

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

RENATA CRISTINA DI GRAZIA

**AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO
MÉTODO MULLIGAN E
MASSOTERAPIA CLÁSSICA NAS
DISFUNÇÕES DA ARTICULAÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM
MULHERES ADULTAS POR MEIO DA
ESCALA VISUAL-NUMÉRICA DE DOR
E PELO SF-36**

Campinas
2009

RENATA CRISTINA DI GRAZIA

**AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO
MÉTODO MULLIGAN E MASSOTERAPIA
CLÁSSICA NAS DISFUNÇÕES DA
ARTICULAÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM
MULHERES ADULTAS POR MEIO DA
ESCALA VISUAL-NUMÉRICA DE DOR E
PELO SF-36**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Educação Física.

Orientadora: Vera Aparecida Madruga

Campinas
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

D569a	<p>Di Grazia, Renata Cristina. Avaliação da aplicação do Método Mulligan e massoterapia clássica nas disfunções da articulação temporomandibular em mulheres adultas por meio da escala visual-numérica de dor e pelo SF-36 / Renata Cristina Di Grazia. -- SP: [s.n.], 2009.</p> <p style="text-align: center;">Orientador: Vera Aparecida Madruga. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.</p> <p style="text-align: center;">1. Mulheres. 2. Articulação temporomandibular. 3. Articulação temporomandibular-Doenças. 4. Massagem-Uso terapêutico. 5. Qualidade de vida. 6. SF-36. I. Madruga, Vera Aparecida. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">(dilsa/fef)</p>
-------	---

Título em inglês: Evaluation of application of Mulligan Method and classical massage in the temporomandibular dysfunctions joint in adult women through a visual numeric pain-and the SF-36.

Palavras-chave em inglês (Keywords): Woman; Temporomandibular joint; Temporomandibular joint-Diseases; Massage-Therapeutic use; Life quality; SF-36.

Área de Concentração: Ciência do Desporto.

Titulação: Doutorado em Educação Física.

Banca Examinadora: Frederico Tadeu Deloroso, José Roberto Pretel Pereira Job, Marco Antonio Alves de Moraes, Roberto Vilarta, Vera Aparecida Madruga.

Data da defesa: 31/07/2009

RENATA CRISTINA DI GRAZIA

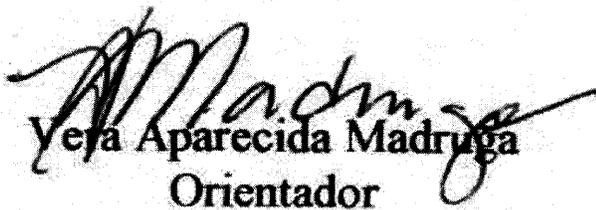
**AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO MÉTODO
MULLIGAN E MASSOTERAPIA CLÁSSICA NAS
DISFUNÇÕES DA ARTICULAÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM MULHERES
ADULTAS POR MEIO DA ESCALA VISUAL-
NUMÉRICA DE DOR E PELO SF-36**

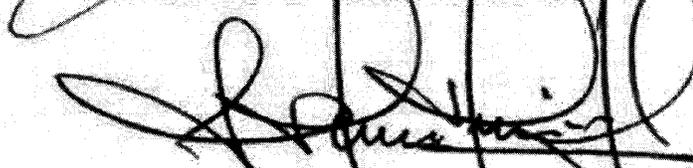
Este exemplar corresponde a redação final da Tese de Doutorado defendida por Renata Cristina Di Grazia e aprovada pela Comissão Julgadora em 31/07/2009.


Vera Aparecida Madruga

Campinas
2009

COMISSÃO JULGADORA


Vera Aparecida Madruga
Orientador


Frederico Tadeu Deloroso

José Roberto Pretel Pereira Job


Roberto Vilarta


Marco Antônio Alves de Moraes

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me iluminar durante minha vida, aos meus pais por estarem ao meu lado, aos meus avós por se dedicarem a mim, ao meu marido Marcio, por me apoiar, a minha orientadora e amiga Vera por ter me aceitado como aluna e por estar sempre presente, além de ser minha grande amiga.

Agradeço também a amiga Claudia que ajudou muito, ao Marco Antônio por me ajudar com esclarecimentos e muito apoio, ao Marquinho por me acalmar sempre e a todos que direta ou indiretamente participam de minha vida profissional.

Agradeço ainda as pacientes que permitiram o uso das informações, a Faculdade de Educação Física, ao Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp e a banca que muito colaborou com este trabalho.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha filha Bruna e a meu avô Fioravante Pavin.

DI GRAZIA, Renata Cristina. **Avaliação da aplicação do Método Mulligan e massoterapia clássica nas disfunções da articulação temporomandibular em mulheres adultas por meio da escala visual-numérica de dor e pelo SF-36.** 2009. 124f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar e verificar os efeitos do programa de terapia manual (Método Mulligan associado à massagem clássica) nas queixas de dor e na qualidade de vida de mulheres adultas com disfunção da articulação temporomandibular (DTM). Participaram da pesquisa 29 mulheres, com idades entre 28 e 59 anos (média de idade de 47,41 ($dp \pm 6,71$) anos), encaminhadas pelo serviço odontológico do Centro de saúde da Comunidade da Unicamp (CECOM). Todas as voluntárias apresentavam DTM e foram avaliadas antes e após programa de terapia manual utilizando-se a escala visual-numérica de dor e o questionário de qualidade de vida SF-36. O programa de terapia manual foi realizado no setor de Fisioterapia do Cecom-Unicamp durante 16 semanas, com 02 sessões/semanais de 30 minutos, em dias alternados. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados da anamnese e o teste de Wilcoxon (software SPSS, V. 13.0), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para os dados coletados na escala de dor e no SF36. Os resultados mostraram na análise das respostas obtidas com a escala visual numérica de dor, onde as voluntárias responderam de 0 a 10, qual era o número que representava sua dor naquele momento, sendo encontrados na condição pré-terapia os valores: 5 (17,2%); 6 (3,4%); 7 (20,7%); 8 (31%); 9 (10,3%) e 10 (17,2%). Após a terapia manual pode-se verificar que o nível de dor caiu, ou seja, para o valor 0 (37,9%), para o valor 1 (24,1%) e para o valor 2 (31%). Os resultados obtidos no questionário de Qualidade de Vida SF-36 mostraram diferenças estatisticamente significantes com $p < 0,05$. Concluindo pode-se inferir que o programa envolvendo tratamento fisioterapêutico através da terapia manual mostrou-se eficiente para o grupo de mulheres com DTM, pois antes do tratamento elas apresentavam um nível de dor elevado e após o programa de terapia manual esse valor mostrou-se reduzido, com melhora do quadro algico.

PALAVRAS CHAVE: Mulheres; Articulação temporomandibular, Articulação temporomandibular-Doenças; Massagem-Uso terapêutico; Qualidade de vida; SF-36.

DI GRAZIA, Renata Cristina. **Evaluation of application of Mulligan Method and classical massage in the temporomandibular dysfunctions joint in adult women through a visual numeric pain-and the SF-36.** 2009. 124f. Tese de Doutorado em Educação Física - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

ABSTRACT

The actual study had the objective to analyze and verify the effects of a manual therapy program (Mulligan Method associated with classical massage) in the pain complaints and in the quality of life of the adults' woman with the temporomandibular joint diseases (TMJ). Participated of the study, 29 woman, aged between 28- 59 years old (mean 47,41 (dp±6,71)), referred by the dental department in the health center of Unicamp community (CECOM). All the volunteers had TMJ disease and were assessed before and after program of manual therapy using the visual numeric scale of pain and the quality of life questionnaire SF-36. The manual therapy program had been realized in the Physical therapy of Cecom-Unicamp, during 16 weeks, with 2 sections/ week with 30 minutes, in alternate days. We used decrypted statistics to analyze the anamneses dates and the Wilcoxon test (SPSS, V.13.0), the level of significance was 5% ($p < 0,05$) for dates from visual numeric pain scale and SF-36. The results showed in the answers analysis obtained with the visual numeric scale of pain, where the volunteers must have to answer among 0 and 10, how are the number that represents their pain in that moment, and we had been in the beginning of the therapy the values: 5 (17,2%); 6 (3,4%); 7 (20,7%); 8 (31%); 9 (10,3%) e 10 (17,2%). After the manual therapy we verify that the values decreased so much, to value : 0 (37,9%); 1 (24,1%) ; 2 (31%) e 3 (6,9%) 0 (37,9%). In relation from the analyses of the results of the Quality of life questionnaire SF-36, these showed significant statistics differences with $p < 0,05$. Concluding, we could infer that the program evolved physiotherapy treatment through manual therapy was efficient for the arrange TMJ disease woman, before the therapy they had a high pain level and after these value decrease, with grow better of the pain.

KEY WORDS: Woman; Temporomandibular joint; Temporomandibular joint-Disease; Massage- Therapeutic use; Quality of Life; SF-36.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALT	Alternado
ATM	Articulação Temporomandibular
AVCI	Anos de Vida Corrigidos Pela Incapacidade
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
cm	Centímetro
DALY	Disability- Adjusted Life-Years
DD	Decúbito Dorsal
DL	Decúbito Lateral
DV	Decúbito Ventral
DTM	Disfunção Temporomandibular
FEF	Faculdade de Educação Física
HRQL	Health Related Quality of Life
kg	Kilograma
m	Metro
min	Minuto
MOS	The Medical Outcomes Study
NAGS	Natural Apophysial Glides
OMS	Organização Mundial da Saúde
QALY	Quality- Adjusted Life-Years
QV	Qualidade de Vida
QVLS	Qualidade de Vida Ligada à Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SF-36	Short-Form Health Survey
SNAGS	Sustained Natural Apophysial Glides
SMWAMS	Spinal Mobilizations with Arm Movements
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- Variáveis antropométricas das voluntárias estudadas.....	59
TABELA 2	- Dados individuais referentes às profissões das voluntárias estudadas.....	60
TABELA 3	- Frequência e percentual de aumento das dores presentes nas voluntárias estudadas.....	66
TABELA 4	- Frequência e percentual da diminuição das dores presentes nas voluntárias estudadas.....	66
TABELA 5	- Percentual das voluntárias estudadas em relação à postura assumida para dormir	67
TABELA 6	- Valores obtidos na Escala Visual Numérica de Dor pré e após 16 semanas de terapia manual.....	70
TABELA 7	- Respostas das voluntárias atendidas no CECOM, em cada domínio do SF-36, no momento pré e após o programa de terapia manual.....	72
TABELA 8	- Coeficientes de Correlação de Sperman entre os escores padronizados dos domínios do SF-36 e a Escala Visual Numérica de Dor, por período, de uma amostra de voluntárias atendidas no CECOM, no momento antes e após o programa de terapia manual	74

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto a variável Estado Civil	59
GRÁFICO 2 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de dor na região da ATM, na Cabeça e na região Cervical da Coluna Vertebral.....	62
GRÁFICO 3 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de dor na região da coluna Dorsal	62
GRÁFICO 4 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de Dor na Garganta.....	62
GRÁFICO 5 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de Dor no Ouvido.....	63
GRÁFICO 6 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que responderam quanto ao tempo de início da Sensação de Dor	64
GRÁFICO 7 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à duração da Sensação de Dor.....	65
GRÁFICO 8 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à questão de Estímulo das Dores.....	65
GRÁFICO 9 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto às variáveis crepitações na ATM (A) e estalidos e alterações na ATM (B).....	67
GRÁFICO 10 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à variável: utilização de algum tratamento ortodôntico	68
GRÁFICO 11 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à variável: respostas ao tratamento ortodôntico.....	68
GRÁFICO 12 -	Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à variável: queixa principal.....	69
GRÁFICO 13 -	Coeficientes de Correlação de Spearman entre os escores padronizados dos domínios do SF-36 e os escores da Escala Visual Numérica de Dor, de uma amostra de voluntárias atendidas no CECOM	75

SUMÁRIO

Resumo	11
Abstract	13
Lista de Siglas e Abreviaturas	15
Lista de Tabelas	17
Lista de Gráficos	19
1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos.....	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1 Articulação temporomandibular (ATM)	33
3.2 Disfunção temporomandibular (DTM)	38
3.3 Qualidade de vida (QV)	44
4 METODOS	47
4.1 Voluntárias estudadas	49
4.2 Planejamento geral da pesquisa	49
4.3 Aspectos éticos da pesquisa	50
4.4 Critérios de exclusão e inclusão	51
4.5 Questionários aplicados.....	51
4.5.1 Ficha de anamnese.....	51
4.5.2 Escala Visual Numérica de Dor	52
4.5.3 Questionário de qualidade de vida – SF-36	53
4.5.4 Questionário de triagem para dor orofacial.....	54
4.5.5 Programa de terapia manual	54
4.6 Análise estatística.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	95
ANEXOS	105

INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares também chamadas de desordens temporomandibulares (DTM) são um conjunto de distúrbios musculares e articulares na região orofacial, caracterizados principalmente por dor, ruídos nas articulações e função mandibular irregular ou com desvio (ZARB et al., 2000).

Smith, Weiss e Lehmkuhl (1997) relatam que essas articulações têm diferentes funções: mastigar, falar, bocejar, deglutir e espirrar. Estima-se que a ATM se mova de 1500 a 2000 vezes por dia, proporcionando movimentos de abertura, fechamento, protrusão, retração e desvios laterais da mandíbula sobre os ossos temporais. Segundo os autores o paciente deverá ser capaz de colocar a largura de três dedos entre os dentes com a abertura da boca para a articulação ser considerada dentro do parâmetro de normalidade, não devendo ocorrer estalos ou estalidos, com a movimentação articular, nem dor na palpação dos músculos da mastigação.

A DTM é multifatorial e tem recebido atenção de diferentes profissionais de saúde tais como dentistas (ortodontistas, cirurgiões buco-maxilo facial), ortopedistas, neurologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas, psicólogos e fisioterapeutas (BEVILAQUA-GROSSO, 2001).

Atualmente esta disfunção tem sido considerada problema de saúde pública, uma vez que atinge grande parte da população mundial. Embora os dentistas sejam os primeiros profissionais consultados, frequentemente os pacientes apresentam outros problemas musculares e articulares, que podem estar acompanhados de alterações posturais, sendo necessária uma ação conjunta com o fisioterapeuta.

Para esta pesquisa realizou-se um levantamento bibliográfico sobre DTM em mulheres, verificando se um programa envolvendo o Método Mulligan e a Massoterapia Clássica poderiam melhorar a Qualidade de Vida (QV) e as queixas de dor nas mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a eficácia da aplicação de um programa envolvendo o Método Mulligan e a Massoterapia Clássica na sintomatologia da DTM e na Qualidade de Vida de mulheres com diagnóstico de DTM.

2.2 Objetivos específicos

Identificar quais sintomas de DTM as voluntárias apresentavam, queixa principal e a graduação da dor antes e após o programa de 16 semanas de terapia manual;

Verificar a repercussão do programa de terapia manual em relação à qualidade de vida e na melhora da sintomatologia;

Correlacionar os dados obtidos nos domínios do SF-36 com a escala de dor antes e após o programa de terapia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Articulação temporomandibular (ATM)

A ATM quanto a sua estrutura pode ser: sinovial, bicondilar e biaxial. (KAPANDJI, 1990). Esta articulação é bilateral, composta pela mandíbula e dois ossos temporais e condiciona a ATM a uma dependência entre si e os sistemas esqueléticos, musculares, vasculares, nervosos e dentários num complexo morfológico denominado aparelho mastigador. Sua localização é na face abaixo da fossa mandibular, entre o côndilo da mandíbula e o tubérculo articular do osso temporal (FIGURA 1), superiormente, e a cabeça da mandíbula, inferiormente (BARROS; RODE, 1995; DANGELO; FATTINI, 2002; SPENCE, 1991).

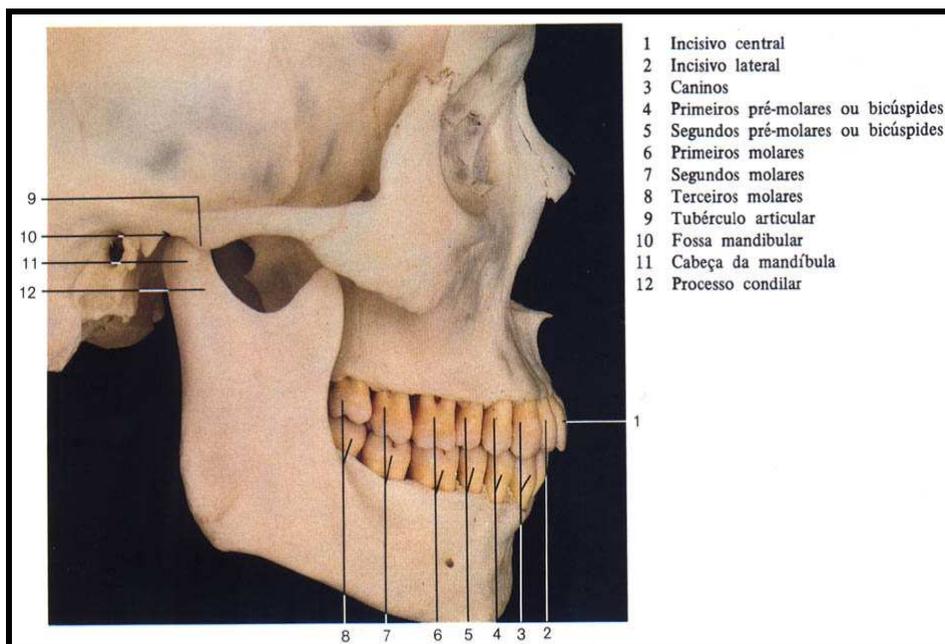


FIGURA 1 - Posição normal dos dentes. Vista lateral da dentição em oclusão cêntrica.
Fonte: ROHEN; YOKOCHI; LUTJEN-DRECOLL, 2007, p. 50.

Estudando-se a fisiologia da ATM, pode-se verificar que o disco articular tem as funções de proteger as superfícies articulares, nos movimentos mandibulares, ajudar na lubrificação, amortecer choques, regular movimentos mandibulares através dos Corpúsculos de Ruffini que ficam nas porções anteriores e posteriores e estabilizar o côndilo na cavidade (TAMAKI, 1981).

Segundo Szuminski (1999), o disco articular irá melhorar a adaptação entre os ossos, evitando o contato dessas estruturas, estabilizando o côndilo na fossa mandibular e permitindo a amplitude e regulação dos movimentos.

A energia que move a mandíbula é suprida pelos músculos e permite o funcionamento do sistema mastigatório. Existem quatro pares de músculos formando um grupo chamado de músculos da mastigação: o masseter, o temporal, o pterigoídeo médio e o pterigoídeo lateral. Apesar de não serem incluídos nos músculos da mastigação, os digástricos também têm uma função mandibular (OKESON, 1992).

Dangelo e Fattini (2002) relatam que os músculos da mastigação agem sobre a mandíbula, ocasionando movimentos indispensáveis para que se processe a mastigação dos alimentos. Estes músculos são: masseter, temporal, pterigoídeo medial e pterigoídeo lateral (FIGURA 2). Para Dangelo e Fattini (2002), a ATM possui movimentos complexos e a combinação destes movimentos irá resultar em algumas funções como: cortar, triturar e mastigar os alimentos.

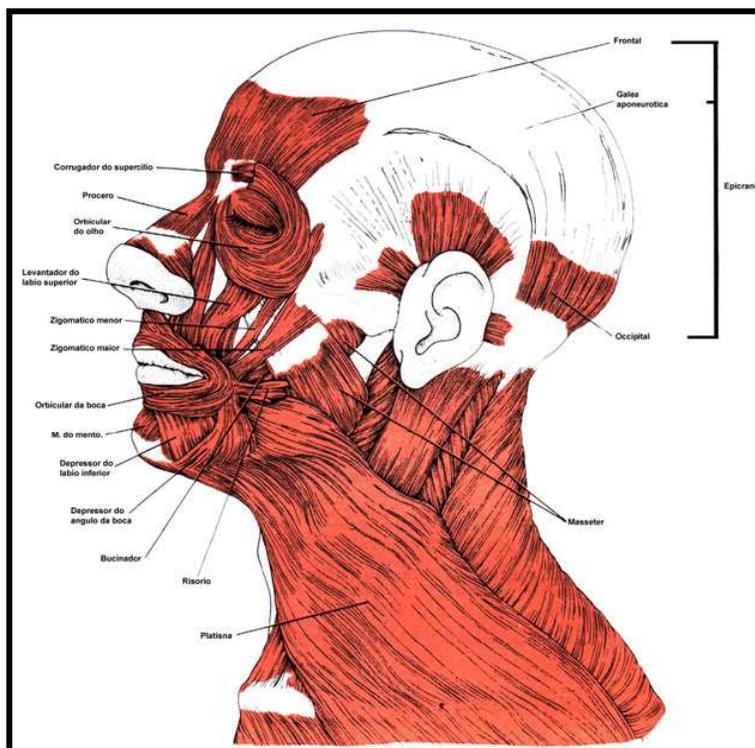


FIGURA 2 - Músculos da face e do pescoço. O músculo temporal foi removido.
Fonte: SPENCE, 1991, p. 205.

Para Steenks (2004), o diagnóstico da DTM tem sido uma atividade laboriosa, principalmente pela dificuldade que os profissionais encontram com a não padronização da

nomenclatura, levando a um diagnóstico impreciso. Outro aspecto é a ausência de provas objetivas (VELASCO et al., 2005).

Algumas denominações são utilizadas para se referir a DTM: Alterações temporomandibulares, Síndrome de Costen (COSTEN, 1937), Síndrome de Dor-Disfunção, Artrite aguda e crônica da ATM, Síndrome da Disfunção Temporomandibular, Desordens temporomandibulares.

Para Spence (1991), a ATM é uma articulação um pouco diferente das demais, por sua superfície ser coberta por uma fibrocartilagem, ao invés de cartilagem hialina, como ocorre em outras articulações. A articulação funciona como um par aliado a uma coordenação de movimentos. Há uma diferença marcante na forma dos dois componentes articulares, os movimentos são afetados pelo contato da superfície dos dentes e o disco fibro cartilaginoso abriga o côndilo mandibular dividindo a cavidade em superior e inferior. As duas cavidades da articulação permitem uma rotação e translação condilar, caracterizado pelo movimento do corpo ao redor de seu próprio eixo principal.

Com a abertura da mandíbula, os côndilos fazem "meia abertura", quando a cabeça está ereta, esta rotação inicial do côndilo ocorre com gradual relaxamento dos músculos da mandíbula (masseter, temporal e músculos médios do pterigoídeo), com ação da gravidade sobre a mandíbula. Numa máxima abertura, o côndilo move-se cerca de 15 mm a frente, mas somente metade do disco se move. Quando ocorre o fechamento da mandíbula o disco é retraído por fibras elásticas para uma "ligação anterior" e as contrações do músculo pterigoídeo lateral impedem um excessivo movimento. O disco é flexível e protege o côndilo e o osso temporal e preenche as irregularidades entre ambos.

A ATM é uma das poucas articulações sinoviais do organismo que os fisioterapeutas não avaliam ou tratam habitualmente, pela pouca prática em relação a esta articulação, pois não há protocolos de avaliação e tratamento (FRIDMAN; WEISBERG, 1993; SPENCE, 1991).

Com o desequilíbrio entre a postura da mandíbula e as demais partes do sistema esquelético ocorre o aparecimento de problemas no quadrante superior do corpo, causando alterações na: mastigação, deglutição, fonação, respiração e na ATM. Assim, é fundamental o acompanhamento do fisioterapeuta para uma boa evolução do tratamento da DTM e das alterações posturais (MACHADO; LIMA, 2004).

A biomecânica da postura é bem complexa e, se ocorrem alterações desta, haverá um refinamento dos sistemas de controle postural, bem como a acomodação das estruturas corporais próximas ou distantes dela (FARAH; TANAKA, 1997).

Segundo Rasch e Burke (1977), a coluna vertebral tem se adaptado às demandas da postura ereta, e funciona como um sustentáculo para manutenção do corpo, na posição ortostática, e também serve a um sistema complexo de forças e tensões de diferentes tipos.

Os fatores mecânicos de má postura, devido às posições inadequadas, repetitivas no trabalho ou no repouso, com o passar do tempo poderão causar distúrbios músculo-esqueléticos (KNOPLICH, 1987). Pesquisa realizada por Burt (1950) relata que, a boa postura relaciona-se com a passagem da linha da gravidade, entre a apófise mastóide, extremidade do ombro, quadril e anterior ao tornozelo.

A postura humana pode ser definida como a relação dos segmentos do corpo (cabeça, tronco e membros) entre si. A sustentação da postura ereta requer uma coordenação neurológica complexa, embora seja na maior parte reflexa (QUAGLIA; MONGE, 2001).

Knoplich (1987) descreve a coluna vertebral com 24 vértebras e dois ossos: o sacro e o cóccix. O autor cita que o formato das vértebras apresenta-se de três formas diferentes, de acordo com a região, mas também refere que todas têm em comum uma parte anterior arredondada, cuja função é a sustentação, um orifício onde temos a medula e uma região posterior formada por três ossos. As apófises transversas são laterais e a apófise espinhosa é posterior. Segundo o autor estas três apófises funcionam como um verdadeiro leme de navio, pois elas dão orientação do movimento da coluna.

Bracciali (1997) relata que nós devemos pensar no homem como um ser originário da fusão de fatores emocionais, biológicos, culturais, educacionais e sociais, aos que está sempre exposto, resultante do que recebeu de herança genética e cultural de seus antepassados, e do que receberá de estímulos do meio em que vive durante sua vida.

Bankoff (1993) ressalta que ao se analisar as causas das alterações posturais evolutivas, observamos que os parâmetros relacionados às principais atividades cotidianas foram decisivos para seu estabelecimento, pois quanto mais complexas as causas mais influenciam na postura humana.

Massara (1990) relata que as alterações morfológicas são constantes nas diversas faixas etárias dos indivíduos, mas deve-se ter um acompanhamento periódico, por metodologias de avaliação postural, para diagnosticar e prevenir ou mesmo reeducar a postura humana.

Segundo Caradona e Alves (1997), a postura da cabeça e a posição mandibular sofrem influência da estrutura do corpo. As cadeias musculares atuam no corpo, uma tensão inicial é responsável por uma sucessão de tensões. Quando os músculos se encurtam, suas extremidades se aproximam e as articulações se bloqueiam, deformando o corpo.

Para Bricot (1999), a postura tem relação com o sistema estomatognático, pois este une as cadeias musculares: anterior e posterior. O maxilar por intermédio do crânio se relaciona com as cadeias posteriores; a mandíbula e a língua se ligam à cadeia anterior. Há conexões nervosas entre nervos do sistema estomatognático e aferências deste sistema para formações que interferem no equilíbrio tônico postural. Estas relações podem causar os encurtamentos musculares e assim contribuir para o surgimento das alterações posturais e da DTM.

De acordo com Okeson (1998), o desequilíbrio da musculatura mastigatória também é apontado como uma das causas da DTM, podendo desencadear dores cervicais, cefaléias, dores de ouvido, estalos, travamento e desvios laterais da mandíbula.

Takami (1994) indica que podem ocorrer luxações temporomandibulares, que se caracterizam pelo afastamento exagerado do côndilo de sua cavidade glenóide, quando sujeito a esforços que ultrapassem seus limites fisiológicos, sendo que o paciente permanece travado na posição de abertura máxima, impossibilitado de executar qualquer função que envolva a movimentação da mandíbula como a fala, mastigação e deglutição. A redução desse deslocamento é feita pelo profissional através de técnicas de manipulação e por vezes, com o auxílio de anestésias locais.

Os desvios posturais tais como desvios cervicais e protrusão de ombros levam a retrusão da mandíbula e a dores cervicais (FRIDMAN; WEISBERG, 1982) e os pacientes com DTM frequentemente apresentam esses problemas posturais. Rocabado, Johnston e Blakney (1983) e Arellano (2002) estabelecem que há uma relação dinâmica da cabeça e a oclusão dos dentes.

Para Gould (1993), os principais sintomas da DTM são: dor mandibular, limitação da abertura, estalidos, crepitações, cefaléia, cervicalgias, dor à palpação e principalmente alterações posturais, podendo até mesmo causar grandes assimetrias posturais e diminuições nas dimensões da ATM. A coluna cervical, a ATM e as articulações entre os dentes estão relacionadas. Quando ocorre uma anormalidade funcional, devido a uma má posição, esta poderá influenciar no posicionamento das demais articulações. A alteração mais comum é a anteriorização da cabeça, levando a uma hiperextensão da cabeça sobre o pescoço, por exemplo, quando o paciente corrige para as necessidades visuais, realizando uma flexão do pescoço sobre o tórax, com migração posterior da mandíbula, podendo causar dores e disfunções na cabeça e no pescoço.

Para Chiao Yi, Guedes e Vieira (2003), pode ocorrer a hiperatividade dos músculos da mastigação e causar com isso uma alteração postural. Segundo o autor, a hiperatividade leva 80% dos indivíduos a desenvolver problemas na ATM.

3.2 Disfunção temporomandibular (DTM)

A DTM é uma disfunção temporomandibular, também conhecida como desordem temporomandibular. A dor na DTM é comum e resulta de uma larga variedade de fatores etiológicos, tanto traumáticos como não traumáticos. O conjunto de sinais e sintomas (dor, alteração de função, ruídos articulares) é chamado de DTM. Este é um problema de todo o sistema mastigatório: dentes, ossos gnáticos, articulações e músculos.

Schumann, Zwiener e Nebrich (1988) consideraram que a síndrome da DTM é causada por processos multifatoriais, entre eles: a má oclusão, o estresse emocional e os desequilíbrios da musculatura mastigatória. Outros autores citam a má oclusão como fator determinante para desenvolvimento da DTM (ASH; RAMFJORD, 1996; CARDOSO; VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2005; MIRANDA, 1992).

Quaglia e Monge (2001) relatam que é importante saber que o diagnóstico diferencial da DTM é complexo, pois os sintomas podem ocorrer em diversos locais da região da cabeça ou do pescoço. Assim, devido a essa complexidade, é importante executar a avaliação funcional da ATM para que o profissional diferencie entre os vários componentes que possam existir numa disfunção desta articulação como: sinovites, disfunção muscular, disfunções do disco articular, disfunções cervicais, entre outros. A dificuldade em se realizar o diagnóstico diferencial está na superposição e na combinação de diversas doenças. Para os autores o diagnóstico correto necessitará da distinção entre os diversos quadros dolorosos, as sensações dolorosas e os sintomas que os acompanham sob o ponto de vista das diversas especialidades médicas.

McNeill (1993) refere que os fatores que aumentam o risco da DTM são os fatores de predisposição, os que iniciam os problemas são os fatores de iniciação e os que interferem depois são os de perpetuação. Os fatores que podem iniciar, entre outros são: fatores anatômicos, fatores psicossociais, fatores fisiológicos que refletem as condições sistêmicas e gerais e incluem: desordens degenerativas, endócrinas, neurológicas, reumatológicas e vasculares.

Os hábitos parafuncionais são alguns comportamentos do indivíduo tais como ranger os dentes (bruxismo), apertar os dentes (briquismo), roer unhas, mascar chicletes, fumar cachimbo e, podem colocar a mandíbula em posição instável. Eles isoladamente não desencadeiam DTM, mas podem agravar ou perpetuar a mesma, como por exemplo: uma hiperfunção muscular em uma ATM com osteoartrose (OKESON, 1992).

A terminologia bruxismo se origina do grego “brychein” que significa ranger os dentes (MACIEL, 1998) e foi denominado de “la bruxomanie”, em 1907, por Marie e Pietkwtz apud Hotta et al., 1993), pois durante a Inquisição, as “bruxas” eram encontradas com seus dentes cerrados, após terem sido queimadas.

O bruxismo pode ser crônico ou agudo, contínuo ou intermitente, temporário ou permanente e são movimentos mandibulares repetitivos, não funcionais e sincronizados controlados inconscientemente (MOLINA et al., 2002), podendo estar relacionado à dor disfuncional muscular da ATM (ABRAHAM et al., 1992; OKESON, 1992; RAMJFORD; ASH,1987).

Segundo Pereira, Ramos e Crosato (1995), o bruxismo pode estar relacionado a comportamentos como: agressão reprimida, ansiedade, raiva, medo e frustrações. Os pacientes podem apresentar comportamentos: perfeccionistas, exigentes, irritáveis, competitivos, introvertidos, com dificuldades em reagir às frustrações, hostis, com tendências depressivas, apresentar doenças psicossomáticas e instáveis emocionalmente.

Crianças e adultos de ambos os sexos apresentam bruxismo, em alguma época de suas vidas (muitas vezes elas não percebem, e sim as pessoas de seu convívio). Algumas pessoas se adaptam a esta parafunção e remodelam seus componentes da ATM, desgastando os dentes e outras não se adaptam, tendo dores e disfunção do sistema estomatognático. Segundo estudos de Mendes e Guimarães (2004), o bruxismo pode alterar a ATM, e tem uma etiologia multifatorial e o tratamento deverá ser sempre interdisciplinar.

Attanasio (1997) relata que, há mecanismos neurológicos diretamente envolvidos devido ao bruxismo, termo este utilizado para a parafunção caracterizada pelo contato considerado não-funcional dos dentes, podendo ocorrer de forma consciente e não consciente, e se manifesta pelo ranger ou apertar dos dentes, ou combinação de ambos.

Tais movimentos mandibulares são desenvolvidos pelos músculos mastigatórios (mais à noite), tem forças superiores a aquelas máximas voluntárias, desenvolvidas pela função normal (NISHIGAWA; BANDO; NAKANO, 2001) e provocam desgastes dentais e lesões de estruturas de suporte (CARLSON et al., 2003).

Segundo Ruela et al. (2001), ao diagnosticar o bruxismo há necessidade de conhecer a história do paciente (médica, familiar, dental), além de detectar seus sinais e sintomas, e de se confirmar pelo paciente ou pelos seus companheiros de quarto se o mesmo apresenta ranger dos dentes (bruxismo noturno) ou pelas pessoas de sua convivência social (bruxismo diurno).

Bonjardim et al. (2005) relatam que os sintomas envolvendo músculos mastigatórios, ATM e diversas estruturas associadas têm sido estudadas desde 1970. Os sinais clínicos que prevalecem são os sons articulares, limitação dos movimentos da articulação, fraqueza muscular e da articulação (SONMEZ et al., 2001). Os sintomas subjetivos são: dor de cabeça, sons articulares, bruxismo, dificuldade em abrir a boca, dor articular, dor facial (RIOLO; BRANDT; TENHAVE, 1987).

Segundo Lobo e Nunes (2000), os sinais e sintomas relacionados á ATM decorrem de alterações internas da ATM, por disfunções musculares, devido a hiperatividade muscular ou também o bruxismo.

Siqueira (2001) refere que os principais sinais e sintomas são: cefaléias, pequenos estalos ao abrir e fechar a boca, sensação de travamento da mandíbula, dores na articulação, face, ombros e pescoço, assimetria da mandíbula, dificuldade para deglutir, desvios da mandíbula durante abertura, modificação no encaixe dos dentes assimetria da face, macrognatismo e micrognatismo. Também relata que a DTM causa dores no local lesionado e também em outras áreas da cabeça.

Biazotto (2006) relata em suas pesquisas que os sintomas mais comuns em pacientes portadores de DTM são os ruídos articulares, desvios dos movimentos, as dores na região da ATM e nos músculos mastigatórios.

Em geral, pacientes com DTM podem apresentar como sintomatologia alterações posturais como o posicionamento anormal da cabeça e pescoço, uma vez que uma anteriorização da cabeça pode levar a uma hiperextensão da mesma sobre o pescoço, com retrusão da mandíbula, causando conseqüentemente dor. Estas alterações podem agravar seu quadro clínico doloroso e limitar suas atividades de vida diárias.

Bevilaqua-Grosso (2001) relata que a DTM pode envolver a musculatura mastigatória, a ATM e as estruturas associadas. É caracterizada quando três ou mais sinais e sintomas são diagnosticados podendo incluir: artromialgia facial, ruídos articulares nas funções mandibulares, distúrbios nos movimentos mandibulares, hiperatividade e fraqueza nos músculos da mastigação e dor de cabeça tensional.

Segundo Speciali (1997), as cefaléias primárias são as que ocorrem sem etiologia demonstrável por exames clínicos ou laboratoriais usuais, tendo exemplos: a migrânea (enxaqueca), cefaléias tipo tensão e cefaléia em salvas. As secundárias ocorrem devido a alterações patológicas demonstráveis por exames clínicos ou laboratoriais, onde a dor e consequência do seu curso. As cefaléias secundárias e a DTM incluem-se no último grupo, com sintomas de enxaqueca e cefaléia tipo tensão. Solberg (1986) considerou a cefaléia como o sintoma mais importante da DTM.

Mongini (1977, 1998), Lobo e Nunes (2000) citam que as condições patológicas da ATM podem ser consequência dos fatores genéticos, congênicos ou adquiridos dos indivíduos.

A literatura tem abordado que quando as análises são realizadas levando-se em conta a questão do gênero, constatou-se que 80% das mulheres são acometidas pela DTM (SCHULTE, 1970), referindo-se que os fatores psicossomáticos atuam diretamente para agravar os casos de DTM. Shore em 1959, já citava que 95% dos casos de DTM também ocorriam em mulheres na faixa etária de 35 a 40 anos, descrevendo o estresse como sendo uma das principais causas. Grazia (2003), também relatou em sua pesquisa que a maioria dos indivíduos acometidos por essa patologia são mulheres na faixa etária entre 35 e 45 anos de idade. Le Resche (1997) relata que, a DTM ocorre 1,5 a 2 vezes mais em mulheres do que em homens, e que em suas pesquisas também constatou que 80% dos acometimentos ocorriam em mulheres.

Mouton (1955); Schwartz e Chayes (1973); Tosato (2005) relatam que a DTM ocorre em consequência da associação de distúrbios oclusais e alterações emocionais e são mais frequentes no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 40 anos, provavelmente devido à grande sensibilidade às tensões emocionais a que as mulheres são mais sujeitas. Acrescentam ainda que quando as disfunções musculares são agravadas pelo aumento de tensão podem levar os músculos ao trismo.

Bevilaqua-Grosso (2001) relaciona esta grande incidência de DTM em mulheres ao fato de que essas sofrem durante toda sua vida situações de estresse, mudanças no corpo, como por exemplo: na fase gestacional, na peri e pós-menopausa, alterando seu estado emocional e causando estas alterações tanto na ATM como também na postura corporal.

Há diversos tipos de tratamento para estes problemas de DTM. De acordo com Lermann (1979) tem sido utilizada a placa interoclusal hidrostática, uma boa técnica de tratamento direcionado aos músculos mastigatórios e assim, a DTM. Seu uso inicialmente pode ser doloroso. Geralmente é aceito que a eliminação do contato dental e a resultante

posição mandibular culminam numa grande melhora nos sintomas da DTM com possível eliminação da dor originária de problemas miofasciais.

As alterações duradouras da biomecânica da ATM podem evoluir para danos irreparáveis de tecidos moles ou duros da ATM. Quando há tais distribuições de forças são irregulares, a exacerbação dos sintomas necessariamente não será indicativa da necessidade da terapia com placas interoclusais.

A placa interoclusal hidrostática é usada no tratamento dos sintomas primários da dor e disfunção da ATM (dor nos músculos da mastigação/ sensibilidade, ruídos na ATM, limitação/ alteração no movimento mandibular). Nos sintomas secundários (cefaléia, dor facial, cervicalgia, omalgia), é usada para ajuste oclusal de dentes naturais ou próteses.

O método de terapia Manual de Mulligan (1999) foi desenvolvido por Brian Mulligan, em 1993, e é chamado de método de mobilizações com movimento. São movimentos realizados nas articulações e divididos em “Natural Apophysial Glides (NAGS)”, “reverse NAGS”, Sustained Natural Apophysical Glides (SNAGS)”, “Self SNAGs”, “Spinal Mobilisations With Arm Movement (SMWAMS)”.

Os movimentos “NAGS” são mobilizações oscilatórias aplicadas nas facetas articulares de C2 até T3; os movimentos “reverse NAGS” são aplicados na região da coluna torácica alta; os movimentos “SNAGS” são aplicados na coluna cervical e torácica alta, onde eram realizados movimentos de sustentação nas articulações, sem oscilar os movimentos; os movimentos “SMWAMS” são mobilizações com movimentos locais na cervical e torácica alta, associados aos movimentos dos membros superiores, com as voluntárias na posição sentada ou em pé.

A massoterapia clássica e outros estilos de trabalho de corpo são meras variações da terapia manual, proporcionando estimulação sensorial externa. Os benefícios das técnicas são simplesmente os resultados de efeitos fisiológicos simples. Os conceitos que explicam os efeitos da massagem podem ser divididos em: métodos reflexos mecânicos, estes estimulam o sistema nervoso, o sistema endócrino e as substâncias químicas do corpo. Os métodos mecânicos afetam o tecido mole por meio de algumas técnicas que normalizam o tecido conectivo ou movem fluidos do corpo (FRITZ, 2002).

O autor relata que os efeitos sobre o sistema nervoso são principalmente reflexos. O sistema responde aos métodos da massagem pela estimulação dos receptores sensoriais e esta estimulação interrompe um padrão existente nos centros de controle do SNC, mudando os impulsos motores, mais no sistema periférico, que restabelece a homeostase.

Os efeitos da massoterapia podem ser processados pela divisão somática do sistema nervoso periférico; a divisão somática controla o movimento e a contração do músculo e o relaxamento, bem como o tônus muscular. Já os efeitos sobre o sistema endócrino vão alterar a ação nas substâncias neuroendócrinas. As substâncias estimuladas são: dopamina, serotonina, epinefrina, noradrenalina, encefalina, endorfinas, ocitocina, cortisol e o hormônio do crescimento.

Segundo Greenman (1996) a massoterapia age sobre a circulação aumentando o fluxo de sangue num nível local pela compressão de tecidos, que esvazia os leitos venosos, diminui a pressão venosa e aumenta o fluxo de sangue capilar que é rapidamente neutralizado pela auto-regulação. A massoterapia estimula a liberação de vasodilatadores, principalmente a histamina. Também podem ser induzidas mudanças no fluxo sanguíneo pelos reflexos vasculares autônomos. Este aumento específico age no corpo todo. A compressão contra as artérias e influencia de maneira mecânica os receptores internos de pressão nas artérias. A massagem e outras terapias manuais imitam e ajudam a ação de bombeamento do músculo.

Segundo Domenico e Wood (2000), a técnica da massoterapia clássica pode ser aplicada em qualquer região do corpo. Os movimentos presentes nesta técnica são: deslizamento superficial, deslizamento profundo, amassamento leve e fricção. Todos os movimentos aplicados irão ajudar no relaxamento muscular e no alívio da dor.

A aplicação da massoterapia é quase sempre muito subjetiva em relação à mensuração: força aplicada e temperatura, apenas o tempo e a direção podem ser controlados (FRITZ, 2002).

Para Brad et al. (2000), devem ser avaliados vários itens para obtenção do diagnóstico mais específico e protocolo de tratamento. Pela extrema complexidade dessa disfunção, as discussões são limitadas a um breve resumo dos aspectos desta que são dirigidos à produção da dor. Deveremos ter a história completa do paciente, e o dentista está mais habilitado para tratar os sinais da DTM (a maloclusão, o bruxismo, os desarranjos discais e sinovites de causas locais) enquanto que o fisioterapeuta pode auxiliar no tratamento dos pacientes que apresentam alterações posturais, desequilíbrios musculares, história de traumatismo, disfunção respiratória ou cervical (GOULD, 1993).

3.3 Qualidade de vida (QV)

A preocupação com as questões relativas à QV surgiu após a Segunda Guerra Mundial, pois havia a necessidade de tratar os enfermos. Na medicina a QV começou a ser vista e considerada com uma grande dimensão e tinha como meta a dignidade e o bem-estar psicológico do paciente, segundo Rebelatto e Albuquerque (2004).

O termo QV tem sido muito debatido entre os pesquisadores. Bowling e Brazier (1995) em suas pesquisas concluíram que QV é um conceito incorporado aos aspectos da vida humana e multidimensional. Ela é citada por diversos autores não apenas em relação à parte física, mas também psicológica e social. A saúde e a capacidade funcional são itens importantes e devem ser avaliados (DEUSTCHER, 1964; ELKINTON, 1966; AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL, 1997; WOOD-DAUPHINEE, 2001).

Minayo, Hartz e Buss (2000) realizaram um trabalho, onde trouxeram para debate relações entre a QV e saúde. Citando como padrões subjetivos: o bem-estar, a felicidade, o amor, o prazer, a realização pessoal e dentre os padrões objetivos: a satisfação de necessidades básicas e das criadas pela economia e pela sociedade. Os autores relatam que a QV é uma noção humana, que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a estética existencial.

Martin e Stockler (1998) sugerem que QV seja definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade (sendo que quanto menor a distância, melhor será a QV). Abrange significados diversos, que agregam conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) relataram que, a expressão *qualidade de vida ligada à saúde* (QVLS) é o valor atribuído à vida, ponderados pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.

A terminologia QV na área médica tem sido utilizada como referencial da clínica, para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, se ofereça indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos. A expressão usada é *qualidade de vida em saúde*. A noção de *saúde* é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário, onde o foco é a doença em causa, evidenciando uma visão *medicalizada* do tema. Os indicadores criados para medir esta qualidade de vida são notadamente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-

benefício. Segundo Hubert (1997), as técnicas criadas para medi-la não levam em conta os contextos culturais, sociais, de história de vida e do percurso dos indivíduos cuja qualidade de vida pretende-se medir.

Existem vários instrumentos que podem ser utilizados para mensurar a QV. Cicconelli (1997) traduziu e validou para o português um instrumento para avaliar a QV em saúde, o SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey), que foi elaborado pelo IQOLA PROJECT GROUP, sendo este um questionário genérico onde se avalia a saúde, muito fácil de compreender e de se aplicar, e não é muito extenso, o que facilita sua utilização. Contém 2 partes: a primeira é composta de questões que avaliam a saúde do indivíduo e se relaciona à mobilidade física, dor, sono, energia, isolamento social e reações emocionais; e na segunda parte avalia o impacto da doença na vida diária do indivíduo. São 38 itens, de fácil entendimento e, utiliza mais ou menos 10 minutos para ser respondido (WARE; SHERBOURNE, 1992).

O SF-36 foi estruturado a partir de um questionário de avaliação de saúde, contendo 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22000 pacientes, como parte de um estudo envolvendo questões relativas a saúde (The Medical Outcomes Study-MOS). Para que fosse um questionário mais abrangente e menos extenso, acrescentaram-se 18 itens avaliando a capacidade física, limitações por doenças, percepção da saúde e saúde mental. Depois foram acrescentados mais 2 itens, criando o SF-20 (Short-Form 20), que foi aplicado em 1100 indivíduos, avaliando medidas psicométricas e normas preliminares diferenciando o estudo funcional e o bem-estar das pessoas envolvidas.

Segundo Ciconelli (1997), cada sociedade tem suas próprias crenças, atitudes, costumes, comportamentos e hábitos sociais, e, estas características orientam as pessoas de como devem se comportar perante a sociedade em que vivem. Assim, refletem as diversas culturas dos países em que vivem. Numa tradução, este deve ser simples e claro, equivalente aos conceitos culturais. Segundo a autora, a versão para a língua portuguesa do SF-36, adaptada a cultura brasileira é de fácil e rápida administração; a versão em português do SF-36 foi aplicada por meio de entrevistas e suas propriedades de medida (reprodutibilidade e validade) foram demonstradas.

4 MÉTODOS

4.1 Voluntárias estudadas

Participaram da pesquisa 29 mulheres com diagnóstico de DTM, na faixa etária de 28 a 59 anos, com idade média de 47,03 ($dp \pm 6,71$) anos, voluntárias, funcionárias e alunas de graduação e pós-graduação de diversos setores da Unicamp.

4.2 Planejamento geral da pesquisa

Foram contatadas para esta pesquisa 85 mulheres, com diagnóstico de DTM realizado por cirurgiões dentistas do setor de Odontologia do Cecom/Unicamp. Realizaram as entrevistas, 40 mulheres, as demais não podiam participar, pois tinham problemas em relação a disponibilidade de tempo. Durante o transcurso do programa ocorreu uma evasão de 11 mulheres, devido a problemas particulares das mesmas.

As voluntárias assumiram o compromisso de não modificar suas medicações sem antes comunicar a pesquisadora, mas durante a execução do programa, nenhuma delas teve a necessidade de alterar suas medicações. Também informaram que não estavam utilizando nenhum tipo de tratamento odontológico para DTM durante este período, tais como: placas mio-relaxantes, aparelhos ortodônticos ou ajuste oclusal. Não estavam realizando nenhum tipo de terapia, apenas as sessões de Mulligan com massagem clássica, nas duas sessões/semanais de 30 minutos.

Houve uma preocupação por parte da pesquisadora em criar um ambiente propício e aconchegante para as voluntárias, para que estas se sentissem confortáveis, procurando sempre passar muita segurança em relação a tudo que fosse feito. Sempre foi explicado o que seria realizado antes de cada um dos procedimentos, para que não tivessem nenhuma dúvida. Outro ponto importante foi em relação à atenção dada as voluntárias, sempre tentando esclarecer suas dúvidas com o objetivo melhorar suas queixas de dor.

4.3 Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), de acordo com as normas de conduta para pesquisa com seres humanos. Este órgão é o responsável, nesta Universidade, em emitir pareceres com base nas Resoluções 196/96 e 251/97 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

O material enviado ao CONEP continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A); a ficha de anamnese individual e o protocolo fisioterápico de avaliação postural (APÊNDICE B, C); a Escala Visual Numérica de Dor e Questionário de Triagem para DTM (ANEXO A, B) e o questionário para avaliar a qualidade de vida, SF-36 (ANEXO C), bem como a metodologia de aplicação e a caracterização das voluntárias que serão envolvidas nesta pesquisa experimental, e foi aprovado através do parecer n° 245/2006 (ANEXO F).

As voluntárias foram orientadas sobre as avaliações pelas quais seriam submetidas e conscientizadas sobre a proposta da pesquisa. Também foram orientadas para que lessem o termo de consentimento livre e esclarecido, e estando de acordo com o mesmo, assinassem autorizando a utilização e a publicação dos dados coletados. Foram informadas anteriormente como era o Método Mulligan e a massoterapia clássica, como ambas agem em nosso corpo, como seria sua aplicação, não lhes deixando nenhuma dúvida quanto ao procedimento que seria realizado.

Ainda em relação aos aspectos éticos deste projeto, outro ponto importante a ser levantado, refere-se à relevância social da pesquisa para as voluntárias envolvidas e as posteriores pesquisas, o que garante a igual consideração dos interesses das partes, adequando-se aos princípios científicos que justificam a pesquisa fundamentada na experimentação prévia, obedecendo as metodologias adequadas propostas, cujo detalhamento faz parte do termo de consentimento livre e esclarecido e as demais exigências que compõem a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Firmou-se também um compromisso com as participantes da pesquisa, de que seria enviado a elas um relatório com os resultados gerais obtidos logo após a análise dos dados.

4.4 Critérios de exclusão e inclusão

Foram excluídas as voluntárias que não tinham condições intelectuais para responder os instrumentos utilizados na pesquisa e que não tiveram frequência de 85% no programa aplicado.

Como critério de inclusão todas as mulheres deveriam apresentar sintomas de DTM, não estarem realizando nenhum outro tratamento fisioterapêutico ou odontológico relacionado a ATM. Caso as voluntárias tivessem a prescrição de medicamento alterada, deveriam comunicar a pesquisadora.

4.5 Questionários aplicados

As voluntárias participantes da pesquisa responderam as questões contidas na ficha de anamnese (individual e protocolo fisioterápico de avaliação postural), na Escala Visual Numérica de Dor, no Questionário de Triagem para DTM e no Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida The Medical Outcomes Study Short Form – SF-36.

4.5.1 Ficha de anamnese

A aplicação das questões contidas nas fichas de anamnese (APÊNDICE B, C) foram realizadas no início da pesquisa, pois o intuito era conhecer a população a ser tratada e não comparar os dados. Essas fichas foram elaboradas para a pesquisa da dissertação de mestrado, que também foi direcionada a DTM, tendo a intenção de obter informações sobre o perfil das voluntárias, e os objetivos que as levaram a procurar o programa, como foi a sua vida em relação às dores na ATM e dores correlacionadas, quanto tempo e com que frequência tinham dores, assim como obter informações a respeito da saúde atual e pregressa (problemas ósseos, diabetes, hipertensão, entre outros).

As fichas foram preenchidas pelas pacientes nas questões objetivas e a parte de avaliação postural e da ATM, foi realizada pela pesquisadora.

As fichas de anamnese foram subdivididas em 4 partes, que continham:

1. Dados pessoais e antropométricos das voluntárias como: idade, profissão, peso (kg), altura (m) e IMC (kg/m^2);
2. Questionário com questões sobre DTM e postura;
3. Questões sobre a queixa principal, tratamentos anteriores e história médica e odontológica;
4. Avaliação da ATM, da coluna cervical e avaliação postural.

As questões relativas às queixas eram: se sentiam dores, sua localização, a duração das dores, situações que pioravam e/ou melhoravam as dores; se as dores eram estimuladas ao movimento ou ao repouso; se haviam estalidos, crepitações, alterações musculares na ATM; e questões sobre posturas diárias, no trabalho e ao dormir e se realizavam tratamento ortodôntico.

Na segunda etapa da anamnese verificou-se o histórico médico pessoal, familiar e o histórico dentário. Na última etapa, perguntou-se sobre a queixa considerada principal, ou seja, aquela que mais a incomodava no dia a dia, podendo responder a um só item. Logo após realizou-se exame clínico, onde se verificou as questões relativas à ATM e suas características, através do exame de palpação muscular na região, medição de abertura bucal e amplitudes de movimento articular da ATM, amplitudes de movimento da coluna cervical, para que pudessemos verificar, se havia alteração da coluna cervical associada, testes musculares específicos da região da ATM e, por último uma avaliação postural.

4.5.2 Escala Visual Numérica de Dor

A Escala Visual Numérica de Dor (ANEXO A) avalia o nível de dor em que o indivíduo encontra-se. Pretende-se que o indivíduo faça a equivalência entre a intensidade de sua dor e uma classificação numérica. Consiste de uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, onde 0 é o “sem dor” e 10 é o “dor máxima” e, o indivíduo deve assinalar qual o número que corresponde a dor que está sentindo naquele momento (HUSHISSON, 1974).

4.5.3 Questionário de qualidade de vida – SF-36

O The Medical Outcomes Study Short Form SF-36 (ANEXO C) foi utilizado por ser um instrumento direcionado para a saúde, por já ter sido validado para a língua portuguesa, pela sua facilidade de compreensão e pelo fato de poder ser utilizado por pessoas de qualquer idade. É um dos instrumentos genéricos que possuem como finalidade refletir sobre o impacto de uma doença na vida de pacientes em uma ampla variedade de populações. Avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Este instrumento de avaliação segundo Ware, Gandek e IQOLA Project Group¹ (1994) citado por Ciconelli (1997), avalia tanto aspectos negativos de saúde, como doenças e enfermidades, assim como os aspectos positivos como o bem-estar.

Contém 36 itens referentes a 8 escalas ou domínios que são: capacidade funcional (10 itens); aspectos físicos (4 itens); dor (2 itens); estado geral de saúde (5 itens); vitalidade/capacidade vital (4 itens); aspectos sociais (2 itens); aspectos emocionais (3 itens); saúde mental (5 itens) e mais uma questão que avalia, de forma comparativa, as condições de saúde atual e a de um ano atrás que não entra na pontuação de nenhuma das oito dimensões.

As escalas ou domínios relacionados aos aspectos físicos e emocionais abordam “as limitações no tipo e quantidade de trabalho [...] como também o quanto estas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente” (CICONELLI, 1997, p.18). “A intensidade da dor [...] e a sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária do paciente” (CICONELLI, 1997, p. 18) são avaliadas na escala de avaliação de dor.

A avaliação de vitalidade/capacidade vital engloba “tanto o nível de energia, como o de fadiga” e a de avaliação dos aspectos sociais “tenta analisar a integração do indivíduo em atividades sociais” (CICONELLI, 1997, p. 18) avaliando de que forma a sua participação em atividades sociais foi afetada devido a seus problemas de saúde.

A avaliação da escala ou domínio de saúde mental “incluem uma ou mais questões sobre os quatros principais dimensões da saúde mental que são ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico” (CICONELLI, 1997, p. 19).

¹ International Quality of Life Assessment Project.

Segundo Ware, Gandek e IQOLA (1994), a análise é realizada dando um score para cada questão e depois transformados em escala de 0 a 100, sendo 0 o pior resultado e 100, o melhor, ou seja, escores mais baixos representam maior limitação funcional, dor, alterações em atividades decorrentes de problemas físicos e/ou emocionais, menor vitalidade, entre outros que resultam em pior qualidade de vida, enquanto escores mais elevados representam melhor qualidade de vida.

A Escala Visual Numérica de Dor e o Questionário de Qualidade de Vida “SF-36” foram aplicados antes e após 16 sessões de terapia manual utilizando Método Mulligan e a massagem clássica associados, pois tinham o objetivo de verificar se havia ocorrido alguma mudança no quadro de dor que pudesse interferir na QV das voluntárias.

4.5.4 Questionário de triagem para dor orofacial

O questionário Triagem da Academia Americana de Dor Orofacial (ANEXO B) foi utilizado para confirmar o diagnóstico pelo qual ocorreu encaminhamento pelos dentistas. Esse questionário contém 10 questões relativas à dor orofacial, onde as voluntárias deveriam responder pelo menos três respostas positivas (sim) para que fosse confirmado se elas apresentavam DTM.

4.5.5 Programa de terapia manual

As voluntárias foram atendidas individualmente, em consultório fechado no Cecom/Unicamp, para que pudessem estar à vontade durante as sessões de terapia, que foram realizadas duas vezes na semana, com duração de 30 min em dias alternados envolvendo 15 min de Método Mulligan e 15 min de massoterapia clássica.

Durante a aplicação do Método Mulligan as voluntárias não poderiam sentir dor, ficaram sentadas numa cadeira ergonômica, com os membros superiores apoiados na cadeira, apenas tirando o apoio ao realizar os movimentos de “SMWAMS”, nos quais deveriam movimentar os membros superiores, durante a execução da técnica. Dessa forma, realizaram de forma seqüencial os movimentos, sendo: 12 min de Método Mulligan e 3 min de intervalo, divididos em 1 min entre os movimentos, como segue abaixo:

- ✓ Movimentos “NAGS”, durante 3 min;
- ✓ Movimentos “reverse NAGS”, durante 3 min;
- ✓ Movimentos “SNAGS”, durante 3 min;
- ✓ Movimentos “SMWAMS”, durante 3 min.

Após o término do Método Mulligan era iniciada a aplicação da massoterapia clássica na região da ATM com a voluntária deitada na maca, por aproximadamente 15 min, utilizando os traços: deslizamento superficial por 3 min; deslizamento profundo por 3 min; amassamento por 3 min; fricção por 3 min e deslizamento superficial para finalizar por 3 min. Sempre realizou-se a técnica com a mesma sequência (mesmo numero de repetições e tempo).

4.6 Análise estatística

Após procedimento de tabulação dos dados da ficha de anamnese realizou-se as análises descritivas para verificar a tendência de distribuição das variáveis estudadas.

A análise da escala visual numérica de dor e do SF-36 foram realizadas antes e após a aplicação do programa de 16 semanas. Os dados coletados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico Wilcoxon (ANEXO E), e o nível de significância adotado de 5% ($p < 0,05$), software SPSS, V. 13.0. **NORUSIS**, M. J./SPSS Inc. - SPSS for Windows: advanced **statistics**, release 13.0. Chicago, Illinois, USA, 2004.

Para as correlações entre os escores padronizados dos domínios do SF-36; e os escores da Escala Visual Numérica de Dor utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos dados coletados na anamnese, antes de iniciar o programa de terapia manual, pode-se conhecer o perfil das voluntárias estudadas. As variáveis antropométricas podem ser visualizadas na Tabela 1, onde para a variável peso o valor mediano ficou em 67 kg, altura o valor de 1,60m e IMC 25,34 kg/m².

TABELA 1 - Variáveis antropométricas das voluntárias estudadas

	Peso (kg)	Altura (m)	IMC (kg/m ²)
Máximo	98	1,72	36,11
Mínimo	49	1,41	18,42
Mediana	67	1,60	25,34
Média	67,76	1,61	26,24
± DP	11,02	0,07	4,43

Em relação aos dados coletados para a variável estado civil pode-se verificar que o maior percentual foi de mulheres casadas, num total de 55,2%, seguida das solteiras: 20,7%, as viúvas com 6,9%, as desquitadas com 3,4% e outros (13,8%), como pode ser visualizado no Gráfico 1.

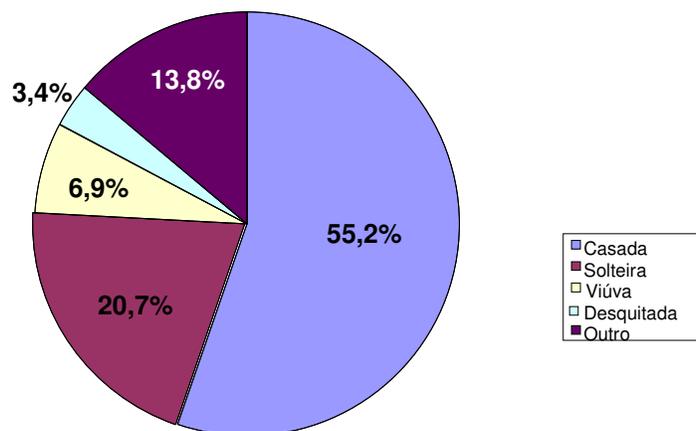


GRÁFICO 1 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à variável estado civil.

Já em relação à variável profissão, a Tabela 2 nos mostra que os maiores percentuais ficaram entre as enfermeiras e as técnicas administrativas com 10,3% cada uma.

TABELA 2 - Dados individuais referentes às profissões das voluntárias estudadas

Profissão	Frequência	Percentual %	Cumulativo %
Analista de sistemas	1	3.4	3.4
Antropóloga	1	3.4	6.9
Aposentada	2	6.9	13.8
Assistente social	1	3.4	17.2
Assistente social (aposentada)	1	3.4	20.7
Assistente Técnico de Direção	1	3.4	24.1
Auxiliar de enfermagem - aposentada	1	3.4	27.6
Bibliotecária	1	3.4	31.0
Do lar	1	3.4	34.5
Enfermeira	3	10.3	44.8
Funcionaria publica	1	3.4	48.3
Musicista	1	3.4	51.7
Pedagoga	1	3.4	55.2
Professora	2	6.9	62.1
Professora – educação infantil	1	3.4	65.5
Secretaria	2	6.9	72.4
Servidor público estadual	1	3.4	75.9
Técnica administrativa	3	10.3	86.2
Técnica em biblioteca	1	3.4	89.7
Técnica em enfermagem	2	6.9	96.6
Técnica em química	1	3.4	100
Total	29	100	

A participação somente de mulheres em nossa pesquisa se deu devido à consulta na literatura, onde diversos estudos evidenciavam que o maior acometimento da DTM se dá no gênero feminino (MEYER; BOEVER, 1997; PADROS; FUENTESAUICO, 1998; KLIEMAN; BRUNETTI, OLIVEIRA, 1998; MAZZETTO; NASCIMENTO, GOMES, 2002; CABEZAS; ARRUDA, 2002; PEDRONI; OLIVEIRA; GUARATINI, 2003; PEREIRA JUNIOR et al., 2004; BONJARDIM et al., 2005; COOPER; KLEINBERG, 2007; STORM; WAMAN, 2007; MARTINS et al., 2008; PERES et al., 2008).

Garcia (1997), em sua pesquisa envolvendo 277 voluntários com DTM constatou que desse total, 209 eram mulheres e 68 homens, numa proporção de 3:1 com DTM.

Quando avaliada a questão faixa etária os resultados encontrados nesta pesquisa são semelhantes aos relatados por Ruela et al. (2001), que realizaram uma pesquisa com 277

pacientes, com idades entre 8 e 73 anos e verificaram que a faixa etária com maior incidência de DTM foi entre 26 e 40 anos (86,1%). Esses resultados corroboram com Cabezas e Arruda (2002), que relataram que a faixa etária de maior frequência de DTM é representada pelas segunda e terceira décadas de vida, e de acordo com o Instituto Nacional de Saúde dos EUA, mais de dez milhões de americanos sofre de Disfunções/Desordens na ATM.

Pode-se através do levantamento bibliográfico verificar que a prevalência de DTM ocorre em mulheres, principalmente após os 30 anos de idade, isto se deve por elas apresentarem mais preocupações em seu dia a dia, com a casa, o cônjuge, o trabalho, os filhos e a escola desses, entre outros, que acabam exigindo-lhes muito, fazendo com que fiquem mais propensas ao estresse e as pressões.

Manfredi (2005) observou em seus estudos que as mulheres se encaixam mais no perfil de portadores de DTM em relação aos homens, quando se refere ao estresse. Segundo a autora, as mulheres têm um nível mais elevado, tendo 90,91% delas sintomas de DTM e estresse. Resultados semelhantes foram encontrados por Peres et al. (2008) que avaliaram 30 mulheres e verificaram um alto índice de estresse entre essas.

Lipp e Guevara (1994) em sua pesquisa relataram possíveis reações psicológicas frente ao estresse como ansiedade, tensão, angustia, duvida quanto a si próprio; preocupação excessiva, pensar constantemente em um só assunto, dificuldade de relaxar, irritabilidade e hipersensibilidade emotiva.

Camelo e Angerami (2004) avaliaram 37 voluntários e concluíram que a predominância dos sintomas de estresse ocorre na área psicológica (48%), seguido da área física com (39%).

Outra variável pesquisada foi a sintomatologia da dor, e quando as voluntárias foram questionadas sobre as dores que sentiam, os resultados mostraram que 100% delas apresentavam dor. Em outra questão onde as voluntárias poderiam responder a mais de uma alternativa, pois abordava quando e em qual parte do corpo elas sentiam as dores, e o que ocorria para aumentar e diminuir as mesmas, os resultados foram: 72,4% apresentavam dores na ATM, na cabeça e na região cervical (GRÁFICO 2) e 31% na região dorsal da coluna vertebral (GRÁFICO 3); 10,3% na garganta (GRÁFICO 4) e 44,8% no ouvido (GRÁFICO 5).

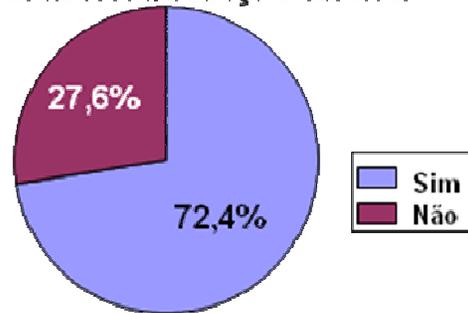
Dor na ATM, Cabeça e Cervical

GRÁFICO 2 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de dor na região da ATM, na região da Cabeça e na região da Cervical.

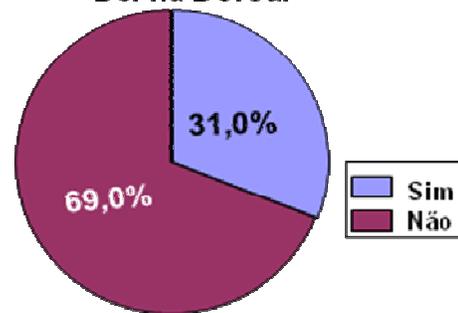
Dor na Dorsal

GRÁFICO 3 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de dor na região da coluna Dorsal.

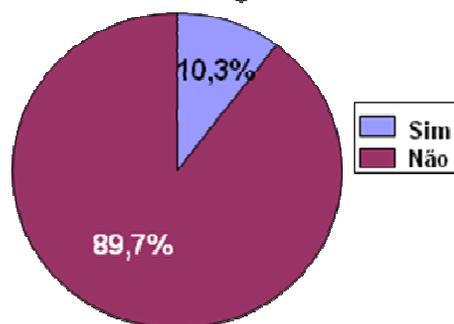
Dor na Garganta

GRÁFICO 4 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de dor na Garganta.

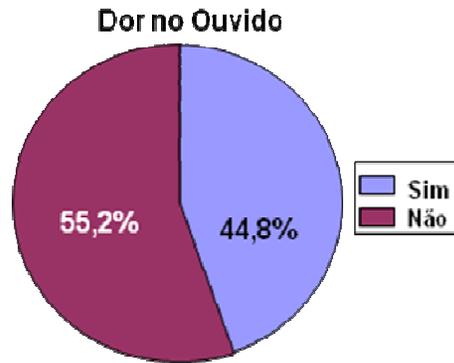


GRÁFICO 5 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que apresentavam sensação de dor no ouvido.

Pode-se constatar nesta pesquisa, que na maioria dos casos as pessoas com DTM têm dores na região da ATM, na região da cabeça, na região cervical, na região dorsal, na garganta e no ouvido. A sintomatologia é bem ampla, deve-se realizar uma avaliação bem individualizada para que se possa identificar o problema, traçar os objetivos e condutas a serem adotadas.

Esses resultados corroboram com os encontrados por Garcia e Sousa (1998), em sua pesquisa com a participação de 46 pacientes com DTM, sendo: 41 mulheres e 5 homens, onde os resultados mostraram que os sintomas mais relatados pelos pacientes foram: cefaléia, dores localizadas na ATM, estalidos, dores de ouvido, cervicalgias, muita sensibilidade à palpação localizada nos músculos associados, crepitações da ATM, diminuição da amplitude de movimento da ATM. Também corroboram com dados de Chiao, Guedes e Vieira (2003)

Estudo realizado por Marklund e Wäman (2008), onde participaram 209 mulheres, concluiu que o gênero feminino está mais predisposto a ocorrência de dores miofaciais e DTM. Dados semelhantes encontrados por Conti et al. (1996).

Em nossos estudos quando se analisou a variável: estalidos e crepitações, os resultados mostraram que 79,3% apresentavam estalidos e 72,4% crepitações. Garcia, Madeira e Oliveira (1995) e Martins et al. (2008) também encontraram resultados semelhantes aos nossos.

Gomes (2003) em sua pesquisa utilizando como recurso de tratamento para DTM, a massoterapia clássica em 10 voluntários, sendo: 3 homens e 7 mulheres, na faixa etária de 21 a 50 anos de idade obteve como resultados uma média de melhora das dores de 51% no início e 60% no final do programa e a frequência das crises diminuiu 44 % durante o tratamento e 81% no final dele, com alívio significativo das cefaléias e das dores localizadas na ATM. Esses resultados

corroboram com os achados da presente pesquisa, mesmo tendo sido utilizado apenas massoterapia clássica.

Pode-se inferir através dos dados encontrados nesta pesquisa que realmente há diversos sintomas na DTM, mas, que a maioria deles se intensifica quando as mulheres estão mais tensas, mais preocupadas, mais estressadas, elevando assim principalmente as dores na ATM e cefaléias.

Pode-se visualizar no Gráfico 6, os dados referentes à variável tempo de início das dores, e os resultados mostraram que 34,6% das voluntárias responderam que sentiam dores há mais de 10 anos; 24,1% mais ou menos 5 anos; 17,2%, entre 10 e 5 anos; 17,2% há 1 ano; 3,4% há 3 anos e 3,4% há 2 anos.

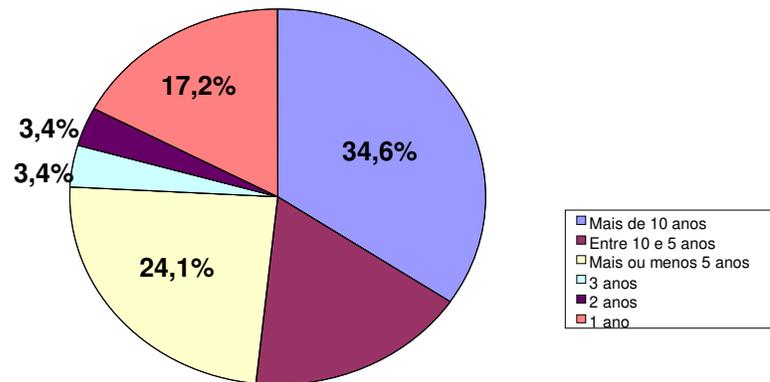


GRÁFICO 6 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM que responderam quanto ao tempo de início da sensação de dor.

Esses resultados encontrados para a variável tempo de início da sensação de dor relacionada à DTM mostram que as dores podem ser consideradas crônicas, por estarem ocorrendo na maioria das mulheres há vários anos. Castro et al. (2003) em suas pesquisas constataram que os indivíduos com dor crônica aparentam ser mais deprimidos, com sintomas de sono perturbado, redução de energia, dificuldade de concentração e irritabilidade.

Em relação às questões relativas a duração das dores, podemos visualizar no Gráfico 7, o percentual de voluntárias que responderam que tinham dores o dia todo (79,4%), durante a noite (10,3%), pelas manhãs (6,9%) e a tarde (3,4%).

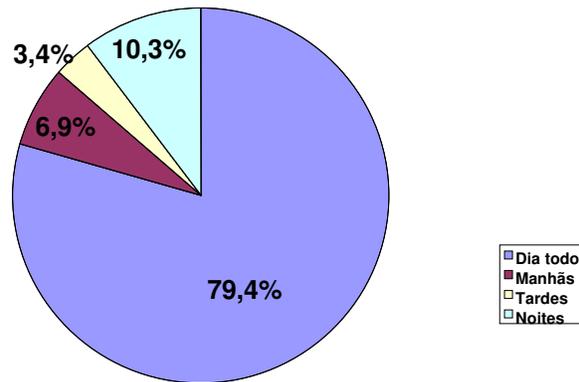


GRÁFICO 7 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à duração da sensação de dor.

Ao responderem se as dores eram mais freqüentes durante o repouso ou quando estava em movimento, os resultados mostraram percentual de 75,9%, quando elas estavam em movimento, 20,7% no repouso e 3,4% em ambos os casos (GRÁFICO 8).

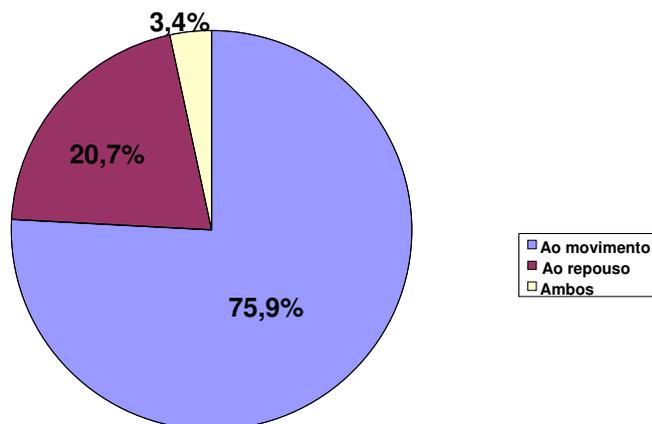


GRÁFICO 8 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à questão de estímulo das dores.

Nesta pesquisa constatou-se que a maioria das voluntárias tinha dores ao movimento da ATM. Os autores Attanasio (1991) e Ruela et al. (2001) relatam que anormalidades posturais levarão a hiperatividade muscular e aos distúrbios da ATM.

A pesquisadora constatou tanto na sua pesquisa de mestrado quanto na de doutorado, que a maioria das mulheres quando estão estressadas ou ansiosas com situações do seu dia a dia, acabam realizando hábitos parafuncionais como: apertar e/ou ranger os dentes, roer unhas, mascar chiclete entre outros e com isso, relatam sensação de melhora, mas ao final do dia relataram sentir dores cervicais, de cabeça e dores musculares na ATM.

Outra variável analisada foi relativa ao aumento das dores, quando questionadas sobre o que causava as mesmas as respostas foram: pioram com situações de nervosismo/preocupação: 69%; com os exercícios: 17,2%; com ansiedade: 58,6%; nas refeições: 27,6% e com estresse: 44,8% (TABELA 3).

TABELA 3 - Frequência e percentual de aumento das dores presentes nas voluntárias estudadas

	Nervosismo/ Preocupação	Exercícios	Ansiedade	Refeições	Estresse
Frequência	20	5	17	8	13
Percentual	69%	17,2%	58,6%	27,6%	44,8%

Em relação aos fatores que causaram diminuição das dores os resultados foram os seguintes: 69% com uso de remédios; 51,7% através de repouso, 10,3% em situações de lazer e 13,8% outros, sem citar o que estariam nesse item outros (TABELA 4).

TABELA 4 - Frequência e Percentual da diminuição das dores presentes nas voluntárias estudadas

	Uso de medicamentos	Repouso	Lazer	Outras situações
Frequência	20	15	3	4
Percentual	69%	51,7%	10,3%	13,8%

Ao analisarmos as respostas em relação a outros sintomas que estão presentes na DTM, obtivemos como resultados que: 72,4% (A) crepitações na ATM e 79,3% (B) apresentam estalidos e alterações na ATM (GRÁFICO 9).

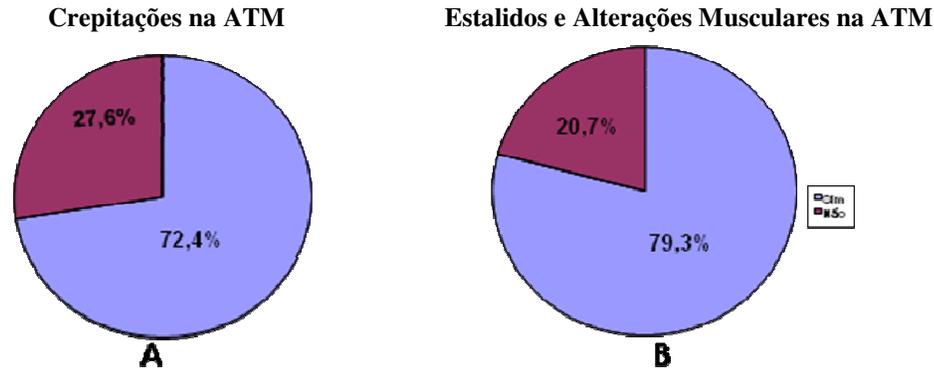


GRÁFICO 9 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto às variáveis: crepitações na ATM (A) e estalidos e alterações na ATM (B).

Conti, Miranda e Ornelas (2000) realizaram pesquisa envolvendo 43 indivíduos, subdivididos em Grupo Experimental (GE), com n=24 que apresentavam problemas articulares e Grupo Controle (GC), n=19 com ausência de sintomas de DTM, dentre esses 67% eram mulheres com idade média de 36 anos, os resultados mostraram prevalência de 62,5% no GE e 42,1% no GC, respectivamente de sons articulares. Resultados semelhantes foram encontrados em nossa pesquisa.

Ao analisarmos as questões referentes à postura, das 29 (vinte nove) voluntárias, durante os vários momentos do dia, os resultados mostraram que para a variável postura durante o trabalho o percentual foi de que 48,3% das voluntárias estão com a postura alternada em pé e sentada (ALT). Na questão relativa à postura durante o dia, 58,6% responderam que estão com a postura alternada (em pé e sentada). Já em relação à questão postura para dormir: 13,8% responderam que dormem em decúbito dorsal (DD), 62,1% em decúbito lateral (DL) e 24,1% (DV) em decúbito ventral (TABELA 5).

TABELA 5 - Percentual das voluntárias estudadas, em relação à postura assumida para dormir

Postura para Dormir			
	Freq	Percent%	Cum%
DD	4	13.8	13.8
DL	18	62.1	75.9
DV	7	24.1	100

DD-Decúbito dorsal
DL-Decúbito lateral
DV-Decúbito ventral
ALT-Alternado.

Em relação aos tratamentos ortodônticos realizados, obtivemos que 69% delas já haviam realizado algum tipo de tratamento (GRÁFICO 10).

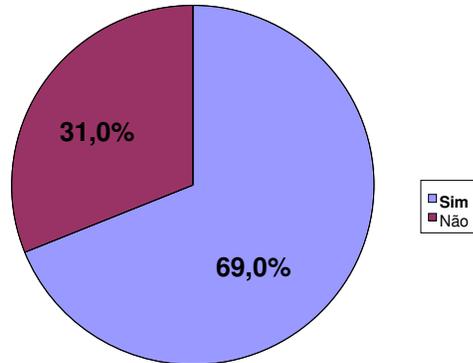


GRÁFICO 10 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à variável utilização de algum tratamento ortodôntico.

Os resultados referentes ao tratamento ortodôntico foram: 5% responderam que tiveram ótimas respostas, 55% boas respostas, 25% regulares, 15% não obtiveram bons resultados (GRÁFICO 11).

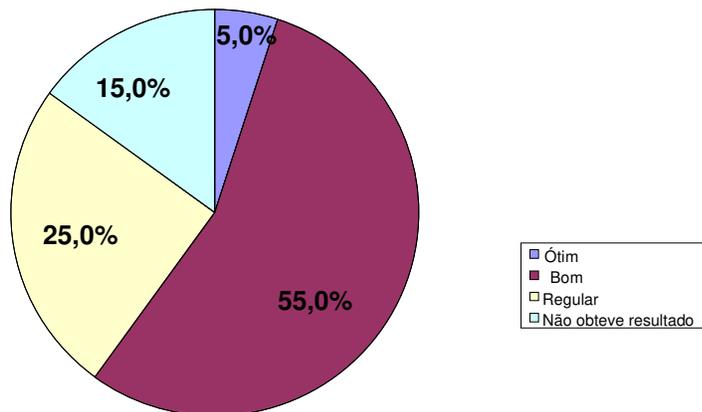


GRÁFICO 11 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à variável: respostas ao tratamento ortodôntico.

Segundo Biazotto (2006), este tipo de tratamento promove uma posição condilar mais estável e funcional, normaliza a atividade muscular permitindo que a própria musculatura conduza a mandíbula a uma posição adequada, além de reduzir ou eliminar os sinais e sintomas das desordens da ATM.

E, finalmente, quando se perguntou as voluntárias sobre sua queixa principal (observando-se que nesta questão elas só poderiam responder a um item), os resultados obtidos foram: 44,6% apresentavam dores na ATM; 38,9% cefaléia; 5,5% desalinhamentos posturais; 5,5% crepitações e 5,5% outros sintomas não citados (GRÁFICO 12)

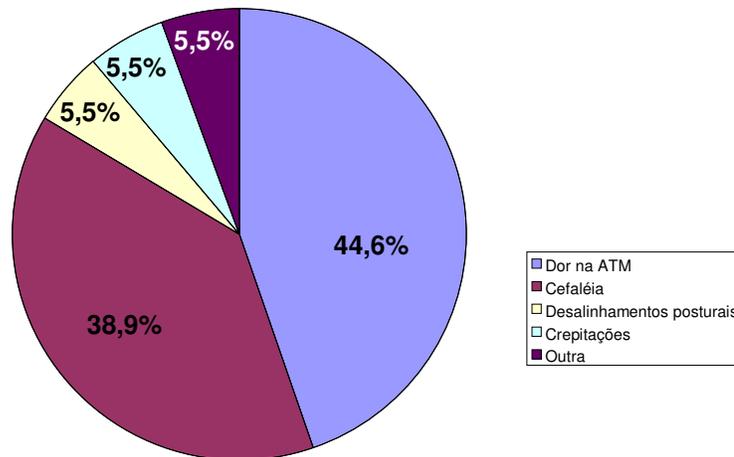


GRÁFICO 12 - Percentual das voluntárias atendidas no CECOM quanto à variável queixa principal.

Nesta pesquisa pode-se verificar que uma pequena parcela das mulheres possuía desalinhamentos posturais, diferentemente do que ocorreu na pesquisa de dissertação de mestrado de Di Grazia (2003), onde a pesquisadora concluiu que as más posturas alteravam significativamente a DTM das voluntárias estudadas, mas na pesquisa atual este item não foi avaliado. Mas importante frisar que os desalinhamentos posturais têm sido citados por diversos autores como causadores de DTM (BEVILAQUA-GROSSO, 2001; ARELLANO, 2002; GRAZIA, 2003; MACHADO; LIMA, 2004; MENDES; GUIMARÃES, 2004; BIAZOTTO, 2006).

Estudo de revisão da literatura realizado por Tedeshi e Marques (1999) concluíram que há uma grande relação entre a DTM e as alterações posturais, e que o tratamento

fisioterapêutico é de extrema importância na equipe multidisciplinar, considerando o indivíduo globalmente.

Num segundo momento, foram analisadas as respostas obtidas na Escala Visual Numérica de Dor, onde as voluntárias deveriam responder de 0 a 10, qual era o número que representaria sua dor naquele momento, tanto no momento pré quanto após 16 semanas de terapia manual verificando se houve melhora do quadro algico ou não.

A Tabela 6 nos mostra que no momento pré-terapia o valor mediano foi 8 (oito) e no pós-terapia o valor mediano foi 1 (um), estes resultados mostraram diferença estatisticamente significativa, demonstrando que o programa proposto atingiu seus objetivos que era diminuir as dores.

TABELA 6 - Valores obtidos na Escala Visual Numérica de Dor pré e após 16 semanas de terapia manual

	Pré Terapia Manual	Após Terapia Manual
Máximo	10	3
Mínimo	5	0
Mediana	8	1
Média	7,65	1,06
± DP	1,63	0,99

Resultados semelhantes foram encontrados por Moraes (2003) que realizou uma pesquisa envolvendo 26 voluntários de ambos os sexos, na faixa etária de 22 a 53 anos, o pesquisador utilizou para tratamento, palestras educativas e exercício físico, onde os voluntários realizavam atividades físicas duas vezes por semana. Os resultados mostraram que ocorreu redução da dor e melhora na maioria dos domínios relativos à qualidade de vida.

Pesquisa realizada por Kankaanpää et al. (1999) com 29 sujeitos, com idade média de 37anos para os homens e 22 anos para as mulheres, durante 12 semanas de reabilitação ativa com exercícios ou tratamento passivo com massagem e diatermia concluíram que a intensidade de dor e a incapacidade funcional tiveram redução significativa.

Num terceiro momento, foram analisados os dados obtidos nos 8 (oito) domínios do questionário de QV SF-36 (TABELA 7), através de estatísticas descritivas dos escores padronizados das voluntárias participantes e os resultados mostraram que quando comparados os

valores coletados na condição antes com a condição após, o programa de terapia manual, os escores estavam mais elevados, com diferenças estatisticamente significantes.

No Domínio Capacidade Funcional, o valor médio obtido no escore padronizado pré foi de 69,5 ($dp\pm 17,59$) e no escore padronizado após, valor médio de 99,0 ($dp\pm 2,45$), demonstrando que houve aumento nos valores para esta variável, com diferença estatisticamente significativa.

O Domínio Aspectos Físicos é a medida da limitação provocada pela saúde em todas as atividades físicas, desde mais simples até as mais vigorosas, também obtivemos bons resultados. No escore padronizado pré, o valor médio foi de 56,9 ($dp\pm 41,13$), e no escore padronizado após, o valor médio foi de 99,1 ($dp\pm 4,64$), apresentando diferença estatisticamente significativa.

Em relação ao Domínio Dor, que é a medida da dor grave e limitante ou a ausência de dor e/ ou limitações decorrentes da mesma, no escore padronizado pré, o valor médio foi de 44,1 ($dp\pm 20,33$) e no escore padronizado após, o valor médio foi de 95,7 ($dp\pm 8,96$). Foi um dos domínios onde obtivemos melhores resultados, mostrando melhora da dor em 100%.

O Domínio Estado Geral de Saúde é a medida da saúde pessoal e a perspectiva dos indivíduos em relação à sua saúde, no escore padronizado pré, o valor médio foi de 63,7 ($dp\pm 18,52$), no escore padronizado final, a média foi de 86,6 ($dp\pm 10,59$), também com boa melhora.

Em relação ao Domínio Capacidade Vital, que é a medida do nível de energia e de cansaço, no escore padronizado pré, o valor médio foi de 45,2 ($dp\pm 19,84$), no escore padronizado após, o valor médio foi de 80,9 ($dp\pm 9,16$), com melhora também neste domínio.

O Domínio Aspectos Sociais é a medida da interferência nas atividades sociais normais devido a problemas físicos e emocionais, no escore padronizado pré, o valor médio foi de 55,2 ($dp\pm 27,65$), já no escore padronizado após, o valor médio foi de 94,8 ($dp\pm 12,72$), mesmo não sendo nosso objeto principal de estudo, pudemos constatar que houve melhora significativa das voluntárias neste domínio.

O Domínio Aspectos Emocionais é a medida de problemas relacionados ao trabalho e atividades diárias devido a fatores emocionais, no escore padronizado pré, o valor médio foi de 51,7 ($dp\pm 44,17$), no escore padronizado após, o valor médio foi de 98,9 ($dp\pm 6,18$), também com melhoras neste domínio.

O Domínio Saúde Mental mede a presença, permanência ou mesmo a ausência de sentimentos de depressão, nervosismo, paz e felicidade na maior parte do tempo, no escore padronizado pré, o valor médio foi de 53,0 (dp±21,69), no escore padronizado após, o valor médio foi de 81,9 (dp±10,98), demonstrando uma boa melhora neste domínio.

TABELA 7 - Respostas das voluntárias atendidas no CECOM, em cada domínio do SF-36, no momento pré e após o programa de terapia manual

Domínio	Período	Mínimo	Média	Mediana	Máximo
Capacidade Funcional	Pré	30,0	69,5	75,0	100,0
	Após	90,0	99,0	100,0*	100,0
Aspectos Físicos	Pré	0,0	56,9	50,0	100,0
	Após	75,0	99,1	100,0*	100,0
Dor	Pré	0,0	44,1	41,0	100,0
	Após	74,0	95,7	100,0*	100,0
Estado Geral de Saúde	Pré	25,0	63,7	65,0	100,0
	Após	67,0	86,6	87,0	100,0
Vitalidade/Capacidade Vital	Pré	15,0	45,2	45,0	80,0
	Após	60,0	80,9	80,0	95,0
Aspectos Sociais	Pré	12,5	55,2	50,0	100,0
	Após	37,5	94,8	100,0*	100,0
Aspecto Emocional	Pré	0,0	51,7	66,7	100,0
	Após	66,7	98,9	100,0*	100,0
Saúde Mental	Pré	12,0	53,0	52,0	88,0
	Após	52,0	81,9	84,0	100,0

* p<0,05 (diferença estatisticamente significante)

São apontados como causas principais de DTM, os fatores emocionais (BOEVER; STEENKS, 1996; OKESON, 2000; ZARB et al., 2000; POMPEU et al., 2001; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2001; PINHEIRO et al., 2002; CHIAO; GUEDES; VIEIRA, 2003) e estes dados corroboram com nossa pesquisa, uma vez que ao avaliarmos o componente dor, relacionando esta a fatores que aumentam as dores, em geral na maioria dos casos avaliados, o estresse, o nervosismo e a ansiedade atuaram como fatores de aumento de dor observados na anamnese e nos aspectos emocionais do SF 36, onde a mediana em relação a este item foi de 66,7 para 100,0, o que demonstra melhora significativa neste domínio.

Vários autores corroboram com os resultados da pesquisa, referindo que o envolvimento das condições emocionais pode piorar a oclusão dos dentes nas mulheres (SOVIEIRO, 1997; ATTANASIO, 1997; KOPF et al., 2000; RUELA et al., 2001; TANGANELI, 2008), também referem que pode piorar o bruxismo (BONJARDIM et al., 2005; MOLINA et al., 2002; CARLSON; EGERMARK; MAGNUSSON, 2003).

Jorgic-Srdjak (1998) relatou em seus estudos que traços de personalidade como: irritabilidade, extravagância e impulsão, são encontradas em bruxômanos.

Pesquisa realizada por Gatchel et al. (1999) realizaram pesquisa onde aplicaram o questionário de QV “SF-36” e escalas de dor em 128 pacientes com alterações crônicas na coluna e concluíram que no domínio físico houve uma melhora significativa assim como na escala de dor.

Legget et al. (1999) avaliaram os dados obtidos no questionário de QV “SF-36” de 400 pacientes com lombalgia crônica que participaram de um programa de exercícios físicos de fortalecimento dos extensores da coluna vertebral. Os resultados mostraram que houve aumento nos valores dos domínios do SF-36, indicando os benefícios do programa proposto.

De acordo com dados obtidos no questionário de QV “SF-36”, pode-se constatar que em todos os domínios analisados ocorreu diferença estatisticamente significativa após aplicação do programa utilizando o Método Mulligan e a Massoterapia Clássica, lembrando que quanto mais próximo de 100, melhor a significância do resultado obtido, mostrando que ocorreram melhoras diminuindo as limitações nas atividades físicas, das mais simples, as mais vigorosas; também ocorreu melhora em relação à saúde pessoal e a perspectiva do indivíduo em relação à sua saúde pessoal, corroborando com os resultados obtidos por Martinez et al. (1999).

Num quarto momento realizou-se a correlação entre os escores padronizados dos domínios do SF-36 e a Escala Numérica de Dor, ressaltando-se que ocorreram correlações significativas nos domínios dor, aspectos sociais e saúde mental após o programa de terapia manual (TABELA 8; GRÁFICO 13).

TABELA 8 - Coeficientes de Correlação de *Spearman* entre os escores padronizados dos domínios do SF-36 e a Escala Visual Numérica de Dor, por período, de uma amostra de voluntárias atendidas no CECOM, no momento antes e após o programa de terapia manual.

CORRELAÇÕES	MOMENTO	r	p
Escala Visual Numérica de Dor x Capacidade Funcional	Pré	-0,352	0,061
	Após	-0,120	0,534
Escala Visual Numérica de Dor x Aspectos Físicos	Pré	0,414	0,026*
	Após	0,214	0,265
Escala Visual Numérica de Dor x Dor	Pré	-0,545	0,002*
	Após	-0,096	0,621
Escala Visual Numérica de Dor x Estado Geral de Saúde	Pré	-0,299	0,115
	Após	0,151	0,436
Escala Visual Numérica de Dor x Vitalidade/Capacidade Vital	Pré	-0,198	0,303
	Após	-0,226	0,238
Escala Visual Numérica de Dor x Aspectos Sociais	Pré	-0,401	0,031*
	Após	-0,008	0,968
Escala Visual Numérica de Dor x Aspecto Emocional	Pré	-0,203	0,290
	Após	0,214	0,265
Escala Visual Numérica de Dor x Saúde Mental	Pré	-0,294	0,121
	Após	0,008	0,968

* $p < 0,05$ (diferença estatisticamente significativa)

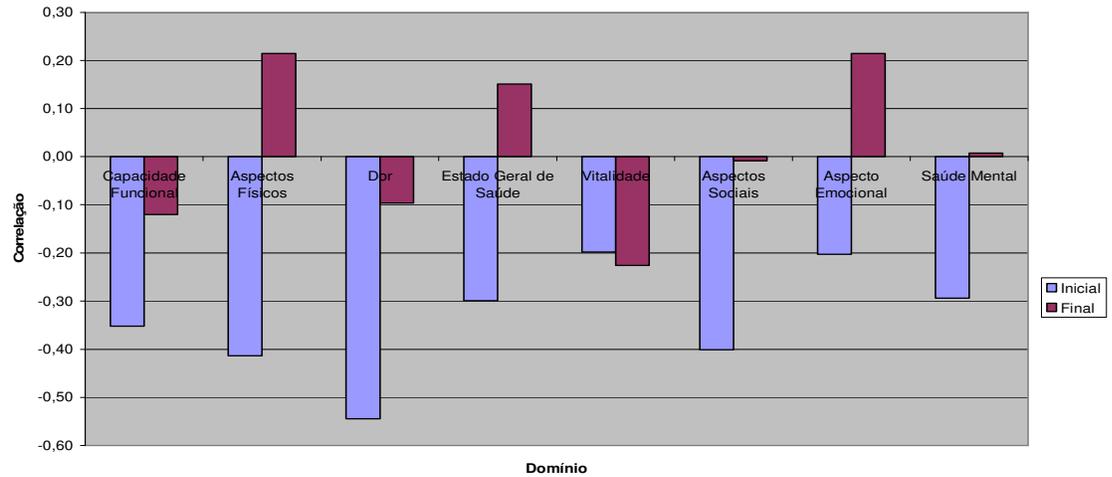


GRÁFICO 13 - Coeficientes de Correlação de Spearman entre os escores padronizados dos domínios do SF-36 e os escores da Escala Numérica de Dor, de uma amostra de voluntárias atendidas no CECOM.

Durante as 16 semanas do programa de terapia manual detectou-se que o fato de termos um compromisso de tratar as voluntárias com dedicação e respeito, fez com que as mesmas não faltassem com o compromisso firmado de comparecerem 2 vezes por semana, durante 30 min em cada sessão. A aplicação do tratamento baseado no Método Mulligan e Massoterapia Clássica as deixavam muito confortáveis e dispostas a colaborar para que o programa alcançasse o resultado desejado, ou seja, a melhora da sintomatologia inicial de dores.

É importante salientar que ao realizar o programa que utilizava o toque das mãos, tentou-se adquirir e passar a confiança que as voluntárias procuravam. A maioria das voluntárias relatou que tinham mais confiança na fisioterapeuta do que no dentista, justamente por causa da proximidade que o toque proporciona e por terem a liberdade de conversar sobre o problema que as aflige.

O toque é colocado como o conjunto de sensações táteis que surgem da estimulação sensorial, em primeiro lugar na pele, mas também de estruturas mais profundas do corpo, como os músculos.

Como já foi citado anteriormente por Minayo; Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida e saúde foram muito debatidas e concluíram que é baseada em padrões subjetivos como:

bem-estar, amor, prazer, realizações pessoais, que podem ser relacionados ao analisarmos o SF-36, quando se verifica o domínio antes e depois do tratamento, pois todas relataram que se sentiram bem melhores ao término do programa.

Enfatiza-se novamente que os fatores conhecimento das técnicas a serem aplicadas, atenção, comprometimento e o toque são determinantes na melhora das voluntárias, pois estão ligados diretamente com seu estado emocional.

Importante salientar que durante o programa não houve modificações no tratamento odontológico. As voluntárias não faziam uso de placas mio-relaxantes, aparelhos ortodônticos ou qualquer outro tipo de tratamento para DTM no momento da atuação.

As medicações também não sofreram nenhuma modificação, todas foram mantidas exatamente iguais ao início de nossa intervenção. O Método de Mulligan atuou diretamente na articulação corrigindo ou modificando os movimentos da ATM.

A técnica da massoterapia clássica atuou na musculatura mastigatória, levando a um relaxamento muscular importante, a uma maior oxigenação tecidual, aumento de temperatura tecidual, eliminação de toxinas e diminuição das algias. A ênfase da massagem foi nos músculos masseter e temporais.

A melhora relatada pelas voluntárias nos faz crer que a redução das dores da ATM, das cefaléias se deu em virtude do conjunto das técnicas aplicadas.

A relação entre o paciente e o terapeuta é de extrema importância e acredito ser a chave do sucesso numa abordagem terapêutica. Ao aplicar a técnica corretamente e dedicar a atenção ao paciente este se sente bem e com isto suas dores melhoram também.

Acho muito interessante antes de começar uma técnica, explicar o que será feito para o paciente, para que este não seja surpreendido, assim como foi feito no início do tratamento. Também se colocar sempre ao lado do paciente que está ali para alcançar um objetivo que é melhorar seu quadro algico ou alguma deficiência, devendo-se incentivar a melhora e a auto-estima dos mesmos. O profissional da saúde deve se colocar como seus aliados e não como seus opositores, com paciência, demonstrando cumplicidade, ajudando na melhora física e incentivando emocionalmente.

CONCLUSÕES

1. Inicialmente as voluntárias apresentavam sintomatologia de: cefaléias, dor na ATM e na cervical, dores de ouvido, dorsalgia, estalidos e crepitações na ATM e seus sintomas pioravam em situações de estresse, ansiedade e nervosismo e só conseguiam diminuir as dores antes do programa com medicações e repouso;
2. Após o programa de terapia manual, reaplicou-se o questionário de QV “SF-36”, e constataram-se melhoras importantes em todos os domínios, principalmente nos aspectos: físicos, dor, sociais e emocionais;
3. Ao correlacionar os dados obtidos no SF-36 com a Escala Visual Numérica de Dor, verificou-se que ocorreu redução da dor, melhora nos aspectos sociais e de saúde mental após o programa de terapia manual;
4. A terapia manual com o Método Mulligan e a Massoterapia Clássica utilizada nas mulheres adultas com DTM, sintomáticas foram eficazes, reduzindo não apenas as dores, mas também melhorando a QV e seu estado geral;
5. Pode-se inferir que essa pesquisa poderá trazer para a área, importantes contribuições, mostrando que a utilização do Método Mulligan e da Massoterapia Clássica podem melhorar a dor e a QV em sujeitos com DTM.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, J. et al. Assessment of buccal separators in the relief of bruxism activity associated with myofascial pain-dysfunction. **Angle Orthodontist**, v. 62, n. 3, p. 177-184, 1992.
- ARELLANO, J. C. V. Relações entre postura corporal e sistema estomatognático. **J Bras Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 155-164, abr./ jun. 2002.
- ASH, M. M.; RAMFJORD, S. P. **Oclusão**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996
- ATTANASIO, R. Nocturnal bruxism and its clinical management. **Dent Clin North Am**, v. 35, p. 245-252, 1991.
- _____. Na overview of bruxism and its management. **Dent Clin North Am**, v. 41, n. 2, p. 229-241, 1997.
- AUQUIER P. ; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie à la santé. **Revue Prevenir**, v. 33, p.77-86. 1997.
- BANKOFF, A. D. P. et al. Postura corporal. In: CONGRESSO CATARINENSE DE MEDICINA DESPORTIVA, 1, 1993, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1993.
- BARROS, J. J.; RODE, S. M. **Tratamento das disfunções craniomandibulares: ATM**. São Paulo: Santos, 1995.
- BEVILAQUA-GROSSO, D. et al. Proposta de uma ficha de avaliação para desordem crânio-mandibular à partir de uma ficha de avaliação dos pacientes atendidos na clínica de fisioterapia da Unimep. **Rev Fisiot Univ São Paulo**, v. 8, n.1, p 30-39, jan./jul. 2001.
- BIANCHINI, E. M. G. **Articulação temporomandibular: implicações, limitações e possibilidades fonoaudiológicas**. São Paulo: Prófono, 2000.
- BIAZOTTO, D. A. **Fisioterapia aplicada às desordens da articulação tempromandibular**. Disponível em: <<http://www.mjlivros.com/biazoto1.htm>>. Acesso em: 15 out. 2006.
- BOEVER, J. A.; STEENKS, M. H. Epidemiologia, sintomatologia e etiologia da disfunção craniomandibular. In: STEENKS, M. H.; WIJER, A. (Org.). **Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Santos, 1996. p. 35-43.
- BONJARDIM, L. R. et al. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. **Braz J Oral Res**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 93-98, apr./jun. 2005.
- BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine. **Soc Sci Med**, v. 41, p. 1337-1338, 1995.

- BRACCIALLI, L. M. P. **Postura corporal**: orientação para educadores. 1997. 125f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.
- BRACCO, P.; DEREGIBUS, A.; PISCETTA, T. Clicking: a comparison of clinical examination, sonography and praxiography. **J Craniomand Pract**, v. 15, 1, apr. 1998.
- BRAD, W. et al. **Patologia oral maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- BRICOT, B. **Posturologia**. São Paulo: Ícone. 1999.
- BURT, I. I. Effects of faulty posture. **Proc Royal Soc Med**, v. 23, n. 3, p. 187-194, 1950.
- CABEZAS, N. T.; ARRUDA, F. R. **O que é “DTM”?**. Disponível em: <http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=236&canal=saúde>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de stress nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-Am. Enf**, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan./fev. 2004
- CARADONNA, D.; ALVES, F. A. Posturologia: ATM, oclusão e postura. **J Bras Ortod Ortop**, v. 2, n. 2, p. 8-13, 1997.
- CARDOSO, A. B.; VASCONCELOS, B. C. E; OLIVEIRA D. M. Comparative study of eminectomy and use of boné miniplate in the temporomandibular eminence for treatment of recurrent in temporomandibular joint dislocation. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 71, n. 1, jan./fev. 2005.
- CARLSON, G. E.; EGERMARK, I.; MAGNUSSON, T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. **J Orofac Pain Carol Strem**, v. 17, n.1, p 50-57, 2003.
- CARVALHO, B. M. C. **Fisioterapia aplicada às disfunções da articulação temporomandibular**. Disponível em: <http://www.sosdoutor.com.br/sosodonto/fisioterapia_fisio.asp>. Acesso em: 15 out. 2006.
- CASTRO, A. B. et al. **A clínica de dor**: organização, funcionamento, bases científicas. Curitiba; Ed. Maio, 2003
- CASTRO, S. V. **Anatomia fundamental**. 2. ed. São Paulo: McGraw- Hill do Brasil, 1990.
- CHIAO, Y. L.; GUEDES, Z. C. F; VIEIRA, M. M. Relação da postura corporal com a disfunção da articulação temporomandibular: hiperatividade dos músculos da mastigação. **Fisioter Bras**, v. 4, n. 5, set./out. 2003.

- CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida: “Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey” (SF-36).** 1997. 120f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
- CONTI, P. C. R.; MIRANDA, J. E. S.; ORNELAS, F. Ruídos articulares e sinais de disfunção temporomandibular: um estudo comparativo por meio de palpação e vibratografia computadorizada da ATM. **Pesq Odontol Bras**, v. 14, p. 367-371, out./dez. 2000.
- CONTI, P. C. R. et al. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 45, p. 397-407, 1987.
- COOPER, B. C; KLINBERG, I. Examination of a large patient population for the presence of symptom and signs of temporomandibular disorders. **Cranio**, v. 25, n. 2, p. 114-126, 2007.
- COSTEN, J. B. Some features of the mandibular articulation as it pertains to medical diagnosis, especially in otolaryngology. **J Am Dental Assoc**, v. 24, p. 1507-1511, 1937.
- DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
- D’ANTONIO, W. et al. Distúrbio temporomandibular como causa de otalgia: um estudo clínico. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 66, n. 1, p. 46-50, 2000.
- DE DOMÊNICO, G.; WOOD, E. C. **Técnicas de massagem de Beard.** 4. ed. São Paulo: Manole, 1998.
- DE VITTA, A. **Atividades físicas e bem-estar percebido em três grupos etários de indivíduos sedentários e ativos.** 2001. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
- DEUTSCHER, I. The quality of post-parental life: definitions of the situation. **J Marriage Fam**, v. 26, n.1, p. 52-59, feb. 1964.
- DI GRAZIA, R. C. **As alterações posturais relacionadas com a disfunção da articulação temporomandibular e seu tratamento.** 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- ELKINTON, J. R. Medicine and the quality of life. **Ann Inter Med**, v. 64, n. 3, p.711-714, mars 1966.

- FARAH, E. A.; TANAKA, C. Postura e mobilidade da coluna cervical em portadores de alterações miofuncionais. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 171-175, mar./abr. 1997
- FERRAZ JUNIOR, A. M.; GUIMARÃES, J. P.; RODRIGUES, M. F. Avaliação da prevelência das alterações posturais em pacientes com desordem temporomandibular: uma proposta terapêutica. **Rev Serv ATM**, v. 4, n. 2, p. 25-32, jul./dez. 2004.
- FRIDMAN, M. H.; WEISBERG, J. Application of orthopedic principles in evaluation of temporomandibular joint. **Phys Ther**, n. 62, p. 597- 603, 1982.
- _____. Articulação têmporo-mandibular. In: GOULD, J. A. **Fisioterapia na ortopedia e na medicina do esporte**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993. v. 1.
- FRITZ, S. **Massagem terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.
- GARCIA, A. R. **Contribuição para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento de pacientes com disfunção e/ou desordem temporomandibular**: avaliação clínica, radiográfica e laboratorial. Araçatuba. 1997. 109f. Tese (Livre-Docência em Oclusão) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 1997.
- _____.; MADEIRA, M. C.; OLIVEIRA, J. A. Avaliação clínica e radiográfica da ATM em indivíduos com perda de dentes posteriores e interferências oclusais, antes e após o tratamento oclusal. **Rev Odontol UNESP**, v. 24, n. 1, p. 125-35, 1995.
- GARCIA, A. R.; SOUSA, V. Desordens temporomandibulares: causa de dor na cabeça e limitação da função mandibular. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 52, n. 6, p. 480-486, 1998.
- GARCIA, A.; SOUZA, V. Relação entre oclusão e desordens temporomandibulares. **Rev Odontol Lins**, v.13, n. 2 jul./dez. 2001.
- GATCHEL, R. J. et al. The association of the SF-36 health status survey with 1-year socioeconomic outcomes in a chronically disabled spinal disorder population. **Spine**, v. 24, p. 2162-2170, 1999.
- GIANCHELLO, A. L. Health outcomes research in hispaniccs/latinos. **J Med Syst**, v. 21, v, 5, p. 235-254, 1996.
- GOMES, M. A. M. A. **Disfunção da articulação temporomandibular**: tratamento fisioterápico para cefaléias tensional associada. 2003. 96f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Paulista, Campinas, 2003.
- GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004.

- GOULD, J. A. **Fisioterapia na ortopedia e na medicina do esporte**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1993. v. 1.
- GREENMAN, P. E. **Principles of manual medicine**. 2nd ed. Baltimore: Willians & Willians, 1996.
- GRIEDER, A.; CINOTTI, W. R. **Periodontal prothesis**. Saint Lovis: C.V. MOSBY, 1968.
- HANKEY, G. T. Têmporo mandibular arthrosis: an analisis of isolases. In: MOLINA, O. F. **Fisiopatologia crânio mandibular: oclusão e ATM**. São Paulo: Pancast, 1989. p 183-234.
- HAYES, V. et al. The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults? **Age Ageing**, v. 24, p. 120-125, 1995.
- HOTTA, T. H. et al. Bruxismo: terapeutica multidisciplinar. **ROBRAC**, v. 3, n. 7, p. 14-17, abr. 1993.
- HUBERT, A. De la difficulté de définir une definition. **Revue Prevenir**, v. 33, p.15-18, 1997.
- HUSHISSON, E. C. Measurement of pain. **Lancet**, v. 2, n. 7889, p. 1127-1131, 1974.
- JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGHT, L. Short-Form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. **BMJ**, v. 306, p. 1437-1440, 1993.
- JORGIC-SRDJAK, K. et al. Bruxism and psychobiological model of personality. **Coll Antropol** v. 22, p. 205-212, 1998.
- KANKAANPÄÄ, M. et al. The efficacy of active rehabilitation in chronic low back pain. **Spine**, v. 24, p. 889-898, 1999
- KAPANDJI, I. A. **Fisiologia articular: esquemas comentados de mecânica humana**. São Paulo: Manole, 1990. v. 3.
- KLIEMANN, C.; BRUNETTI, R. F.; OLIVEIRA, W. Pacientes queixosos de disfunção crânio mandibular: avaliação de características pessoais e eestressee em relação a não queixosos. **RGO**, v. 46, n. 1, p. 7-10, 1998.
- KNOPLICH, J. **Viva bem com a coluna que você tem: dores nas costas, tratamento e prevenção**. 12. ed. São Paulo: IBRAS, 1987.
- KOPF, A. et al. Exercise therapy for craniomandibular disorders. **Arch Phys Med Rehabil** , v. 81, n. 9, p. 1137-1142, 2000.
- LEGGET, S. et al. Restorative exercise for clinical low back pain. **Spine**, v. 24, p. 889-898, 1999.

- LE RESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. **Crit Rev Oral Biol Med**, v. 8, p. 313-320, 1997.
- LERMANN, M. D. The hydrostatic appliance: a new approach to treatment of the TMJ Pain Dysfunction Síndrome. **JADA**, v. 89, p.1343, dec. 1979.
- LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). **Est Psico**, v.11, n. 3, p. 43-49, 1994.
- LOBO, L. F.; NUNES, L. J. **ATM: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Pancast, 2000.
- MACHADO, M. R.; LIMA, R. H. M. Abordagem fisioterápica no tratamento de desordem temporomandibular associada à protusão da cabeça: Relato de caso clínico. **Rev Serv ATM**, v. 4, n. 2, p. 40-44, jul./dez. 2004.
- MACIEL, R. N. **Oclusão e ATM: procedimentos clínicos**. São Paulo: Livraria Santos, 1998.
- MCNEILL, C. **Ciência e prática da oclusão**. São Paulo: Quintessence, 2000.
- _____. **Temporomandibular disorders: guidelines for classification, assessment and management**. 2nd ed. Chicago: Quintessence Books, 1993.
- MADEIRA, M. C. **Anatomia da face: bases anatomo funcionais para pratica odontológica**. São Paulo: Sarare, 1997.
- MANFREDI, A. P. S. **Estudo da manifestação da disfunção temporomandibular (DTM) influenciada pelo estresse na população de uma universidade pública**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- MARKLUND, S.; WÄMAN, A. Incidence and prevalence of myofacial pain in the jaw-face region. A one-year prospective study on dental students. **Acta Odontol Scand**, v. 66, n. 2, p. 113-121, apr. 2008.
- MARTIN, A. J.; STOCKLER, M. Quality of life assessment in health care research and practice. **Ev Health Profess**, v. 21, n. 2, p. 141-156, 1998.
- MARTINEZ, J. E. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do "Medical Outcome Survey 35 item Short Form Study". **Rev Bras Reumatol**, v. 39, p. 312-316, 1999.

- MARTINS, R. J. et al. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.13, suppl. 2, dez. 2008.
- MASSARA, G. Alterazioni morfologiche dell'etas epolutiva. **Chines Scien**, v. 4, n. 4, p. 25-29, 1996.
- _____. et al. Sreening antiparamórfico. In:_____. **Âmbito scolástico sutre livelli**. Itália: Instituto Superiore Statatle di Ed. Física, 1990 .
- MASSAGA, G.; BANKOFF, A. D. P.; STEFANO, M. Screening antiparamorfico in ambito scolastico su tre livelli. Roma: Instituto Superiore Statale di Ed. Fisica, 1990.
- MAYNARD, A.; BLOOM, K. **Our certaining fate: rationing in health care**. Londres: Office of Health Economics (OHE), 1998.
- MAZZETTO, M. O.; NASCIMENTO, G.; GOMES, N. M. Estudo da prevalência das alterações das funções estomatognáticas em pacientes com disfunção temporomandibular. **J Bras Fonoaudiol**, v. 7, p. 140-147, 2002.
- MENDES, D. F.; GUIMARÃES, J. P. Inter-relação entre bruxismo e alterações ósseas na Articulação Temporomandibular. **Rev Serv ATM**, v. 4, n.1, p. 74-77, jan./jun. 2004
- MEYER, M. D.; BOEVER, J. A. Tha role of bruxism in the appearance of temporomandibular joint disorders. **Rev Belge Med Dent**, v. 52, n. 4. p. 124-138, jun. 1997
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Colet**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MIRANDA, J. **Diagnostico das desordens da ATM**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MOLINA, O. F. **Fisiopatologia craniomandibular: oclusão e ATM**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1995.
- _____. et al. Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: Implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito. **JBO**, v. 2, n. 5, p. 61-69, jan./mar. 2002.
- MONGINI, F. Anatomic and clinical evaluation of the relationship between the temporomandibular joint and occlusion. **J Prosth Dent**, v. 38, p. 539-551, 1977.
- _____. **ATM e músculos craniocervicais: fisiopatologia e tratamento**. São Paulo: Ed. Santos. 1998.
- _____. et al. The McGill pain questionnai in patients with TMJ pain and with facial pain as a somatoform disorder. **Cranio**, v. 18, p. 249-256, 2000.

- MORAES, M. A. **Avaliação da eficácia de um programa de reabilitação como modificador nos indicadores de dor e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica inespecífica**. 2003. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- MOUTON, R. E. Psychiatric considerations in maxillofacial pain. **J Amer Dent Ass**, v. 51, p. 408-414, 1955.
- MULLIGAN, B. R. **Manual therapy**: “Nags”, “Snags”, “MWMS”. 4th ed. Hutcheson Bowman: Stewart, 1999.
- NISHIGAWA, K.; BANDO, E.; NAKANO, M. Quantitative study of bite force during sleep associated bruxism. **J Oral Rehabil Oxford**, v. 28, n. 5, p. 485-491, may 2001.
- NORUSIS, M. J. **PSS for Windows**: advanced statistics, release 13.0. Chicago, 2004.
- OKESON, J. P. **Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1992.
- _____. Differential diagnosis and management considerations of temporomandibular disorders. In:_____. **Orofacial pain**: guidelines for assessment, diagnosis, and management. Chicago: Quintessence Books, 1996. p.113-184.
- _____. **Dor orofacial**: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence, 1998. 287 p.
- _____. Etiologia e identificação dos distúrbios funcionais no sistema mastigatório. In: _____. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas: 2000. p.117-272.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**: 1998. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>>. Acesso em: 12 set. 2006
- PADRÓS, J. L. G.; FUENTESAUICO, E. M. Propuesta de tratamiento de fisioterapia em la disfunction de la ATM. **Fisioterapia**, v. 20, n. 2, p. 96-100, abr./jun. 1998.
- PEDRONI, C. R.; OLIVEIRA, A. S.; GUARATINI, M. I. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in university students. **J Oral Rehabil**, v. 30, n. 3, p. 283-289, 2003.

- PEREIRA, L. H. M. C.; RAMOS, D. L. P.; CROSATO, E. Ansiedade e dor em odontologia: enfoque psicofisiopatológico. **Revista APCD**, v. 49, n. 4, p. 285-290, 1995.
- PEREIRA JÚNIOR, F. J. et al. Visão geral das desordens temporomandibulares. Parte I: definição, epidemiologia e etiologia. **RGO**, v. 52, n. 2, p. 117-121, 2004.
- PERES, C. M. **Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas de estresse em mulheres menopausadas com disfunção da articulação temporomandibular**. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- PERES, C. M. et al. Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas de estresse em mulheres menopausadas com disfunção da articulação temporomandibular. **Rev Fisioter Brasil**, v. 9, n. 2, mar./abr. 2008.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc Saude Colet**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- POMPEU, J. G. F. et al. Disfunção craniomandibular: análise de parâmetros para sua identificação. **JBA: J Bras Oclusão ATM Dor Orofac**, v. 1, n. 1, p. 44-48, 2001
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Informe sobre o desenvolvimento humano**. Brasília: PNUD, 1998.
- PULLINGER, A. G. et al. A tomographic study of mandibular condyle position in an asymptomatic population. **J Prosthet Dent**, v. 53, n. 5, p. 706-713, 1985.
- QUAGLIA, I.; MONGE, R. C. **Tratamento** fisioterapêutico dos distúrbios temporomandibulares. 2001. 148f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2001.
- RAMAEIX, S. Justifications et difficultés éthiques du concept de qualité de vie. **Rev Prevenir**, v. 33, p. 33-89, 1997.
- RAMJFORD, S. P.; ASH, M. M. **Oclusão**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- RASCH, P.; BURKE, R. K. **Cinesiologia e anatomia aplicada**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Joogan, 1991.
- REBELATTO, J. R.; ALBUQUERQUE, F. Delineamento da linha de base na investigação científica em fisioterapia. **Rev Bras Fisiot**, v. 8, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2004.

- RIEDER, C. E.; MARTINOFF, J. T.; WILCOX, S. A. The prevalence of mandibular dysfunction. Part I: sex and age distribution of related signs and symptoms. **J Prosthet Dent**, v. 50, n. 1, p. 81-88, 1983.
- RIOLO, M. L.; BRANDT, D.; TENHAVE, T. R. Associations between occlusal characteristics and signs and symptoms of TMJ dysfunction in children and young adults. **Am J Orthod Dentofac Orthop**, v. 92, p. 467-477, 1987.
- ROCABADO, M.; JOHNSTON, B. E.; BLAKNEY, M. G. Physical therapy and dentistry na overview. **J Craniomandib Pract**, v. 1, n. 1, p. 46-49, dez./fev. 1983.
- ROHEN, J. W.; YOKOCHI, C.; LUTJEN-DRECOLL, E. **Anatomia humana: atlas fotográfico de anatomia sistêmica e regional**. 6. ed. Barueri: Manole, 2007.
- RUELA, A. C. C. et al. Prevalência de bruxismo em 277 pacientes portadores de desordens temporomandibulares. **RPG: Rev Pós Grad**, v. 8, n.1, p. 70-75, jan./mar. 2001.
- SCHULTE, V. W. Diskoordinationen de kausmuskulatur un parodonto patient. **Dtsch Zahnartzh**, v. 25, n. 4, p. 512, abr. 1970.
- SCHUMANN, N. P.; ZWIENER, U.; NEBRICH, A. Personality and quantiflud neuromuscular activity of the mastigatory system in patients with temporomandibular joint dysfunction. **J Oral Rehab**, n.15, p. 35-37, 1988.
- SCHWARTZ, L.; CHAYES, C. M. **Dolor facial y disfunción mandibular**. Buenos Aires: Mundi, 1973.
- SHORE, N. A. **Occlusal equilibration and TMJD**. Philadelphia: J. B. Lippincot, 1959.
- SIQUEIRA, J. T. T. Disfunção temporomandibular: classificação e abordagem clínica. In: _____; TEIXEIRA, M. J. **Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida**. Curitiba: Maio, 2001.
- SMITH, L. K.; WEISS, E. L.; LEHMKUHL, L. D. **Cinesiologia clínica de Brunstron**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1997
- SMYTHE, H. A. Temporomandibular joint disorder and other medically unexplained symptoms in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. **J Rheumatol**, v. 30, p. 1671-1673, 2005.
- SOLBERG, W. K. et al. Malocclusão associated with temporomandibular joint changes in young adults a autopsy. **Am J Orthod**, St Louis, v. 89, n. 4, 326-330, 1986.
- SONMEZ, H. et al. Prevalence of temporomandibular dysfunction in Turkish children with mixed and permanent dentition. **J Oral Rehabil**, v. 28, p. 280-285, 2001.

- SOVIEIRO, V. M. Disfunção da ATM em crianças: revisão de literatura. **J Bras Ortodon Ortop Maxilar**, v. 2, n. 9, p. 49-52, 1997
- SPECIALI, J. G. Classificação das cefaléias. **Rev Hosp Clin**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 4, p. 421-427, dez. 1997.
- SPENCE, A. P. **Anatomia humana básica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1992.
- STEENKS, M. H. Inclusion, exclusion or diagnosis. **J Orofacial Pain**, v. 18, p. 81, 2004.
- STORM, C.; WÄMAN, A. A. A two-year follow-up study of temporomandibular disorders in a female Sami population: validation of cases and controls as predicted by a questionnaire. **Acta Odontol Scand**, v. 65, n. 5, p. 341-347, nov. 2007.
- SZUMINSKI, S. M. **A Fonoaudiologia e as disfunções da articulação temporomandibular**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Centro Odontológico em Fonoaudiologia Clínica, 1999. Disponível em: <<http://www.cefac.br/>>. Acesso em: 02 nov. 2006.
- TAKAHASHI, F. E.; ARAÚJO, M. A. M. Distúrbios funcionais de oclusão e sua correlação com radiografias transcranianas da ATM em pacientes portadores de fissuras labiopalatais. **Rev Odontol UNESP**, v. 24, n. 1, p. 135-151, 1995
- TAKAMI, H. H. Luxação temporomandibular e, hipotonia facial (Fisioterapia e placa interoclusal). **ROBRAC**, v. 4, n.10, 1994.
- TAMAKI, T. **ATM: noções de interesse protético**. 2. ed. Rio de Janeiro: Savier, 1981.
- TANGANELI, J. P. C. Correlação entre disfunção temporomandibular e oclusão- uma discussão baseada na literatura. **Informativo Científico da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas de São Caetano do Sul**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 71, dez. 2008.
- TEDESHI, F.; MARQUES, A. P. O papel da fisioterapia nas disfunções temporomandibulares. **Rev Fisiot Univ São Paulo**, v. 62, p. 172, jul./dez. 1999.
- TOSATO, J. P.; BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; GONZALEZ, T. O. Presence of temporomandibular joint discomfort tp pacifer use. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 71, n. 3, maio/jun. 2005.
- VELASCO, J. P. et al. Método de ayuda para el diagnostico de los transtornos de la articulacion temporomandibular: analisis discriminante aplicado a los transtornos temporomandibulares. **Med Pato Oral Cir Bucal**, v. 10, p. 294-300, 2005.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The SF-36 short form health status survey 1, conceptual, framework and item selection. **Med Care**, v. 30, p.473-83, 1992.

- WARE, J. E.; GANDEK, B. IQOLA Project Group: the SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. **Int J Ment Health**, v. 23, p. 49-73, 1994.
- WIJER, A. et al. Symptoms of the cervical spine in temporomandibular and cervical spine disorders. **J Oral Rehabil**, v. 23, p. 742-750, 1996.
- WIJER, A.; STEENKS, M. H. **Disfunções da articulação temporomandibular**. São Paulo: Santos, 1996.
- WOOD-DAUPHINEE, S. L. Assessment of back-related quality of life. **Spine**, v. 26, n. 8, p. 857-861, 2001.
- ZARB, G. A. et al. **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. São Paulo: Ed. Santos, 2000.
- ZEIGELBOIM, B. S. Avaliação vestibular em mulheres com disfunção temporomandibular. **Rev CEFAE**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 255-262, abr./jun. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos(as) voluntários(as) que participarão do Projeto de Pesquisa: “Efeitos de um programa de terapia manual na qualidade de vida de mulheres na meia idade com disfunção da articulação temporomandibular”.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Profa. Dra. Vera Aparecida Madruga Forti

Pós-Graduanda de Doutorado: Fisioterapeuta Renata Cristina Di Grazia

Local de Desenvolvimento do Projeto: Cecom-Unicamp em parceria Faculdade de Educação Física/Universidade Estadual de Campinas. Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação da FEF/Unicamp.

Eu, _____, _____ anos de idade,
RG _____ residente à Rua _____,

voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa acima mencionado, que será detalhado a seguir, e sabendo que para a sua realização as despesas monetárias serão de responsabilidade da instituição. É de meu conhecimento que este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva verificar como a realização sessões de terapia manual durante 24 semanas pode melhorar o quadro doloroso relacionado com a ATM e melhora postural, em mulheres na faixa etária de 40 a 55 anos, podendo influenciar nas variáveis de Qualidade de Vida através do instrumento de avaliação The Medical Outcomes Study Short Form – SF-36. Neste instrumento serão avaliados os domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Além deste também utilizaremos um instrumento de avaliação referente à Escala de Dor. Fui esclarecida que estes questionários serão aplicados em duas fases (antes de iniciarmos o programa de terapia manual e ao final do programa) e que despenderá de aproximadamente 15 minutos para o seu preenchimento. Estou ciente ainda, de que, as informações obtidas durante as avaliações serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem a minha devida autorização. Esses dados coletados, no entanto, poderão ser usados para fins de pesquisa científica, desde que a minha privacidade seja totalmente resguardada. Li e entendi as informações precedentes, sendo que eu e os responsáveis pelo projeto já discutimos todos os riscos e benefícios decorrentes deste, onde as dúvidas futuras que possam vir a ocorrer poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados. Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, participar de todas as sessões de terapia manual e

responder aos questionários da melhor forma possível a fim de colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto. Estou ciente também que poderei abandonar a pesquisa a qualquer tempo sem ter minha assistência médica comprometida, e, caso ocorram danos decorrentes desta pesquisa, terei meus direitos assegurados diante do item IV da Resolução 196/96. Em caso de dúvidas ou denúncias, as mesmas poderão ser esclarecidas através dos telefones abaixo relacionados. Assim, estando de acordo com estes termos relacionados, me proponho a contribuir para esta pesquisa através de minha assinatura abaixo firmada:

CAMPINAS, de de 200_

VOLUNTÁRIA

Orientanda: Fisioterapeuta Renata Cristina Di Grazia

Local de trabalho: Cecom-Unicamp

Telefones de contato: (19) 32353214/ 32353214/ 97142751

Prof^a. Dr^a. Vera Aparecida Madruga

ORIENTADORA / Fone: (0xx19) 35216625 (DEAFA/UNICAMP)

Comitê de Ética/ Informações ou Denúncias Fone: (0xx19) 3521-8936.

APÊNDICE B - FICHA DE ANAMNESE

Protocolo para verificação de desconfortos por disfunção da Articulação

Têmporo mandibular – ATM

- 1 - NOME: _____
- 2 - IDADE: _____
- 3 - SEXO:
- Feminino Masculino
- 4 - PROFISSÃO: _____
- 5 - ESTADO CIVIL:
- solteiro (a) viúvo (a) outros
- casado (a) desquitado (a)
- 6 - PESO: _____ 7 - ALTURA: _____
- 8 - SENTE DORES:
- sim não
- 9 - LOCALIZAÇÃO DAS DORES:
- ATM cervical garganta
- cabeça dorsal ouvido
- 10 - QUANDO ESTAS DORES COMEÇARAM:
- mais de 10 anos mais ou menos 5 anos 3 anos
- entre 10 e 5 anos 1 ano 2 anos
- 11 - DURAÇÃO DAS DORES:
- dia todo manhãs noites tardes
- 12 - SITUAÇÕES QUE CAUSAM AUMENTO DA DOR:
- nervoso/preocupações ansiedade estresse
- exercícios refeições
- 13 - SITUAÇÕES QUE CAUSAM DIMINUIÇÃO DA DOR :
- remédios repouso lazer outros
- 14 - AS DORES SÃO ESTIMULADAS :
- ao movimento ao repouso
- 15 - SENTE ESTALIDOS NA 1 ATM ?
- sim não
- 16 - SENTE CREPITAÇÕES NA 1 ATM ?
- sim não
- 17 - SENTE ALTERAÇÕES MUSCULARES NA REGIÃO DA 1 ATM ?
- sim não

18 - AO FECHAR A BOCA, SENTE OS DENTES ENCOSTAREM EM CONJUNTO ?

sim não

19 - QUAL A POSTURA ASSUMIDA DURANTE O TRABALHO:

sentado (a) em pé deitado alternado

20 - POSTURA ASSUMIDA DURANTE O DIA:

sentado (a) em pé deitado alternado

21 - QUAL A POSTURA ASSUMIDA PARA DORMIR ?

22 - JÁ FEZ ALGUM TRATAMENTO ORTODÔNTICO ?

sim não

23 - QUAL O RESULTADO OBTIDO ?

bom ótimo não teve resultado

regular péssimo

24 - ALGUÉM NA FAMÍLIA POSSUI O MESMO PROBLEMA ?

mãe avó materna avô materno

pai avó paterna avô paterno

irmãos tios (as) primos

25 - SABE COMO É O TRATAMENTO ?

sim não

26 - O QUE PRETENDE COM O TRATAMENTO ?

obter melhora total melhorar o dia a dia

obter melhora parcial

27- FOI ENCAMINHADO POR ALGUÉM ?

dentista fisioterapeuta

médico outros

23 - observações:

APÊNDICE C - PROTOCOLO FISIOTERÁPICO PARA AVALIAÇÃO POSTURAL

1 - NOME: _____

2 - IDADE: _____

3 - SEXO: feminino masculino

4 - PROFISSÃO: _____

5 - PESO: _____ 6 - ALTURA: _____

6- HISTÓRICO:

A) FAMILIAR:(DOENÇAS NA FAMÍLIA):

cardiovascular pulmonar câncer alteração de pressão arterial

renal diabetes alergias outros

B) INDIVIDUAL:

cardiovascular pulmonar câncer alteração de pressão arterial

renal diabetes alergias outros

C) DENTÁRIO:

C1) PROBLEMAS DENTÁRIOS:

dores cáries frequentes outros

endodontia outros

7 - QUEIXA PRINCIPAL:

dores na articulação temporomandibular crepitações

cefaléia cervicalgias desalinhamentos posturais

outros

10 - PALPAÇÃO:

A) ARTICULAÇÕES:

A1) ATM

dor local crepitação estalidos rigidez

B) MUSCULAR:

dor local presente dor local ausente rigidez muscular

8 - ADM MANDIBULAR

A) ABERTURA: _____

A1) LATERALIZAÇÃO : A) Direita_____ A2) PROTUSÃO:_____

B) Esquerda_____ A3) RETRUSÃO:_____

12 - ADM CERVICAL

A) Flexão _____ C) Rotação esquerda _____

B) Extensão _____ D) Rotação direita _____

E) Inclinação esquerda _____ F) Inclinação direita _____

13 - Testes Musculares:

Temporal: Dir. _____ Esq. _____

Bucinator: Dir. _____ Esq. _____

Masseter: Dir. _____ Esq. _____

Zigomático: Dir. _____ Esq. _____

14 - Avaliação postural:

Vista anterior : _____

Vista posterior : _____

Vista lateral: _____

16 - Exames Complementares: Raio X: _____

APÊNDICE D - TABELAS DE RESULTADOS OBTIDOS

TABELA 5

Escala Visual Numérica antes do programa de terapia manual.

VISNUMINICIAL	Freq	Percent	Cum.
5	5	17.2%	17.2%
6	1	3.4%	20.7%
7	6	20.7%	41.4%
8	9	31.0%	72.4%
9	3	10.3%	82.8%
10	5	17.2%	100.0%
Total	29	100.0%	

Total Sum Mean Variance Std Dev Std Err
29 222 7.655 2.663 1.632 0.303

Minimum 25%ile Median 75%ile Maximum Mode
5.000 7.000 8.000 9.000 10.000 8.000

TABELA 6

Escala Visual Numérica após as 16 sessões de terapia manual.

VISNUMFINAL	Freq	Percent	Cum.
0	11	37.9%	37.9%
1	7	24.1%	62.1%
2	9	31.0%	93.1%
3	2	6.9%	100.0%
Total	29	100.0%	

Total Sum Mean Variance Std Dev Std Err
29 31 1.069 0.995 0.998 0.185

Minimum 25%ile Median 75%ile Maximum Mode
0.000 0.000 1.000 2.000 3.000 0.000

ANEXOS

ANEXO A - ESCALAS UNIDIMENSIONAIS DE DOR

I - **ESCALA VISUAL-NUMÉRICA:** As explicações são as mesmas da escala anterior, acrescidas da escala concreta impressa abaixo, onde o doente localizará espacialmente a intensidade de sua dor com uma marca.

Ex: 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

CLASSIFICAÇÃO DA DOR:
<ul style="list-style-type: none">• Zero (0) = Ausência de Dor• Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade.• Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada.• Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade.• Dez (10) = Dor de intensidade insuportável.

**ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM RECOMENDADO PARA DTM
SEGUNDO A ACADEMIA AMERICANA DE DOR OROFACIAL (UTILIZADA PELO
DENTISTA PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE)**

- 1) Você tem dificuldades, dor ou ambas ao abrir sua boca, por exemplo, ao bocejar?
- 2) Sua mandíbula fica “presa”, “travada” ou sai do lugar?
- 3) Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?
- 4) Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?
- 5) Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidades?
- 6) Você tem dor nas ou ao redor das orelhas, temporas ou bochecha?
- 7) Você tem cefaléia, dores no pescoço ou nos dentes com frequência?
- 8) Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?
- 9) Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?
- 10) Você fez tratamento recente para um problema não explicado ou na articulação?

ANEXO C - SF-36: QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- Excelente 1
 Muito boa 2
 Boa 3
 Ruim 4
 Muito Ruim 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classifica sua saúde, em geral, agora?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
 Quase a mesma de um ano atrás 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
 Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma 1
 Ligeiramente..... 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente..... 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma 1
 Muito leve 2
 Leve..... 3
 Moderada..... 4
 Grave 5
 Muito grave 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto à dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente..... 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo 1
 A maior parte do tempo 2
 Alguma parte do tempo 3
 Uma pequena parte do tempo 4
 Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verda- deiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D - VALORES E CÁLCULOS DO SF-36

Questão	Pontuação
01	1=>5.0 2=>4.4 3=>3.4 4=>2.0 5=>1.0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6 2=>5.4 3=>4.2 4=>3.1 5=>2.2 6=>1
08	<p>Se 8=>1 e 7=>1 =====>>>>>6</p> <p>Se 8=>1 e 7=>2 a 6 =====>>>>>5</p> <p>Se 8=>2 e 7=>2 a 6 =====>>>>>4</p> <p>Se 8=>3 e 7=>2 a 6 =====>>>>>3</p> <p>Se 8=>4 e 7=>2 a 6 =====>>>>>2</p> <p>Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>>>>>1</p> <p>Se a questão 7 não foi respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1=>6.0 2=>4.75 3=>3.5 4=>2.25 5=>1.0</p>
09	<p>a,d,e,h, = valores contrários (1=6 2=5 3=3 4=3 5=2 6=1)</p> <p>vitalidade = a+e+g+i</p> <p>Saúde Mental = b+c+d+f+h</p>
10	Soma normal
11	<p>a, c = valores normais</p> <p>b,d = valores contrários (1=5 2=4 3=3 4=2 5=1)</p>

Cálculo do raw scale (0 a 100).

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10.30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4.8	4
Dor	7+8	2.12	10
Estado geral da saúde	1+11	5.25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4.24	20
Aspectos sociais	6+10	2.10	8
Aspectos emocionais	5 (a+b+c)	3.6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5.30	25

Raw Scale:

$$\text{Ex: Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Variação}}$$

Ex: Capacidade funcional=21
Valor mais baixo = 10
Variação = 20

$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

20 Obs: a questão número 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos: Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

ANEXO E - TESTE DE WILCOXON

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
visnumfin - visnumini	Negative Ranks	29 ^a	15,00	435,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	29		

a. visnumfin < visnumini

b. visnumfin > visnumini

c. visnumfin = visnumini

Test Statistics^b

	visnumfin - visnumini
Z	-4,718 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpcffin - escpcfini	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	27 ^b	14,00	378,00
	Ties	2 ^c		
	Total	29		

a. escpcffin < escpcfini

b. escpcffin > escpcfini

c. escpcffin = escpcfini

Test Statistics^b

	escpcfifin - escpcfifini
Z	-4,548 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Based on negative ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpfifin - escpfifini	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	17 ^b	9,00	153,00
	Ties	12 ^c		
	Total	29		

- a. escpfifin < escpfifini
b. escpfifin > escpfifini
c. escpfifin = escpfifini

Test Statistics^b

	escpfifin - escpfifini
Z	-3,663 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Based on negative ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test**

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpdorfin - escpdorini	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	28 ^b	14,50	406,00
	Ties	1 ^c		
	Total	29		

- a. escpdorfin < escpdorini
 b. escpdorfin > escpdorini
 c. escpdorfin = escpdorini

Test Statistics^b

	escpdorfin - escpdorini
Z	-4,628 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpgerfin - escpgerini	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	28 ^b	14,50	406,00
	Ties	1 ^c		
	Total	29		

- a. escpgerfin < escpgerini
 b. escpgerfin > escpgerini
 c. escpgerfin = escpgerini

Test Statistics^b

	escpgerfin - escpgerini
Z	-4,625 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpvitfin - escpvitini	Negative Ranks	1 ^a	2,00	2,00
	Positive Ranks	28 ^b	15,46	433,00
	Ties	0 ^c		
	Total	29		

a. escpvitfin < escpvitini

b. escpvitfin > escpvitini

c. escpvitfin = escpvitini

Test Statistics^b

	escpvitfin - escpvitini
Z	-4,667 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpsocfin - escpsocini	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	27 ^b	14,00	378,00
	Ties	2 ^c		
	Total	29		

a. escpsocfin < escpsocini

b. escpsocfin > escpsocini

c. escpsocfin = escpsocini

Test Statistics^b

	escpsocfin - escpsocini
Z	-4,562 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Based on negative ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpemofin - escpemoini	Negative Ranks	0 ^a	,00
	Positive Ranks	18 ^b	171,00
	Ties	11 ^c	
	Total	29	

- a. escpemofin < escpemoini
b. escpemofin > escpemoini
c. escpemofin = escpemoini

Test Statistics^b

	escpemofin - escpemoini
Z	-3,792 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Based on negative ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
escpsmf _{in} - escpsm _{ini}	Negative Ranks	1 ^a	2,00	2,00
	Positive Ranks	28 ^b	15,46	433,00
	Ties	0 ^c		
	Total	29		

a. escpsmf_{in} < escpsm_{ini}

b. escpsmf_{in} > escpsm_{ini}

c. escpsmf_{in} = escpsm_{ini}

Test Statistics^b

	escpsmf _{in} - escpsm _{ini}
Z	-4,667 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 26/02/09.
(Grupo III)

2ª VIA

PARECER PROJETO: N° 245/2006 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0178.0.146.000-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “EFEITOS DE UM PROGRAMA DE TERAPIA MANUAL NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES DE MEIA IDADE COM DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Renata Cristina di Grazia

INSTITUIÇÃO: CECOM-HC-UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 02/06/06

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 19/10/07

II - OBJETIVOS

Analisar e comparar a qualidade de vida de mulheres de meia idade através da aplicação do questionário SF36 e da escala de dor antes e após sua participação num programa de terapia manual, e criar uma cartilha informativa a ser distribuída a toda a comunidade com esta disfunção com orientações gerais, exercícios e tipos de tratamentos.

III - SUMÁRIO

Serão estudadas 30 mulheres com distúrbio de articulação têmporo mandibular, com idades entre 40 e 55 anos. Estas voluntárias responderão a uma ficha anamnese, ao questionário de qualidade de vida SF36 e ao questionário de escala de dor. As pacientes serão então submetidas a sessões de terapia manual por 16 semanas, e serão então reavaliadas através dos mesmos questionários.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Todas as pendências foram atendidas.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2006.


Prof. Dr. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP