

# Estudo Comparativo entre Índice Anamnético de DTM e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

*Comparative Study between the Anamnetic Index of TMD and State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

Stefan Fiuza de Carvalho DEKON\*  
Renato Salviato FAJARDO\*\*  
Adriana Cristina ZAVANELLI\*\*\*  
Renata Porfíria BALEEIRO\*\*\*\*  
Juliana PELISSER\*\*\*\*\*

DEKON, S.F. de C.; FAJARDO, R.S.; ZAVANELLI, A.C.; BALEEIRO, R.P.; PELISSER, J. Estudo comparativo entre índice anamnético de DTM e inventário de ansiedade traço-estado (IDATE). JBA, Curitiba, v.2, n.7, p.224-227, jul./set. 2002.

Este trabalho faz uma analogia entre o índice anamnético idealizado por FONSECA (1994) e o índice de Ansiedade Traço-Estado de SPIELBERGER (1979), em graduandos de terceiro ano de Odontologia. O estudo de aspectos psicológicos, como potencial deflagrador de parafunções e, por conseqüência, hiperatividades musculares, far-se-á importante, uma vez que é possível que para o tratamento de certas desordens intra e/ou extrarticulares é necessário um tratamento transdisciplinar. Como nos artigos consultados na literatura, os resultados deste estudo indicam um papel multifatorial na etiologia das DTMs.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome da articulação temporomandibular; Anamnese; Ansiedade; Índice de gravidade de doença.

## INTRODUÇÃO

Segundo OKESON (2000), 50 a 60% da população possui algum tipo de sinal ou sintoma de Desordem Temporomandibular (DTM), sendo que ASH *et al.* (1998) afirmaram que os danos nas articulações temporomandibulares, com exceção do trauma externo, são resultados de uma ação muscular anormal e desalinhamento das várias partes do sistema mastigatório. Frustrações, tensões psíquicas, interferências oclusais ou dor nas ATMs e músculos adjacentes podem aumentar a atividade muscular ou tônus.

A multifatorialidade na etiologia das DTMs tem sido alvo de pesquisas, a fim de se identificar um aspecto que seja mais atuante em um determinado momento, e com isso protocolos terapêuticos possam ser estabelecidos. A desordem precisa ser entendida e tratada por uma equipe de profissionais da saúde. É importante o aprendizado de reconhecê-la para perceber e avaliar a necessidade de várias disciplinas no seu tratamento. Uma das disciplinas que mais colabora com o tratamento transdisciplinar das DTMs é a psicologia, uma vez que, diferente do que acontecia antigamente, a mesma não se aplica a tratamentos somente em pacientes doentes mentais, pois os profissionais têm percebido que aumentou muito o número de pacientes que possuem problemas de saúde geral resultantes de seus hábitos e estilo de vida. Dessa forma, o paciente deve ser tratado cada vez mais de uma forma corpo-mente, integrada e harmoniosa.

\* Professor da Disciplina de Oclusão – UNESP–SP; Rua José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça – CEP 16015-050, Araçatuba, SP; e-mail: dekon@foa.unesp.br

\*\* Professor da Disciplina de Oclusão – UNESP–SP; e-mail: rsf@foa.unesp.br

\*\*\* Professora da Disciplina de Oclusão – UNESP–SP; e-mail: adriana@foa.unesp.br

\*\*\*\* Estagiária da Disciplina de Oclusão – UNESP–SP; e-mail: porfabaleeiro@bol.com.br

\*\*\*\*\* Estagiária da Disciplina de Oclusão – UNESP–SP; e-mail: julianapelisser@bol.com.br

## REVISÃO DA LITERATURA

Os primeiros estudos sobre a etiologia das DTMs datam de 1934, com COSTEN, nos quais se relacionam fatores oclusais como os principais causadores dos sintomas de DTMs. Formou-se então, a partir de inúmeros estudos, a escola Gnatológica, que acreditava serem a presença de contatos prematuros em R.C. ou durante os movimentos mandibulares os responsáveis pela alteração da posição mandibular e condilar, causando contrações musculares e, conseqüentemente, dor. Com o passar do tempo houve o surgimento de novas entidades voltadas especificamente para o estudo das DTMs, passando-se a observar que os pacientes tratados somente com correção oclusal voltavam a apresentar os mesmos sintomas. Assim, surgiram novos trabalhos atribuindo uma multifatorialidade para as desordens temporomandibulares.

Há autores que acreditam que a sintomatologia seja causada por espasmos musculares associados ao "stress". LASKIN (1969) e depois SCHWARTZ (1974) observaram que o "stress" era a causa primária das DTMs.

Os espasmos dolorosos dos músculos da mandíbula seriam provocados por uma tensão aumentada, pois sob "stress" esses músculos nunca relaxam. Desse modo tornou-se popular a aplicação de modalidades terapêuticas reversíveis.

## PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi analisar o papel do "stress" na etiologia das DTMs fazendo-se uma analogia entre um índice anamnético, preconizado por FONSECA *et al.* (1994), e o nível de ansiedade dos indivíduos pelo teste auto-aplicativo IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) de SPIELBERGER (1979).

## MATERIAL E MÉTODO (OF. 83/01)

### - Processo FOA-2001/02067)

Participaram deste experimento alunos terceiranistas da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, do ano letivo de 2000. Inicialmente, os alunos foram submetidos a um questionário anamnético, idealizado por FONSECA *et al.* (1994). Desse modo, foi possível, com a tabulação contida neste questionário, separar os alunos segundo a presença e a magnitude de algum sintoma de DTM, formando quatro grupos distintos:

- Grupo I - sem DTM (n= 18 pacientes/23,68%)
- Grupo II - DTM leve (n= 40 pacientes/52,63%)
- Grupo III - DTM moderada (n= 16 pacientes/21,05%)
- Grupo IV - DTM severa (n= 2 pacientes/2,63%)

A última fase do trabalho baseou-se na prospecção de dados quanto ao comportamento psicológico dos alunos, através da auto-aplicação do teste IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) de SPIELBERGER (1979). Assim, reunidos em um mesmo ambiente, os participantes foram convidados a preencher o instrumento que, após tabulado, permitiu o levantamento de dados quantitativos dos diversos níveis de ansiedade dessa população.

## RESULTADOS

O Gráfico 1 mostra as médias aritméticas obtidas no item Estado do Inventário, enquanto no Gráfico 2, encontram-se as médias do item Traço do Inventário; cada um dos itens nos grupos sem DTM e com DTM leve, moderada e severa divididos em gêneros masculino e feminino.

## DISCUSSÃO

Devido à etiologia das desordens temporomandibulares ser complexa e multifatorial, é indispensável que os pacientes sejam vistos em seus aspectos biológico, compor-

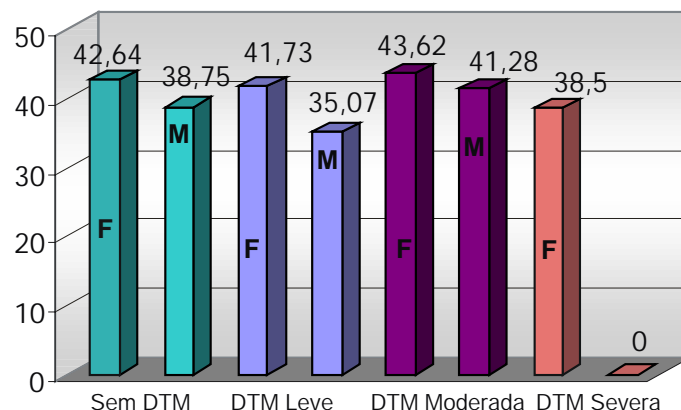


GRÁFICO 1 DO IDATE: Estado

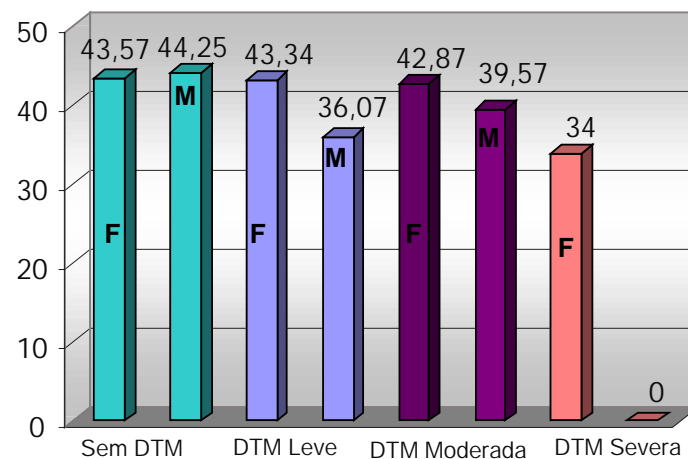


GRÁFICO 2 DO IDATE: Traço

tamental, social, ambiental e cognitivo, para que seja possível a realização de um tratamento integrado mais especializado e individualizado (SEGER, 1998). Desta forma, faz-se necessária a atuação multidisciplinar, ou melhor, transdisciplinar entre Cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, a fim de alcançar sucesso no tratamento.

BELL (1990) acreditava que a tensão emocional, atuando de diferentes maneiras, é a principal ativadora da desarmonia oclusal, o mesmo autor afirma que a tensão muscular acresce o apertamento e o bruxismo; aumenta a atividade muscular; eleva o tônus muscular, levando a um aumento da pressão intrarticular, que, muitas vezes, conduz a interferências funcionais; induz à fadiga, que leva ao espasmo, aumentando a ansiedade, o que gera um círculo vicioso.

O reconhecimento da influência dos fatores psicológicos sobre a função mandibular tem, gradualmente, conduzido ao desenvolvimento de teorias psicológica e psicossomática, as quais mantêm os fatores emocionais, comportamentais ou de personalidade como uma das principais causas das Desordens Temporomandibulares. Contudo, há outras teorias que competem e sugerem que tanto condições estruturais como neuromusculares são responsáveis pelos sintomas relatados pelos pacientes (De BOEVER, 1973).

Desse modo, tentando explicar a multifatoriedade das DTMs, alguns autores afirmaram que interferências oclusais são sua causa básica. Entretanto, outros consideram que é necessário a combinação de discrepâncias oclusais e “*stress*”.

Em nosso estudo, os fatores oclusais podem ser considerados contribuintes, uma vez que em análise anterior não foi identificada nenhuma característica oclusal que pudesse ser considerada significativa em nenhum dos grupos estudados. Neste trabalho, através do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), foram mensuradas as médias aritméticas do nível de cada grupo experimental e, posteriormente, tabulados (Gráfico 1 – Estado de Ansiedade e Gráfico 2 – Traço de Ansiedade).

O Estado de Ansiedade refere-se a um momento emocional transitório, que leva a um aumento na atividade do Sistema Nervoso Autônomo. Já o Traço de Ansiedade é conceituado como as diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, o que ATKINSON (1964) chama “*motivos*”.

O maior índice de ansiedade na sua modalidade Estado foi identificado nos indivíduos do grupo com DTM moderada do gênero feminino (43,62), seguidos do grupo sem DTM (42,64) e do grupo com DTM leve (41,73), todos do gênero feminino.

Em relação ao índice de ansiedade na sua modalidade Traço, as três maiores médias manifestaram-se nos

grupos sem DTM e com DTM leve: 43,57–F; 44,25–M; 43,34–F, respectivamente; já a menor média manifestou-se no grupo com DTM severa (34,00). Frente ao fato dessas três maiores médias do índice de ansiedade Estado serem em indivíduos pertencentes a grupos distintos, em relação à presença e à gravidade da DTM e, também, das maiores médias do índice de ansiedade Traço serem em indivíduos na sua maioria pertencentes aos grupos sem DTM ou com DTM leve, é bem possível que estejamos frente a uma situação que ratifica a multifatoriedade da etiologia das DTMs.

Em contrapartida, CORONATTO & BATAGLION (2000), em seu estudo, também utilizando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, afirmaram que na presença de DTM o grau de ansiedade é maior que na ausência.

Devemos salientar que mesmo pacientes com algum grau de DTM possuam predisposição a serem mais ansiosos do que em grupos-controle, devemos interpretar esse dado de maneira cuidadosa, visto que a ansiedade não é necessariamente um fator etiológico de DTM. LUPTON (1969) reportou que o “*stress*” surge de obstáculos internos ou externos que impossibilitam o indivíduo a alcançar seus objetivos e satisfazer suas necessidades. A doença surge como uma falha na organização do indivíduo e alguns têm um poder maior ou menor de reorganizar-se. Além disso, ressaltou a possibilidade de existirem várias formas de liberação desse “*stress*”, sem ser na ATM. Faz-se importante a observação de que a dor e o medo acompanham uma desordem psíquica que causará, certamente, uma quantidade de ansiedade no paciente. No entanto, isto é verdadeiro quando a dor é de origem inexplicável e focalizada numa área relativamente importante do corpo, tal como face e cavidade oral.

Tomando como base os relatos de ROSEN (1985), de que a redução do bruxismo diurno faz com que decresça o noturno, devemos ressaltar a importância do Cirurgião-dentista na orientação aos pacientes, tornando-os conscientes de seus sinais, para que os mesmos procurem tratamentos especializados na reeducação da capacidade de suportar as frustrações através do auto-controle, aumentando seu limite em tolerar o “*stress*”, uma vez que certa quantidade de ansiedade em humanos é funcionalmente necessária para a sobrevivência e sua existência nas doses certas não indica uma condição patológica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora fatores psicológicos sejam importantes componentes etiológicos das Desordens Temporomandibulares, com uma visão compreensiva do problema pode-se melhor entendê-lo, através do con-

ceito da etiologia multifatorial. A avaliação do paciente não deve somente incluir uma pesquisa dos estímulos orgânicos imediatos ou distúrbio biomecânico, mas também uma avaliação da situação ou ansiedade crônica e outros fatores emocionais e uma observação dos estilos interpessoais do comportamento comum, como também do paciente doente cronicamente.

Assim, o Cirurgião-dentista deve sempre lembrar

que não há separação entre os aspectos psicológicos e físicos, pois ambas as partes se inter-relacionam e uma age sobre a outra. Uma das formas de avaliar essa inter-relação é na anamnese, pois assim podemos notar se há ou não comprometimento da parte emocional, independentemente do seu grau, podendo assim fazer uma correta indicação para um profissional especializado.

DEKON, S.F. de C.; FAJARDO, R.S.; ZAVANELLI, A.C.; BALEEIRO, R.P.; PELISSER, J. Comparative study between the anamnestic index of TMD and state-trait anxiety inventory (STAI). JBA, Curitiba, v.2, n.7, p.224-227, jul./set. 2002.

This work makes an analogy among the anamnestic index idealized by FONSECA (1994) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) of SPIELBERGER (1979), applied on students of the third year of Dental School. The study of psychological aspects, as a potential determiner of parafunctions and, as a consequence, muscular hyperactivity, is important, since it is possible that the treatment of certain intra and/or extraarticular disorders will require a transdisciplinary treatment. Similarly to the articles consulted in literature, the results of this study indicate a multifactorial role in the etiology of temporomandibular disorders.

**KEYWORDS:** Temporomandibular joint syndrome; Anamnese; Anxiety; Severity of illness index.

#### REFERÊNCIAS

- ASH; RAMFJORD; SCHMIDSEDER. Disfunção da articulação temporomandibular e muscular: conceitos, epidemiologia, etiologia, sintomatologia e classificação. *In:* ASH; RAMFJORD; SCHMIDSEDER. *Oclusão*. São Paulo: Santos, 1998. Cap. 5. p.53-71.
- ATKINSON, J.W. *An introduction to motivation*. New Jersey: Van Nostrand, 1964. 335p.
- BELL, W.E. Exame e diagnóstico. *In:* BELL, W.E. *Dores orofaciais – classificação, diagnóstico, tratamento*. Rio de Janeiro: Quintessence books, 1990. Cap. 17. p.353-386.
- CORONATTO, E.A.S.; BATAGLION, C. Avaliação dos níveis de ansiedade, da sintomatologia dolorosa e da amplitude dos movimentos mandibulares em indivíduos antes e após o tratamento com placa mio-relaxante. *PCL*, v.2, n.7, p.67-80, jun. 2000.
- COSTEN, J.B. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed functions of TMJ. 1934. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, v.106, n.10 pt 1, p.805-819, Oct. 1934.
- DE BOEVER, J. A functional disturbances of the temporomandibular joints. *Oral Sci Rev*, v.2, p.100-117, 1973.
- FONSECA, D.M. *et al*. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Rev Gaúcha Odont*, v.42, n.1, p.23-28, jan./fev. 1994.
- LASKIN, D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc*, v.79, n.1, p.147-153, July 1969.
- LUPTON, D.E. Psychological aspects of temporomandibular joint dysfunction. *J Am Dent Assoc*, v.79, n.1, p.131-136, July 1969.
- OKESON, J.P. Etiologia dos distúrbios funcionais do sistema mastigatório. *In:* OKESON, J.P. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. Cap. 7. p.119-140.
- ROSEN, J.C. Self-monitoring in the treatment of diurnal bruxism. *J Beh Ther Exp Psych*, v.12, n.4, p.347-350, Dec. 1985.
- SCHWARTZ, R.A. Personality characteristics of unsuccessfully treated MPD patients. *J Dent Res*, v.53, sp. iss, p.127, Feb, 1974. (Abstract 291).
- SEGER, L. Psicologia aplicada à disfunção da articulação temporomandibular (ATM). *In:* SEGER, L. *et al*. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. 1.ed. São Paulo: Santos, 1998. Cap.12. p.203-242.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. *Inventário de ansiedade traço-estado IDATE*. Rio de Janeiro: CEPA, 1979. 58p.

Recebido para publicação em: 11/06/02

Enviado para análise em: 18/06/02

Aceito para publicação em: 23/07/02