orofac Pain*, v. 24, p. 270-278, 2010.

JOHN, M. T.; REISSMANN, D. R.; SCHIERZ, O.; WASSELL, R. W. Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Temporomandibular Disorders. *J Orofac Pain*, v. 21, n. 1, p. 46-54, 2007.

KINDLER, S.; SAMIETZ, S.; HOUSHMAND, M.; JÖRGENGRABE, H.; BERNHARDT, O.; BIFFAR, R.; KOCHER, T.; MEYER, G.; VÖLZKE, H.; METELMANN, H. R.; SCHWAHN, C. Depressive and Anxiety Symptoms as Risk Factors for Temporomandibular Joint Pain: A Prospective Cohort Study in the General Population. *The Journal of Pain*, v. 13, n. 12, p. 1188-1197, 2012.

LEEuw, M.; GOOSSENS, M. E.; LINTON, S. J.; CROMBEZ, G.; BOERSMA, K.; VLAeyEN, J. W. The fear avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*, v. 30, p. 77-94, 2007.

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

LEPINE, J. P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry*, v. 63, n. 14, p. 4-8, 2002.

MAGALHÃES, B. G.; SOUSA, S. T.; MELLO, V. V. C.; BARBOSA, A. C. S.; MORAIS, M. P. L. A.; VASCONCELOS, M. M. V. B.; CALDAS-JÚNIOR, A. F. Risk factors for temporomandibular disorder: Binary logistic regression analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v. 19, n. 3, p. 232-6, 2014.

MARCHIORI, A. V.; GARCIA, A. R.; ZUIM, P. R. J.; FERNANDES, A. U. R.; CUNHA, L. D. P. Relação entre a disfunção Temporomandibular e à ansiedade em estudantes do ensino fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 7, n. 1, p. 37-42, 2007.

MARCOLINO, J. A. M.; SUZUKI, F. M.; ALLI, L. A. C.; GOZZANI, J. L.; MATHIAS, L. A. S. T. Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. *Rev Bras Anesthesiol*, v. 57, n. 2, p. 157-166, 2007.

MANFREDINI, D.; BANDETTINI, P. A.; CANTINI, E.; DELL'OSSO, L.; BOSCO, M. Mood and anxiety psychopathology and Temporomandibular disorder: a spectrum approach. *J Oral Rehabil*, v. 31, n. 10, p. 933-40, 2004.

MINGHELLI, B.; MORGADO, M.; CAROT. Association of temporomandibular disorder symptoms with anxiety and depression in Portuguese college students. *J Oral Sci*, v. 56, n. 2, p. 127-133, 2014.

MONTEIRO, D. R.; ZUIM, P. R. J.; PESQUEIRA, A. A.; RIBEIRO, P. P.; GARCIA, A. R. Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. *J Prosthodont Res*, v. 55, n. 3, p. 154-8, 2011.

OLIVEIRA, S. B.; SIQUEIRA, S. R. D. T.; SANVOVSKI, A. R.; AMARAL, L. M. T. B.; SIQUEIRA, J. T. T. Temporomandibular Disorder in Brazilian Patients: A Preliminary Study. *J Clin Psychol Med Settings*, v. 15, p. 338-343, 2008.

OLIVEIRA, A. S.; DIAS, E. M.; CONTATO, R. G.; BÉRZIN, F. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorder in Brazilian college students. *Braz Oral Res*, v. 20, p. 3-7, 2006.

OKESON, J. P. Dores bucofaciais de bell: tratamento clínico da dor bucofacial. 6ª ed. São Paulo: Editora Quintessence Ltda; 2006.

OEI, T. P. S.; BOSCHEN, M. J. Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: a benchmarking study. *J Anxiety Disord*, v. 23, p. 950–7, 2009.

OLIVEIRA, A. S.; BERMUDEZ, C. C.; SOUZA, R. A.; SOUZA, C. M. F.; DIAS, R. M.; CASTRO, C. E. S.; BÉRZIN, F. Pain impact on life of patients with temporomandibular disorder. *J Appl Oral Sci*, v. 11, n. 2, p. 138-43, Apr.-Jun. 2003.

OKESON, J. P.; LEEUW, L. Differential Diagnosis of Temporomandibular Disorders and Other Orofacial Pain Disorders. *Dent Clin N Am*, v. 55, p. 105–120, 2011.

OLIVEIRA, L. K.; ALMEIDA, G. A.; LELIS, E. R.; TAVARES, M.; FERNANDES NETO A. J. Temporomandibular disorder and anxiety, quality of sleep, and quality of life in nursing professionals. *Braz Oral Res*, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2015.

PALLEGAMA, R. W.; RANASINGHE, A. W.; WEERASINGHE, V. S.; SITHEEQUE, M. A. M. Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders. *J Oral Rehab*, v. 32, p. 701-707, 2005.

PEREIRA, K. C. R; LACERDA, J. T.; TRABERT, J. The oral impact on daily performances and self-reported quality of life in elderly people in Florianopolis. *Oral Health Prev Dent, Brazil*, v. 7, n. 2, p. 163-72, 2009.

PESQUEIRA, A. A.; ZUIM, P. R. J.; MONTEIRO, D. R.; RIBEIRO, P. P.; GARCIA, A. R. Relationship between psychological factors and symptoms of tmd in university undergraduate students. *Acta Odontol Latinoam*, v. 23, n. 3, p. 182-187, 2010.

REISSMANN, D. R.; SEEDORF, H.; JOHN, M. T.; DOERING, S.; SCHIERZ, O. Temporomandibular Disorder Pain Is Related to the General Disposition to be Anxious. *J Oral Facial Pain Headache*, v. 28, n. 4, p. 322-330, 2014.

REITER, S. EMODI-PERLMAN, A. GOLDSMITH, C. FRIEDMAN-RUBIN, P. WINOCUR, E. Comorbidity Between Depression and Anxiety in Patients with Temporomandibular Disorders According to the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. *J Oral Facial Pain Headache*, V. 29, P. 135–143, 2015.

RENER-SITAR, K.; CELEBIC, A.; MEHULIC, K.; PETRICEVIC, N. Factors Related to Oral Health Related Quality of Life in TMD Patients. *Coll Antropoi*, v. 37, n. 2, p. 407-413, 2013.

RESENDE, C. M. B. M.; ALVES, A. C. M.; COELHO, L. T.; ALCHIER, J. C.; RONCALLI, A. G.; BARBOSA, G. A. S. Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Braz oral res*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 1806-8324, Mar./Apr. 2013.

SIPILA, K.; NAPANKANGAS, R.; KONONEN, M.; ALANEN, P.; SUOMINEN, A. L. The role of dental loss and denture status on clinical signs of temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil*, v. 40, p.15-23, 2013.

SCRIVANI, S. J.; KEITH, D. A.; KABAN, L. B. Temporomandibular disorders. *N Engl J Med*, v. 359, p. 2693-2705, 2008.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUSH, R. L.; LUSHENE, R. E. Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Manual. Rio de Janeiro: CEPA; 1979. 1 5

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1970.

SUVINEN, T. I.; READE, P. C.; HANES, K. R.; NEN, M. K. N.; KEMPPAINEN, P. Temporomandibular disorder subtypes according to self-reported physical and psychosocial variables in female patients: a re-evaluation. *J Oral Rehabil*, v. 32, p. 166-173, 2005.

TEIXEIRA, M. J.; TEIXEIRA, W. G. J.; SANTOS, F. P. S.; ANDRADE, D. C. A.; BEZERRA, S. L.; FIGUEIRÓ, S. A. B.; OKADA, M. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética: dor músculo-esquelética. *Rev Med*, São Paulo, v. 8, n. 1, p.1-21, 2001.

TURRELL, G.; SANDERS, A. E.; SLADE, G. D.; SPENCER, A. J.; MARCENES, W. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, p.195–206, 2007.

VALLE-COROTTI, K. M.; CARVALHO, P. E. G.; SIQUEIRA, D. F.; JUNIOR, J. R. F.; BRITO, L. S.; CARINHENAS, C. S. Estudo do índice de Disfunção Temporomandibular (DTM) em pacientes da Clínica Infantil da Universidade Cidade de São Paulo. *Rev odontol Univ Cid Sao Paulo*, v. 22, n. 1, p. 12-8, Jan.-Abr. 2010.

VEDOLIN, G. M.; LOBATO, V. V.; CONTI, P. C. R.; LAURIS, J. R. P. The impact of stress and anxiety on the pressure pain threshold of myofascial pain patients. *J Oral Rehabil*, v. 36, p. 313–321, 2009.

WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health*, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

ANEXO I - PARECER CEP-HUOL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM E SEM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

Pesquisador: Gustavo Seabra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38486714.7.0000.5292

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 900.543

Data da Relatoria: 27/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal observacional que consistirá na aplicação de questionários em pacientes com e sem Disfunção Temporomandibular (DTM) para avaliação de sinais de ansiedade, qualidade de vida, depressão e distúrbios do sono. A amostra selecionada compreenderá 100 casos de DTM registrados e diagnosticados no setor DTM e Dor Orofacial e 100 casos de pacientes em atendimento odontológico sem DTM tratados no setor de Clínica integrada, ambos do departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar a relação entre a disfunção temporomandibular, a ansiedade, qualidade de vida, depressão e os distúrbios do sono.

Objetivos Específicos:

Avaliar a relação entre a DTM e a ansiedade;

Avaliar a relação entre a DTM e a qualidade de vida;

Avaliar a relação entre a DTM e a depressão;

Avaliar a relação entre a DTM e os distúrbios do sono;

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3ª subsolo
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 900.543

Avaliar a predisposição de paciente depressivos e/ou com alteração do sono a apresentar a DTM

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não descreve no projeto original os riscos e benefícios do estudo e no projeto cadastrado na plataforma descreve que a previsão de risco é mínima e informa que o risco que o participante corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância à medida que busca avaliar os sinais de ansiedade, qualidade de vida, depressão e distúrbio do sono em pacientes com e sem função temporomandibular, podendo trazer contribuições acadêmicas e assistenciais a esses pacientes. Porém no projeto, não há relato dos riscos e benefícios do estudo e no projeto cadastrado na plataforma não deixa claro os riscos mínimos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os Termos de apresentação obrigatórias referentes a carta de anuência assinada e carimbada pelo vice-coordenador do Departamento de Odontologia já que o estudo será realizado na clínica integrada do referido Departamento, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a folha de rosto, o cronograma com previsão de coleta de dados para o mês de março a outubro de 2015 e orçamento.

Recomendações:

Descrever de forma clara os riscos mínimos no projeto original e no da plataforma bem como as medidas utilizadas para minimizar esses riscos semelhante do que foi descrito no TCLE;

Corrigir o período de coleta de dados no resumo e na metodologia do projeto, posto que nesses está previsto para o mês de setembro de 2014 a dezembro de 2015.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3841 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Ansiedade, qualidade de vida, depressão e distúrbio do sono em pacientes com e sem disfunção temporomandibular”, que tem como pesquisador responsável Gustavo Augusto Seabra Barbosa.

Esta pesquisa pretende avaliar a inter-relação entre a ansiedade, qualidade de vida, disfunção temporomandibular, a depressão e o distúrbio do sono.

O motivo que nos leva a fazer este estudo sobre a disfunção temporomandibular (DTM), que é um conjunto de alterações clínicas que envolvem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e outras estruturas, é que atualmente muitos estudos têm relatado uma associação significativa entre a DTM e o estado psicológico. Por isso, pretende-se estudar se a ansiedade, a qualidade de vida, a depressão e as alterações no sono predispõem a esta condição dolorosa (DTM), ou se a dor propriamente dita provoca estes distúrbios.

Caso você decida participar, você deverá responder a cinco questionários: para a análise da ansiedade, será utilizado o Índice de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); para a análise qualidade de vida, o WHOQOL ; para análise da DTM, o RDC-TMD, para a análise da depressão, o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e para os transtornos do sono, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Esses questionários irão indicar sinais de que você apresenta uma pré-disposição à DTM, à ansiedade, à depressão, e a classificação de sua qualidade de vida e a alterações no sono isoladamente ou em conjunto. O paciente não terá gastos ao participar da pesquisa e precisará de, no máximo, 15 a 20 minutos para respondê-los.

No primeiro contato com o paciente, será realizado um exame clínico completo, composto pelo exame físico e a anamnese detalhada do paciente; seguido pelo preenchimento dos índices citados acima. A previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Pode acontecer um desconforto durante o exame físico realizado no RDC-TMD em pacientes que apresentam DTM; pois consiste em um exame de palpação com aplicação de força nos músculos da mastigação e na articulação. Esse desconforto será minimizado com a interrupção da aplicação da força a partir do momento em que o paciente expressar as primeiras reações à dor além de atendimento clínico com realização de procedimentos para tratamento da DTM. Você terá como benefício à

oportunidade de conhecer a DTM, uma disfunção tão pouco divulgada e com poucos profissionais especialistas em sua cidade, além de receber orientações de um profissional da área de como se prevenir e perceber os primeiros sintomas caso venha a desenvolvê-los algum dia.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita no CIADE (Centro Integrado de Atendimento a portadores de Disfunção do aparelho Estomatognático), no departamento de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, que será prestada pela equipe envolvida na pesquisa, através de orientação e tratamento clínico para a DTM, caso você venha a apresentar os sintomas da disfunção em virtude do exame aplicado durante a realização da pesquisa sob a responsabilidade de Gustavo Augusto Seabra Barbosa.

Durante todo o período da pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável para tirar suas dúvidas através do email gustavoaseabra@hotmail.com.

Você tem o direito de se recusar a participar da pesquisa e de não responder a perguntas que lhe causem constrangimento de qualquer natureza ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

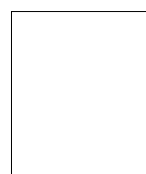
Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis, CEP 59.012-300, Natal/RN. Telefone: (84) 3342 5003. E-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Gustavo Augusto Seabra Barbosa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa (Ansiedade, qualidade de vida, depressão e distúrbio do sono em pacientes com e sem disfunção temporomandibular), e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ____/____/____.



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo (Ansiedade, qualidade de vida, depressão e distúrbio do sono em pacientes com e sem disfunção temporomandibular), declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal ____/____/____.

Gustavo Augusto Seabra Barbosa

ANEXO III- RDC/TMD

NOME: _____

Raça: _____ Sexo: () Masc () Fem Idade:

Naturalidade: _____ UF: _____ Nacionalidade:

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Tel. _____

RDC – TMD

Q3. Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora, na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?

Não 0 Sim 1

Q14a. Você alguma vez teve travamento articular de forma que não foi possível abrir a boca por todo o trajeto?

Não 0 Sim 1

14.b. Esta limitação de abertura mandibular foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

Não 0 Sim 1

EXAME CLÍNICO

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

nenhum 0

| | |
|----------|---|
| direito | 1 |
| esquerdo | 2 |
| ambos | 3 |

2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor?

| Direito | | Esquerdo | |
|-------------|---|-------------|---|
| Nenhuma | 0 | Nenhuma | 0 |
| Articulação | 1 | Articulação | 1 |
| Músculos | 2 | Músculos | 2 |
| Ambos | 3 | Ambos | 3 |

Examinador apalpa a área apontada pelo paciente, caso não esteja claro se é dor muscular ou articular.

3. Padrão de Abertura

| | |
|---|---|
| Reto | 0 |
| Desvio lateral direito (não corrigido) | 1 |
| Desvio lateral direito corrigido (“S”) | 2 |
| Desvio lateral esquerdo (não corrigido) | 3 |
| Desvio lateral corrigido (“S”) | 4 |
| Outro | 5 |

Tipo _____ (especifique)

4. Extensão de movimento vertical

- Abertura sem auxílio sem dor ___ mm
- Abertura máxima sem auxílio ___ mm
- Abertura máxima com auxílio ___ mm

d. Trespasse incisal vertical ____ mm

Tabela abaixo: Para os itens “b” e “c” somente

| DOR MUSCULAR | | | | DOR ARTICULAR | | | |
|--------------|---------|----------|-------|---------------|---------|----------|-------|
| nenhuma | direito | esquerdo | ambos | nenhuma | direito | esquerdo | ambos |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |

5. Ruídos articulares (palpação)

a. Abertura

| | Direito | Esquerdo |
|----------------------|---------|----------|
| Nenhum | 0 | 0 |
| Estalido | 1 | 1 |
| Crepitação grosseira | 2 | 2 |
| Crepitação fina | 3 | 3 |

Medida do estalido na abertura ____ mm ____ mm

b. Fechamento

| | Direito | Esquerdo |
|----------------------|---------|----------|
| Nenhum | 0 | 0 |
| Estalido | 1 | 1 |
| Crepitação grosseira | 2 | 2 |
| Crepitação fina | 3 | 3 |

Medida do estalido de fechamento ____ mm ____ mm

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

| | Direito | Esquerdo |
|-----|---------|----------|
| Sim | 0 | 0 |
| Não | 1 | 1 |
| NA | 8 | 8 |

6. Excursões

a. Excursão lateral direita ___ mm

b. Excursão lateral esquerda ___ mm

c. Protrusão ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens "a", "b" e "c"

| DOR MUSCULAR | | | | DOR ARTICULAR | | | |
|--------------|---------|----------|-------|---------------|---------|----------|-------|
| nenhuma | direito | esquerdo | ambos | nenhuma | direito | esquerdo | ambos |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 |

d. Desvio de linha média ___ mm

| Direito | Esquerdo | NA |
|---------|----------|----|
| 1 | 2 | 8 |

7. Ruídos articulares nas excursões:

Ruídos - direito

| | Nenhum | Estalido | Crepitação grosseira | Crepitação leve |
|--|--------|----------|----------------------|-----------------|
| | | | | |

| | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|
| Excursão direita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Excursão esquerda | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Protrusão | 0 | 1 | 2 | 3 |

Ruídos - esquerdo

| | Nenhum | Estalido | Crepitação grosseira | Crepitação leve |
|-------------------|--------|----------|----------------------|-----------------|
| Excursão direita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Excursão esquerda | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Protrusão | 0 | 1 | 2 | 3 |

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10 Circule o número que corresponde a quantidade de dor.

0 = Sem dor / somente pressão 1 = dor leve 2 = dor moderada 3 = dor severa

8. Dor muscular extra-oral com palpação

| | Direito | Esquerdo |
|--|---------|----------|
| a) Temporal posterior (parte por trás da têmpora) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| b) Temporal médio (meio da têmpora) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| c) Temporal anterior (parte anterior da têmpora) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| d) Masseter superior (bochecha/abaixo do zigoma) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| e) Masseter médio (bochecha/lado da face) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| f) Masseter inferior (bochecha/linha da mandíbula) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |

| | | |
|--|---------|---------|
| g) Região mandibular posterior (estilo-hióide / região posterior do digástrico) “região da garganta” | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| h) Região submandibular (pterigóideo medial/supra-hióide/região anterior do digástrico) “abaixo do queixo” | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |

9. Dor articular com palpação

| | Direito | Esquerdo |
|---|---------|----------|
| a) Pólo lateral (por fora) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| b) Ligamento posterior (dentro do ouvido) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |

10. Dor muscular intra-oral com palpação

| | Direito | Esquerdo |
|---|---------|----------|
| a) Área do pterigóideo lateral (atrás dos molares superiores) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |
| b) Tendão do temporal (intra-bucal) | 0 1 2 3 | 0 1 2 3 |

ANEXO VI- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Paciente: _____ Idade: _____

Gênero: () Masc. () Fem. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

Nível de escolaridade: () sem escolaridade () Fundamental () Médio () Superior () Pós-graduação

Situação profissional: () Estudante () Empregado () Desempregado () Do lar

Se empregado, qual profissão: _____

Quadro 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

0 a 7 – Normal
8 a 10 – Leve
11 a 14 – Moderada
15 a 21 – Severa

Total A: _____ (_____)
Total D: _____ (_____)

ANEXO V- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

IDATE
(PARTES I e II)

Nome: _____
Idade: _____ a _____ m Data do nascimento: ____/____/____
Naturalidade _____ Estado civil _____ Sexo _____
Nível de instrução _____
Profissão _____
Ocupação atual _____

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte I e assinale com um círculo um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a instrução do alto da página.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM.

TRABALHE RÁPIDO, PORÉM SEM PRECIPITAÇÕES.

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

| | AVALIAÇÃO | | | |
|--|------------------------|---|---|---|
| Muitíssimo-----4 | Um pouco-----2 | | | |
| Bastante-----3 | Absolutamente não----1 | | | |
| 1- Sinto-me calmo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2- Sinto-me seguro..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3- Estou tenso..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4- Estou arrependido..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5- Sinto-me à vontade..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6- Sinto-me perturbado..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7- Estou preocupado com possíveis infortúnios..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8- Sinto-me descansado..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9- Sinto-me ansioso..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10- Sinto-me "em casa"..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11- Sinto-me confiante..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12- Sinto-me nervoso..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13- Estou agitado..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14- Sinto-me uma pilha de nervos..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15- Estou descontraído..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16- Sinto-me satisfeito..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17- Estou preocupado..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18- Sinto-me confuso..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19- Sinto-me alegre..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20- Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

* Os itens demarcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

| | | AVALIAÇÃO | | | |
|-----|---|---------------------|-------------------|---|---|
| | | Quase sempre-----4 | Às vezes-----2 | | |
| | | Frequentemente----3 | Quase nunca-----1 | | |
| 1. | Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Canso-me facilmente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Tenho vontade de chorar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Sinto-me descansado..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Preocupo-me demais com as coisas sem importância | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Sou feliz..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Deixo-me afetar muito pelas coisas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Não tenho muita confiança em mim mesmo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Sinto-me seguro..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Evito ter que enfrentar crises ou problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Sinto-me deprimido..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Estou satisfeito..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Sou uma pessoa estável | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

* Os itens marcados em vermelhos são as perguntas de carácter positivo do IDATE-traço.

ANEXO VI- Inventário de Ansiedade de BECK (BAI)

Nome: _____

Idade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

| | Absolutamente não (0) | Levemente Não me incomodou muito (1) | Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar (2) | Gravemente Difícilmente pude suportar (3) |
|--|---------------------------------|--|---|--|
| 1. Dormência ou formigamento | | | | |
| 2. Sensação de calor | | | | |
| 3. Tremores nas pernas | | | | |
| 4. Incapaz de relaxar | | | | |
| 5. Medo que aconteça o pior | | | | |
| 6. Atordoado ou tonto | | | | |
| 7. Palpitação ou aceleração do coração | | | | |
| 8. Sem equilíbrio | | | | |
| 9. Aterrorizado | | | | |
| 10. Nervoso | | | | |
| 11. Sensação de sufocação | | | | |
| 12. Tremores nas mãos | | | | |
| 13. Trêmulo | | | | |
| 14. Medo de perder o controle | | | | |
| 15. Dificuldade de respirar | | | | |
| 16. Medo de morrer | | | | |
| 17. Assustado | | | | |
| 18. Indigestão ou desconforto no abdômen | | | | |
| 19. Sensação de desmaio | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| 20. Rosto afogueado | | | | |
| 21. Suor (não devido ao calor) | | | | |

TOTAL: _____

| | | |
|---------|--------------------|--|
| 0 – 7 | Ansiedade Mínima | |
| 8 – 15 | Ansiedade Leve | |
| 16 – 25 | Ansiedade Moderada | |
| 26 – 63 | Ansiedade Severa | |

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio, de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | Nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | Muito Ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|---|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|----|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
|----|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|----|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se **acom que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nunca | algumas vezes | freqüentemente | muito freqüentemente | sempre |
|----|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 | Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?