

Estudo Comparativo entre Índice Anamnético de Disfunção Temporomandibular e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) em mulheres idosas

Comparative Study between the Anamnestic Index of temporomandibular dysfunction and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in older women

Ana Carla F. C. Rios¹, Paulo Vicente B. da Rocha², Lydia de Brito Santos³

1. Professora da Disciplina de Clínica Integrada da Universidade Estadual de Feira de Santana

2. Professor Doutor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

3. Professora Titular da Disciplina de Clínica Integrada da Universidade Estadual de Feira de Santana

DESCRIPTORES:

Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Ansiedade; Mulheres Idosas; Assistência Odontológica para Idosos; Odontologia Geriátrica.

RESUMO

A população de idosos no Brasil vem aumentando rapidamente, o que coloca em evidência a atenção à saúde do idoso. Nesse contexto, realizou-se uma avaliação comparativa entre índice de Disfunção Temporomandibular (DTM) e níveis de ansiedade em um grupo de 73 mulheres idosas, funcionalmente independentes, na faixa etária de 60 a 87 anos. Foi utilizado um Índice Anamnético para DTM que agrupou os sujeitos desta pesquisa em: indivíduos sem DTM, portadoras de DTM leve, portadoras de DTM moderada e portadoras de DTM severa. A aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) classificou os indivíduos pesquisados de acordo com a tendência para reagir à pressão psicológica com ansiedade (traço de ansiedade) e o nível de ansiedade momentânea (estado de ansiedade). Os resultados obtidos foram submetidos à análise de correlação entre Índice de DTM e o nível de ansiedade, nas escalas de traço (A-traço) e estado (A-estado), utilizando-se o coeficiente de correlação de Spearman, obtendo-se correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre Índice de DTM e escala de ansiedade traço-estado. Isso nos permite concluir que houve correlação entre DTM e ansiedade na amostra estudada.

Keywords:

Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Anxiety; Woman Aged . Dental Care for Aged; Geriatric Dentistry.

ABSTRACT

Brazilian older population is on the increase since the last decade, a fact that draws attention on the older people's health needs. The conducted study aimed to assess the relation between the Temporomandibular Dysfunction (TMD) and anxiety levels in a group of 73 functionally independent women aged 60 to 87. An anamnestic index for TMD was the tool to classify individuals of the sample as: women without TMD, women with slight TMD, women with moderate TMD and women with severe TMD. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was used to classify the individuals in the sample as to their ability to face psychological stress with anxiety (anxious trait) and the momentary anxiety level (anxious state). The collected data were subjected to correlation analysis between the TMD index and the anxiety level, on the anxious trait (A-trait) and anxious state (A-state) scales, applying the Spearman correlation rate and it resulted in a statistically significant relation ($p < 0.05$) between the TMD index and the state-trait anxiety scale. We can conclude that there was correlation between TMD and anxiety into the studied group.

Endereço para correspondência:

Lydia Santos
Rua Sabino Silva, 322/501 – Kalilândia
Feira de Santana/BA
E-mail: lydiabs@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular é um termo coletivo, que abrange um largo espectro de problemas clínicos da articulação e dos músculos na área orofacial. Caracteriza-se pela existência da dor, sensibilidade muscular, estalido da articulação temporomandibular (ATM) e limitação dos movimentos mandibulares. Pode ocorrer quando houver alteração funcional de sistema mastigatório e a capacidade de tolerância e adaptabilidade de seus componentes forem ultrapassadas¹. As DTMs ocorrem raras e separadamente, assim como os múltiplos problemas com

sintomas complexos.

Vários fatores, sejam eles oclusais, traumáticos, alterações na articulação e músculos, hábitos parafuncionais e estresse emocional e físico, podem diminuir a capacidade adaptativa do aparelho estomatognático e levar à ocorrência da disfunção. Mas, não se pode afirmar, com certeza, se atuam como fatores predisponentes, perpetuantes ou coincidentes. A tendência atual é considerar a DTM como um problema multifatorial².

O envelhecimento da população mundial é uma das características mais importantes da sociedade contemporânea. Esse fenômeno tem envolvido o Brasil de forma sis-

221

temática e consistente; os idosos, particularmente aqueles com mais de 70 anos e do gênero feminino, constituem o segmento que mais cresce na população brasileira^{3,4}.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2009, o país contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, 55,8% do gênero feminino. A situação mais favorável para mulheres se evidencia com a análise da expectativa média de vida, ao nascerem (77,0 anos para as mulheres e 69,4 anos para os homens)⁴.

Areosa e Areosa⁵ destacam a participação de mulheres em estudos com grupos de idosos e relata que, no Brasil, ocorre a influência do predomínio de mulheres em idade avançada, as quais vivem, em média, cinco anos ou mais que os homens. Em um estudo transversal, realizado em um município de São Paulo por Martins et al.⁶, com o objetivo de observar a relação da ocorrência da DTM e classe econômica, escolaridade, faixa etária e sexo, identificou-se apenas uma associação estatisticamente significativa em nível de 5% para o sexo feminino.

Essa situação destaca a saúde das mulheres idosas como importante foco de atenção e torna premente a necessidade de a comunidade odontológica compreender os aspectos gerontológicos e geriátricos envolvidos na população brasileira. Dentro desse contexto, a compreensão da inter-relação entre alterações do sistema estomatognático, decorrente do envelhecimento e de fatores emocionais, como a Disfunção Temporomandibular (DTM), é um dos assuntos de interesse para os que se dedicam à odontogeriatría⁷.

Nas informações estatísticas compiladas na PNAD 2009, as doenças articulares e os transtornos emocionais aparecem com bastante frequência entre idosos brasileiros: 24,2% e 9,2%, respectivamente. No entanto, nas pesquisas acerca da DTM em idosos, ainda não se evidencia consenso com relação ao impacto dos fatores emocionais (ansiedade e depressão) na DTM nem as repercussões da DTM na saúde geral dos indivíduos idosos. Isso provavelmente tem ocorrido devido ao enfoque das pesquisas que priorizaram a análise de sinais e sintomas físicos e sugerem que DTM no idoso está associada a fatores morfo-fisiológicos agregados ao envelhecimento^{8,9,10}.

No que concerne à frequência de DTM por sexo, os estudos consultados concordam na associação desta com o sexo feminino. Entre as tentativas para explicar esse fato, são consideradas diferenças psicossociais, hormonais e constitucionais entre os sexos. E ainda, que a presença de receptores de estrógeno na ATM, modula funções metabólicas em relação à frouxidão dos ligamentos^{11,12}, o que pode ser relevante na determinação da DTM em mulheres.

A Teoria Psicofisiológica admite que, com exceção de condição artrítico-degenerativa e problemas induzidos por meio de trauma externo, estresse é um fator etiológico comum na DTM. O estresse excessivo (distresse) pode resultar em hiperatividade dos músculos mastigatórios como meio de liberação das tensões emocionais. A hiperatividade dos músculos mastigatórios pode originar mudanças orgânicas, resultando num padrão mastigatório alterado com reforço do espasmo muscular. Essas alterações morfológicas e fisiológicas passam a atuar como fatores perpetuadores da disfunção, tornando a DTM autoperpetuante^{11,13,14}.

Ao fazer uma aproximação entre a teoria psicofisiológica de etiologia da DTM e as teorias interacionais do estresse, definiu-se como objetivo deste trabalho avaliar a inter-relação entre DTM referida e a ansiedade, enquanto

distúrbio emocional associado ao estresse, em um grupo de mulheres idosas matriculadas no Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na cidade de Feira de Santana.

MATERIAL E MÉTODO

O grupo de participantes neste estudo foi determinado a partir da identificação do número de idosas classificadas como portadoras de DTM moderada ou severa matriculadas na UATI - UEFS que atendiam aos critérios de inclusão: a) Estar frequentando as aulas regularmente; b) Completar 60 anos no ano que se procedeu à coleta de dados; d) Apresentar escolaridade mínima compatível com o curso primário; e) Ser funcionalmente independente; f) Apresentar capacidade cognitiva para responder aos questionários. Dividiu-se em três grupos: a) Grupo I - Todas as idosas classificadas como portadoras de DTM moderada ou severa (n=32); b) Grupo II - Igual número de pessoas, com risco identificado para DTM, que serão identificadas neste trabalho como portadoras de DTM leve e foram escolhidas aleatoriamente, por meio de sorteio simples e convidadas, da mesma forma, ou seja: por meio de carta entregue pessoalmente, nos dias de atividade no programa; c) Grupo III - A composição deste grupo ocorreu, utilizando-se dos mesmos critérios do grupo II, sendo formado de pessoas que não apresentavam sintomas de DTM. Aceitaram participar da pesquisa 73 idosas.

Após consentimento por parte das idosas, foram preenchidos os prontuários de pesquisa, compostos de três partes: 1) Diagnóstico de DTM baseado no Questionário Anamnético de DTM, proposto por Fonseca et al. (1994)¹⁵; 2) Avaliação do nível de ansiedade momentânea como reação do complexo emocional vinculada ao estresse (estado de ansiedade); 3) Identificação da predisposição das pessoas de serem apreensivas e manifestarem ansiedade, mesmo sem estresse externo (traço de ansiedade). As duas últimas partes foram estruturadas com base no Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE), idealizado por Spielberger et al. (1979)¹⁶.

O fato de o IDATE avaliar a ansiedade, enquanto estado emocional transitório e também como traço da personalidade, tem importância na pesquisa de DTM, por oferecer a possibilidade de contribuir para elucidar um tema controverso nas pesquisas de DTM: se a ansiedade é fator etiopatológico da disfunção ou perpetuador desta. Assim entendendo, se os portadores apresentam uma predisposição para ansiedade (alto escore para traço de ansiedade), a ansiedade é um fator que antecede a desordem e, portanto, contribui para o aparecimento da disfunção. Por outro lado, se os indivíduos demonstram escores baixos de A-traço e alto para estado de ansiedade (A-estado) leva a inferir que a desordem conduz a sentimento simultâneo de ansiedade, constituindo-se em uma consequência ou, pelo menos, que algum fator estressante momentâneo levou ao aparecimento da sintomatologia.

Após aplicação dos questionários, os dados foram informatizados no programa EPI-INFO Versão 6.0 e disponibilizados para análise estatística. Os dados foram, então, firmados e apresentados em tabelas, distribuídos por faixa etária e estado civil. Distribuiu-se a frequência das escalas de A-traço e escalas de A-estado de acordo com o índice de severidade de DTM. Realizaram-se os cálculos da média dos valores dessas escalas por índice de DTM.

Efetuiu-se a análise de correlação entre índice de DTM e escala de A-traço, entre índice de DTM e escala de A-estado, utilizando-se o coeficiente de correlação de Spearman. O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado para analisar as diferenças entre os valores médios da escala de A-traço e da escala de A-estado entre os diferentes graus de severidade de DTM. Adotou-se um nível de significância estatística de 0.05%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 demonstra a distribuição do grupo de estudo de acordo com a classificação do grau de severidade da DTM, segundo faixa etária e estado civil. Com relação ao grau de severidade de DTM, o grupo foi subdividido, com base no Índice Anamnético de DTM, em três subgrupos: a) Indivíduos sem DTM, b) Indivíduos com risco identificado, classificados pelo índice como indivíduos DTM leve e c) Indivíduos com DTM moderada ou severa. As mulheres classificadas com DTM moderada e com DTM severa foram agrupadas juntas, por serem consideradas representantes das portadoras de DTM e, consequentemente, com necessidade de tratamento. A adoção dessa metodologia baseou-se nas pesquisas que apontam elevada prevalência de sinais e sintomas de DTM na população em geral, porém sem necessidade de tratamento^{13,16,17}, ou seja, falsos positivos.

Não foram feitas quaisquer associações entre DTM e estado civil. Bove; Guimarães e Smith (2005)¹⁷ ao fazer caracterização de 150 indivíduos atendidos em um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial, não encontraram, também, diferenças significativas em relação a estado marital - 47% eram casados, e 43%, solteiros.

Com relação à associação idade-severidade de DTM, observou-se que, na faixa etária de 59 a 69 anos, houve equivalência no número de mulheres sem DTM e mulheres com DTM leve e pequeno aumento do número de mulheres com DTM moderada ou severa. Na faixa etária mais velha, observou-se relação inversa. A associação entre menor severidade das DTM, com aumento da idade, tem sido constatada por vários autores que se utilizaram de instrumentos de autorrelato na coleta de dados^{6,8,17,18}. Entretanto, o número de participantes nas faixas etárias mais velhas nessas pesquisas é menor que as faixas mais jovens. Esse fato também ocorreu neste trabalho, em que a faixa etária maior de 70 anos representou 1/3 do grupo de estudo, alertando para a necessidade de pesquisas epidemiológicas, com amostra representativa que possibilitem elucidar a prevalência das DTM com o avançar da idade e esclarecer a respeito da prevalência de idosas portadoras de DTM com necessidade de tratamento.

Observa-se, na Tabela 2, o que se observa que contém os valores máximos, mínimos, das médias, das medianas, dos primeiros e terceiros quartis de A-estado, A-traço e grau de nervosismo, segundo Índice de DTM. Tanto a média do grau de A-estado quanto de A-traço aumentaram à proporção que a severidade das DTM se intensificava. Esse fato denota uma relação positiva no grupo estudado entre severidade de DTM e grau de ansiedade, estatisticamente significativo tanto entre DTM e A-estado (ao nível de 1%) quanto entre DTM e A-traço (ao nível de 5%). Ao se analisarem as diferenças dos valores de ambas as escalas de ansiedade das mulheres sem DTM para aquelas com risco identificado (DTM leve), não se constatou significância es-

tatística, ao passo que se registrou significância entre as diferenças dos valores de ambas as escalas entre as mulheres sem DTM e portadoras de DTM moderada-severa ($p < 0,05$). O mesmo fenômeno foi observado entre aquelas com Risco identificado (DTM leve) e portadoras de DTM moderada-severa ($p < 0,05$). Esse resultado sugere que a identificação de risco para DTM não se associou a transtornos de ansiedade no cotidiano dessas idosas, embora devam ser acompanhadas para esclarecer quais fatores etiológicos podem ter gerado a classificação destas como pessoas com risco para DTM. Essa constatação leva à seguinte indagação: o que as tornam diferentes daquelas que são livres de sintomas e qual a estratégia de prevenção para DTM que pode ser aplicada?

A comparação numérica desses resultados com estudos anteriores torna-se difícil pela heterogeneidade observada nas amostras, nos critérios diagnósticos utilizados e nos dados normativos para o IDATE. No entanto, os resultados encontrados se assemelham ao da pesquisa clínica realizada por Leeuw et al. (1994)¹³. Outro pesquisador que utilizou o IDATE para avaliar estado e traço de ansiedade, enquanto reação emocional estresse-relacionada, em portadores de DTM, verificou a mesma correlação positiva estatisticamente significativa tanto para A-estado quanto para A-traço ($p < 0,01$)¹¹.

Apesar da correlação positiva do presente estudo, entre as duas escalas de ansiedade e grau de severidade das DTM, quando foram aplicados os dados normativos do IDATE (A-estado=42,81 e A-traço=42,97), apenas as participantes do subgrupo 1 foram classificadas com traço ansioso (A-traço = 46,56), e nenhum subgrupo demonstrou ansiedade, de acordo com o IDATE no momento atual (A-estado). Resultados semelhantes foram encontrados por Southwell; Dearly; Geissler (1990)¹⁹. No entanto, os autores detectaram nível de ansiedade momentânea nos pacientes semelhante ao grupo-controle, dado que difere dos resultados por nós encontrados, pois as pacientes com DTM moderada e severa apresentaram média no A-estado superior ao grupo assintomático, apesar de o IDATE classificar todos sem ansiedade.

A variação dos resultados de A-estado, na pesquisa realizada por Southwell; Dearly; Geissler (1990)¹⁹, pode ter sofrido interferência da metodologia aplicada, visto que esta é uma medida passível de ser influenciada pela quantidade de tensão oferecida pelas condições sob as quais o inventário foi aplicado. Esses trabalhos não relataram em que condições físicas e metodológicas o instrumento foi aplicado.

Malgrado dificuldades de comparação, encontrou-se um número maior de pesquisas que associam positivamente DTM e ansiedade^{17,20,21,22,23}. A análise dos resultados deste estudo e o confronto com a literatura antecessora sugerem que existe associação entre ansiedade e DTM e, provavelmente, a ansiedade faz parte dos fatores emocionais envolvidos na etiologia das DTM, tendo em vista que a propensão a reagir às situações estressantes com ansiedade é um traço da personalidade dos portadores de DTM moderada ou severa. Assim, a ansiedade é uma característica presente desde cedo em suas vidas, portanto antecedente às manifestações de DTM.

Pode-se conjecturar que o fato de o indivíduo apresentar personalidade com traço para ansiedade pode provocar dificuldades deste em se ajustar ao seu meio, visto que a pessoa com essa característica interpreta muitas situações da vida como ameaçadoras, repercutindo no seu bem-estar e no seu desempenho, não permitindo que se prepare e enfrente as situações do seu cotidiano e quando

em estresse tendam a somatizar^{10,20,24}.

Dito de outra forma: indivíduos que possuem predisposição fisiológica para o desenvolvimento de uma disfunção na musculatura mastigatória e apresentam uma tendência ansiosa, com maior possibilidade de responder aos estímulos internos ou externos com resposta do tipo "distresse" apresentam maior propensão de desenvolver DTM. No entanto, o resultado não permite assegurar uma ligação direta causa-efeito.

Destaque-se que não foi encontrada pesquisa comparando DTM com ansiedade ou qualquer outro fator emocional em idosos na revista de literatura realizada, apesar de muitos autores ressaltarem a necessidade de considerar os condicionantes emocionais para estabelecimento de plano de tratamento adequado em idosos portadores de DTM²⁵. Carvalho e Capelozza (2000)²⁶ registraram que ansiedade e depressão são queixas muito frequentes entre idosos, 41,0% da amostra de 300 indivíduos pesquisados. Essas pesquisadoras observaram relação direta estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre queixa de ansiedade e queixas de dificuldade de abrir e fechar a boca e relação inversa entre queixa de ansiedade e satisfação com a capacidade mastigatória. Neste trabalho, as autoras ressaltam que o estresse provocado pela análise que o idoso faz do seu papel na família e na sociedade é comumente associado aos casos de ansiedade e depressão e citam vários fatores agregados às queixas de ansiedade em idosos, destacando: percepção das limitações físicas, aposentadoria, perdas de amigos e de parentes, pensamento de temporalidade, falta de expectativas, medo da indigência, o desrespeito com o idoso, falta de inserção social do idoso e sensação de inutilidade.

Um número grande de trabalhos ressalta que os hábitos parafuncionais se constituem em um dos mecanismos comportamentais de descarga emocional utilizados por indivíduos com traços ansiosos. Também que a cronidade desses hábitos leva à sintomatologia das DTM. Dessa forma, buscou-se contribuir com o esclarecimento dessa sequência de eventos, comparando as médias dos resultados do Inventário para traço de ansiedade dos pacientes que reconheceram hábito entre aqueles que não tinham DTM e os portadores dessas disfunções.

A associação entre relato de hábitos parafuncionais e médias de ansiedade traço-estado segundo o IDATE, distribuídos de acordo com o índice anamnético de DTM de Fonseca et al.¹⁵, está expressa na tabela 3. Os resultados dessa comparação demonstraram que, entre os indivíduos que reconhecem esses hábitos, os valores do A-traço aumentaram à medida que aumentava a severidade das DTM. No entanto, de acordo com os dados normativos do IDATE, apenas os portadores de DTM severa ou moderada apresentam traço ansioso. A análise estatística demonstrou significância das diferenças entre o grupo de indivíduos livres de sintomas de DTM para os portadores de DTM moderada/severa ($p=0,01$) e entre o grupo com DTM

leve e o grupo com DTM moderada/severa ($p=0,03$).

Existem diversos fatores associados aos hábitos parafuncionais, como frequência, duração e intensidade, que estão envolvidos no potencial deletério destes⁹ e que não foram explicitados com a metodologia usada, já que foi comparado apenas a frequência dos hábitos reconhecidos pelo próprio indivíduo, sem considerar os fatores acima citados. Também é admissível que o número de portadores desses hábitos pode ser maior. Entretanto, apesar desses fatores, os resultados levam a supor que o traço para ansiedade apresenta-se de forma mais marcante na etiologia das DTM do que a presença do hábito, visto que, quando os indivíduos apresentavam hábito e eram ansiosos, manifestaram DTM moderada ou severa. Já os que apresentavam hábito, mas não eram ansiosos, foram classificados - pelo Índice de DTM sem DTM ou com DTM leve. Entretanto, essa hipótese deve ser aprofundada em estudos futuros nos quais sejam considerados subgrupos de diagnóstico para as DTM e subgrupos que categorizem as parafunções, segundo sua intensidade. Essa sugestão se embasa no fato de que, embora a sintomatologia semelhante tenha agrupado os pacientes de acordo com o índice de Fonseca num conjunto de entidades patológicas que a literatura reconhece como DTM, podem existir etiologias distintas nesse universo^{14,25}.

Os questionários de autorrelato são instrumentos bastante utilizados para medir DTM e aspectos emocionais^{3,14,17,20,21}. Porém, apesar de um grande número de pesquisadores admitir que idosos têm boa capacidade de avaliar os seus problemas de saúde por meio desses instrumentos²⁴, alguns afirmam que os pacientes, nessa faixa etária, não se sentem à vontade para relatarem seus problemas emocionais, pondo em dúvida a validade da pesquisa que se utiliza desses instrumentos, como já foi mencionado anteriormente.

Neste estudo, as pacientes não pareciam inibidas para prestarem informações sobre os sintomas durante a coleta de dados, e, em alguns momentos, foi demonstrado o interesse de extrapolar o conteúdo dos questionários. Por meio dessa percepção, buscou-se observar a correlação entre reconhecimento de tensão e escala de traço de ansiedade. Essa associação respalda-se na consideração de que a consciência de estar nervoso ou amedrontado é um dos componentes das sensações de ansiedade como também na constatação de que a maioria das pessoas é capaz de identificar em si própria a presença da ansiedade, apesar de cada pessoa vivenciar de modo peculiar e de acordo com sua história de vida.

A Tabela 4 mostra os resultados das médias da A-traço e A-estado entre idosas que se julgaram tensas(nervosas) e as que responderam não. Pode-se perceber, nessas respostas, que os valores de A-traço e A-estado foram maiores entre aquelas que se consideraram nervosas. Os dados normativos do IDATE classificaram como ansiosas apenas aquelas que demonstraram relação a A-traço.

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária e estado civil segundo índice de DCM.

Variáveis		SEM DCM (n=26)	DCM leve (n=22)	DCM mod./ sev. (n.= 25)	TOTAL (n=73)	
Faixa Etária	59-69	15	15	18	48	65,75%
	Mais de 70	11	07	07	25	34,25%
Estado Civil	Solteiro	01	01	02	4	5,48%
	Casado	10	09	07	26	35,62%
	Viuvo	12	11	14	37	50,68%
	Divorciado	03	01	02	6	8,22%

Tabela 2 – Valores de A-estado, A-traço e grau de nervosismo distribuídos por Índice de DCM

Índice de DCM		A-estado	A-traço	Grau de nervosismo
SEM DCM (n=26)	Média	32,31	39.54	1,12
	Mediana	33,00	38,00	0,00
	Máximo	47,00	64,00	8,00
	Mínimo	20,00	26,00	0,00
	1 ° quartil	29,00	34,00	0,00
	3 ° quartil	36,00	44,00	0,00
DCM leve (n=22)	Média	35,23	40,82	4,14
	Mediana	33,00	40,00	43,00
	Máximo	57,00	59,00	10,00
	Mínimo	22,00	27,00	0.00
	1 ° quartil	29,00	36,00	0.00
	3 ° quartil	40,00	45,00	8,00
DCM mod./ sev. (n.= 25)	Média	41,36	46.56	5.44
	Mediana	43,00	49,00	5,00
	Máximo	61,00	59,00	10,00
	Mínimo	25,00	23,00	0,00
	1 ° quartil	35,50	42,25	3,75
	3 ° quartil	48,50	54,00	8,00

225

Tabela 3 – Associação entre hábitos parafuncionais, média de ansiedade traço-estado segundo IDATE distribuídos por Índice de DCM

Situação		Índice de DCM	
		Sem DCM	Leve
Não Informou Hábito	A-estado	31,82	34,67
	A-traço	40,64	46,00
Informou pelo menos um Hábito	A-estado	32,67	35,32
	A-traço	38,73	40,00

Tabela 4 – Associação entre relato de tensão e médias dos valores das escalas de ansiedade

Médias	Tensão	
	Sim	Não
A - traço	31,82	
	40,64	
A - estado	32,67	
	38,73	

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste trabalho, de posse dos resultados da análise estatística e das discussões realizadas, pôde-se concluir que, no grupo estudado, houve correlação estatisticamente significativa entre DTM e ansiedade em mulheres idosas, funcionalmente independentes.

REFERÊNCIAS

1. Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães A S. Tratamento das disfunções temporomandibulares na clínica odontológica. Quintessence; São Paulo; 2006.
2. Okeson JP. Etiologia e identificação dos distúrbios funcionais no sistema mastigatório. In: Okeson JP. Tratamento das disfunções temporomandibulares e oclusão. 4. ed.. Artes Médicas, São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 117-272.
3. Alves LC, Leite I C, Machado, CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Cad. Saúde Pública; 2008; 24(3): 535-546.
4. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Disponível na Internet em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 de julho de 2012.
5. Aersa SVC, Aersa A L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. Revista Textos & Contextos; 2008; 7(1): 138-50.
6. Martins RJ et al. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. Ciência & Saúde Coletiva; 2008; 13(2): 2089-2096.
7. Iacopino AM, Wathen W. Craniomandibular Disorder in the Geriatric Patient. J. Orafac. Pain; 1993; 7(1): 38-53.
8. Markovic d. et al. The Effect of Age on Distribution and Symptomatology of Craniomandibular Dysfunction. Serbian Dent J; 2010; 57(3): 149-53.

9. Mercado MD, Faulkner KD. The prevalence of craniomandibular disorder in completely edentulous denture-wearing subjects. J. Oral Rehabil; 1991; 18: 231-4.
10. Rieder CE, Martinoff JT, Wilcox SA. The prevalence of craniomandibular disorder in completely edentulous denture-wearing subjects. J. Prosthet. Dent; 1983; 50: 81-7.
11. Alencar Júnior FG, Bonfante G. Fatores psicológicos nas disfunções craniomandibulares: Estudo da relação entre graus de disfunção e escalas de ansiedade traço-estado. Bauru, 1997 ([Tese] de Doutorado) Bauru: - Faculdade de Odontologia de Bauru; Universidade de São Paulo; 1997.
12. Poveda Roda R, Bagan Jv, Díaz Fernandez JM. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12: 292-98. Poveda Roda R, Bagan JV, Díaz Fernández JM, Hernández Bazán S, Jiménez Soriano Y. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007 Aug 1;12(4):E292-8.
13. LEEUW JRJ. et al. Psychosocial aspects of craniomandibular dysfunction assessment of clinical and community findings. J. Oral Rehabil; 1994; 21(2): 127-43.
14. Seger L. Psicologia Aplicada à Disfunção da Articulação Temporomandibular In: SEGER L. Psicologia e Odontologia: Uma abordagem integradora. São Paulo: Editora Santos; 2002. p.87-114.
15. Fonseca DM. et al. Diagnóstico pela anamnese da Disfunção Craniomandibular. RGO (Porto Alegre); 1994; 42(1): 23-28.
16. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de Ansiedade Traço - Estado IDATE (State-Trait anxiety Inventory - STAI). - Manual. Trad. e adaptação Ângela Biaggio. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
17. Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. Rev. Latino-Am latinoam. Enfermagem; 2005; 13(5): 686-691.
18. Hiltunen K et al. Prevalence of signs of temporomandibular

- disorder among elderly inhabitants of Helsinki, Finland. *ACTA Odontol Scand*. Boston, 1995; 53(1): 20-23.
19. Southwell J, Dearly IJ, Geissler P. Personality and anxiety in temporomandibular joint syndrome patients. *J Oral Rehabil*, 1990; 17(3): 239-4.
20. Madland G, Feinmann C, Newman. Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 2000; 84(2): 225-32.
21. Meldolesi GN. et al. Personality and Ppsychopathology in Ppatients with Ttemporomandibular Jioint Ppain-Ddysfunction Ssyndrome. *Psychother Psychosom*, 2000; 69(6): 322-28.
22. Speculand B, Goss An. Psychological factors in temporomandibular joint dysfucction pain - a review. *Int. J Oral Surg*, 1985; 14(7): 131-37.
23. Stam Hj, Mcgrath PA, Brooke RI. The treatment of temporomandibular joint syndrome through control of anxiety. *J Behav Ther & Exp Psychiatry*, 1984 Mar.; 15(1): 41-45.
24. Epker J, Gatcel RJ. Coping Pprofile Ddifferences in the Bbiopsychosocial Ffunctioning of Ppatients with Ttemporomandibular Ddisorder. *Psychosom Med*, 2000; 62(1): 69-75.
25. Almeida LHM et al. Disfunção temporomandibular em idosos. *RFO*, 2008; 13 (1): 35-38.
26. Carvalho IMM, Capelozza ALA. Avaliação sócio-odontológica de 300 pessoas idosas de Bauru-SP. Bauru, 2000 ([Tese] de Doutorado). Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru. - Universidade de São Paulo; 2000.