UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

MAÍRA DE OLIVEIRA VIANA

**A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Ribeirão Preto

2008

MAÍRA DE OLIVEIRA VIANA

**A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Dissertação apresentada ao Departamento
de Medicina Social da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto – FMRP - USP
para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na
Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira
Santos

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Viana, Maíra Oliveira

A influência da fisioterapia na promoção da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular.

76f.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira

1. Articulação temporomandibular. 2. Disfunção temporomandibular. 3. Fisioterapia. 4. Qualidade de vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maíra de Oliveira Viana

A Influência da Fisioterapia na Promoção da Qualidade de Vida em Pacientes com Disfunção Temporomandibular

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos

Instituição: FMRP – USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. César Bataglion

Instituição: FORP - USP

Assinatura: _____

Profª Drª Licia Barcelos de Souza

Instituição: FFCLRPP – USP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao **Grande Pai Celestial**, de infinita bondade e sabedoria, que guia e ilumina meus caminhos, sem sua luz e benção este sonho não se tornaria realidade.

À **Fernando e Maruzza**, meus pais amados, grandes educadores e pilares de sabedoria, por estarem sempre ao meu lado em cada etapa do meu crescimento, obrigada pelo incentivo e palavras de conforto, sem vocês nada seria possível!

AGRADECIMENTOS

Toda lista de agradecimentos eventualmente peca pela ausência de uma ou outra pessoa que teve papel, ainda que pequeno, na conclusão de um trabalho como este. Mesmo assim, arrisco-me a relacionar os nomes de alguns que participaram dessa jornada comigo.

Ao **Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos**, por ter me acolhido como sua orientanda, pela maneira sempre afetuosa que me recebeu, pelo constante incentivo, paciência e atenção com que sempre me tratou.

Ao **Prof. Dr. César Bataglion**, docente da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), por ter proporcionado plenas condições para o desenvolvimento desse trabalho, por todo apoio, compreensão e ensinamentos desempenhados.

A **Profª Drª Licia Barcelos de Souza**, pela grande disposição, para a defesa desta dissertação.

Ao **Prof Dr. Antônio Ruffino Neto** pelas valiosas e cuidadosas contribuições fornecidas ao trabalho por ocasião do exame de qualificação.

À meus queridos **pais, irmã e demais familiares** que estiveram presente durante essa jornada, o meu muito obrigada pelo amor e suporte de toda uma vida.

Ao **Dr. Antônio Barroso**, por toda ajuda, incentivo e apoio pessoal.

Aos **Professores e Funcionários** do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), por toda ajuda e apoio recebido.

Aos **Fisioterapeutas, Dentistas e demais Funcionários** que atuam na Clínica de Oclusão, Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular em Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP, pelo apoio na coleta de dados e em suas respectivas áreas de atuação.

Aos meus **amigos da pós-graduação** que me ajudaram, de diferentes maneiras para a realização deste trabalho.

À **todos os amigos** que fiz durante esses anos em Ribeirão Preto, que me proporcionaram momentos felizes e que fizeram diminuir a medida do possível a saudade de casa.

Obrigada a todos!!!

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que se ganha, mas o que ele nos torna.”

(John Ruskin)

RESUMO

VIANA, M. O. **A Influência da Fisioterapia na Promoção da Qualidade de Vida em Pacientes com Disfunção Temporomandibular**. 2008, 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A disfunção temporomandibular (DTM) é responsável por uma sintomatologia de difícil diagnóstico e tratamento, estando cada vez mais presente em um número considerável de indivíduos, trazendo prejuízos nas atividades diárias, no sono e na alimentação, o que resulta em impacto negativo na qualidade de vida do paciente. A fisioterapia utiliza inúmeros recursos com a finalidade normalizar a função do sistema estomatognático e proporcionar uma melhora na qualidade de vida desses indivíduos. O objetivo geral da pesquisa foi avaliar a influência da fisioterapia na melhoria dos sintomas e na qualidade de vida sob a perspectiva de pacientes portadores de DTM. O estudo foi realizado com 60 pacientes de ambos os sexos, com idade variando entre 18 a 70 anos com diagnóstico de DTM atendidos na clínica da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP). Os pacientes foram divididos em dois grupos de 30 voluntários cada, sendo que um grupo recebeu tratamento fisioterápico e odontológico e o outro recebeu apenas o tratamento odontológico. A medida da qualidade de vida foi obtida pelo questionário genérico SF-36 Medical Outcome Study-Mos Short From Health Survey, em duas ocasiões: uma no início do tratamento e outra no final. Os resultados mostram que os pacientes que fizeram um tratamento interdisciplinar apresentaram escores mais elevados em todos os domínios do questionário: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. No grupo que recebeu tratamento apenas odontológico, verificou-se melhora apenas no domínio relacionado a dor. O questionário SF-36 foi um instrumento adequado, de aplicação relativamente rápida e de fácil uso para avaliação da qualidade de vida em pacientes com DTM. Sendo assim os resultados apontam para a importância do trabalho multidisciplinar e as contribuições que a fisioterapia pode oferecer a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida em pacientes com DTM.

Palavras Chaves: Qualidade de vida, fisioterapia, disfunção temporomandibular.

ABSTRACT

VIANA, M. O. **The Influence of the Physiotherapy in the Promotion of the Quality of Life in patients with Temporomandibular Disorder.** 2008, 76f. Dissertation Medical Science Master's degree – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

The temporomandibular joint disorder (TMJD) carries a particular symptomatology, which can be difficult to diagnose and treat, affecting a growing number of individuals, bringing damages in their daily activities, in their sleep and feeding, with a result of a negative impact in the patient's quality of life. The physiotherapy uses several resources aiming to normalize the estomatognathic system function and to provide an improvement in the quality of life of these individuals. The general objective of the present study was to measure the influence of the physiotherapy in the improvement of the symptoms and the quality of life as self reported by patients carrying TMJD. The study was conducted on 60 patients of both sexes, with ages varying between 18 and 70 with diagnosis of TMJD, in the clinic of the Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), being those divided in two groups with 30 patients each. One group received physiotherapeutic and odontologic treatment, and the other received only the odontologic treatment. The measure of the quality of life was assessed by Medical generic questionnaire SF-36 Outcome Study-Millstone Short Form Health Survey, in two occasions, at the beginning of the treatment and another in the end. The results show that the patients who had made an interdisciplinary treatment evidenced positive results in all domains of the questionnaire: functional capacity, limitation for physical aspects, pain, general state of health, social vitality, aspects, emotional aspects and mental health. In the group that only received odontologic treatment, a positive result was observed only in the domain related to pain. The SF-36 questionnaire was a suitable instrument, relatively quick and easy to use to measure the quality of life in patients with temporomandibular disorder. Thus, the results indicate the importance of a multidisciplinary work and the contributions that physiotherapy may offer to lead to a better quality of life for patients with TMJD.

Key Words: Quality of life, physiotherapy, temporomandibular disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular , segundo sexo e sua faixa etária no grupo que recebeu tratamento fisioterápico e odontológico. Ribeirão Preto-SP, 2008	42
Tabela 2 -	Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular , segundo sexo e sua faixa etária no grupo que recebeu tratamento odontológico. Ribeirão Preto-SP, 2008	43
Tabela 3 -	Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular , segundo sua atividade profissional em ambos os grupos do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2008 ...	43
Tabela 4 -	Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular , segundo seu estado marital em ambos os grupos do estudo. Ribeirão Preto-SP, 2008	44
Tabela 5 -	Medianas dos escores do SF-36 em cada domínio nos dois grupos. Ribeirão Preto-SP, 2008	45
Tabela 6 -	Comparações entre as duas mensurações em cada domínio do SF-36 nos dois grupos, pelo teste de Wilcoxon. Ribeirão Preto-SP, 2008	46
Tabela 7 -	Diferença médias dos escores nas duas medidas, segundo os domínios. Ribeirão Preto-SP, 2008	47
Tabela 8 -	Ganhos nos escores médios como porcentagem da média inicial (*). Ribeirão Preto-SP, 2008	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Academia Americana de Desordens Craniomandibulares
AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
ATM	Articulação Temporomandibular
AVD	Atividade de Vida Diária
CF	Capacidade Funcional
DTM	Disfunção Temporomandibular
ECOM	Esternocleidomastóideo
EGS	Estado Geral de Saúde
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FNP	Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RPG	Reeducação Postural Global
SCCM	Sistema Craniocervicomandibular
SF 36	<i>Short Form 36</i>
SM	Saúde Mental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
USP	Universidade de São Paulo
VIT	Vitalidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Apresentação do problema	17
1.2 Articulação Temporomandibular	18
1.3 Disfunção Temporomandibular	25
1.4 Qualidade de vida	28
1.5 Fisioterapia na DTM	30
1.6 instrumento de mensuração da QV	32
2 OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo geral	35
2.2 Objetivo específico	35
3 METODOLOGIA	36
3.1 Delineamento do estudo	37
3.2 População, local e amostra do estudo	37
3.3 Aspectos éticos	37
3.4 Instrumento de medida para avaliar a qualidade de vida	38
3.5 Coleta de dados	39
3.6 Análise dos resultados	39
4 RESULTADOS	41
4.1 Caracterização dos indivíduos com DTM, segundo as variáveis sócio-demográficas	42
4.2 Avaliação da qualidade de vida dos indivíduos com DTM utilizando o instrumento genérico SF-36	44

5 DISCUSSÃO	49
6 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	66
APÊNDICE	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do problema

Atualmente não é raro encontrar indivíduos com algum tipo de alteração na articulação temporomandibular (ATM), pois uma grande porcentagem da população apresenta problemas posturais significativos, que podem estar associados com uma disfunção dessa articulação. Nos últimos anos a disfunção temporomandibular (DTM) passou a ser um conceito mais conhecido e discutido, principalmente pelos profissionais da área de saúde, incluindo médicos, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Estudos sobre essa complexa articulação vem se tornando cada vez mais comum, devido ao fato de que um número crescente de indivíduos apresentam alguns sinais e sintomas, como dor na musculatura mastigatória e/ou ATM, ruídos articulares, limitações nos movimentos, cefaléias, vertigem, dentre outros, sintomatologia essa que muitas vezes prejudicam as atividades de vida diária (AVD) podendo ocasionar uma baixa qualidade de vida nessas pessoas (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; OKESON, 200).

Segundo Oliveira et al. (2003) existem evidências para acreditar que as DTMs e outras condições dolorosas da face causem algum impacto na qualidade de vida, porém apenas um pequeno número de estudos documenta o uso de questionários específicos ou mesmo de ferramentas multidimensionais com este intuito.

Diante dessa situação e tendo em vista as conseqüências que a DTM pode vir a trazer ao paciente e a sociedade, a fisioterapia pode intervir na prevenção, tratamento e orientação desses pacientes, proporcionando um tratamento mais apropriado às suas condições, preferencialmente através de uma equipe multidisciplinar (TEDESCHI-MARZOLA; PASQUAL-MARQUES; MARZOLA, 2002).

Visando a complexidade da sintomatologia e suas conseqüências, verifica-se que os distúrbios da ATM merecem ampla atenção multidisciplinar, tendo a fisioterapia um papel essencial para a reabilitação desses pacientes, uma vez que ela proporciona um alívio na dor, reeducação do sistema neuromuscular, restabelecendo a posição de repouso mandibular, coordenação muscular e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida para os pacientes portadores

dessa patologia (TEDESCHI-MARZOLA; PASQUAL-MARQUES; MARZOLA, 2002).

Os programas de tratamento em indivíduos com DTM e o conhecimento sobre a qualidade de vida no Brasil, ainda não ocupam espaço proporcional ao número de pessoas que precisam de orientações especializadas. Sendo esta pesquisa justificada pela necessidade de comparar a qualidade de vida de indivíduos portadores de DTM atendidos em unidade de saúde, pelo serviço de fisioterapia aos pacientes que não fazem uso desse tratamento, através de um protocolo específico, a fim de estabelecer melhores formas de tratamentos futuros.

1.2 Articulação temporomandibular

O sistema mastigatório é uma unidade complexa, funcional e altamente refinada do corpo humano, sendo responsável pela mastigação, fala e deglutição. É composto por ossos, articulações, ligamentos, dentes e músculos (OKESON, 2006).

A ATM é tida como a unidade funcional da cabeça e pescoço responsável principalmente pela mastigação, deglutição e fonação. Combinada com outros órgãos e tecidos relacionados, o sistema estomatognático também está envolvido na respiração, intimamente relacionado com a estética e expressão facial, e também com as alterações corpóreas em geral (TEDESCHI-MARZOLA; PASQUAL-MARQUES; MARZOLA, 2002).

Segundo Biasotto-Gonzales (2005) a ATM é um conjunto de estruturas que permite a mandíbula realizar diferentes movimentos em torno de um osso fixo durante a mastigação.

É classificada como uma articulação sinovial biaxial complexa, tendo como componentes anatômicos às superfícies articulares, o disco articular, cápsulas, ligamentos e membranas sinoviais (FIGÚN; GARINO, 1989; OLIVEIRA, 1994).

Concordando com os autores a cima Mongini (1998) relata que a ATM é uma articulação sinovial que consiste de côndilo mandibular, fossa glenóide, tuberosidade articular, disco articular e a cápsula com ligamentos de reforço. O côndilo e a tuberosidade articular consistem de osso esponjoso recoberto por

osso compacto. No aspecto mais profundo da fossa glenóide apenas uma camada relativamente fina de osso compacto está presente.

A maioria das estruturas do sistema estomatognático tem origem no primeiro arco braquial, é a partir dele que surgem as estruturas ósseas da face, da cavidade oral, do osso hióide e da própria articulação, assim como os músculos da mastigação (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

A primeira evidência do desenvolvimento dessa articulação é observada desde os 3 meses do desenvolvimento fetal, quando duas condensações, o blastema temporal e o condilar, formam-se no mesênquima lateral à articulação primária da mandíbula. (ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000).

O crescimento dos componentes esqueléticos dessa articulação, como o côndilo, a mandibular e a fossa temporal, ocorre de modo intramembranoso, sem a presença da estrutura cartilaginosa primária que normalmente proporcionaria a base e o mecanismo para o crescimento esquelético subsequente dos ossos retrocranianos. Quando falamos sobre o crescimento da cartilagem, encontrado em várias regiões da mandíbula, ele origina-se secundariamente, dependendo de circunstâncias epigenéticas locais para seu surgimento e manutenção. (MCNEILL, 2000).

Dentre os componentes esqueléticos participantes nesse sistema podemos citar a maxila e a mandíbula que suportam os dentes e o osso temporal que suporta a mandíbula em sua articulação com o crânio (OKESON, 2000).

É formada pelo côndilo mandibular que se articula na fossa mandibular do osso temporal, separando esses dois ossos de um contato direto encontramos o disco articular (OKESON, 2000).

Os ossos que constituem a ATM são a cabeça da mandíbula sustentada pelo processo condilar da mesma e a fossa da mandíbula na face inferior da parte escamosa do osso temporal (ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000).

Segundo Biasotto-Gonzalez (2005) o osso temporal é dividido em três partes: escamosa, timpânica e petrosa. A maxila é a parte fixa do crânio que constitui a parte estacionária do sistema mastigatório.

A mandíbula é um osso único em forma de “U” responsável pela sustentação dos dentes inferiores. Podendo ser dividida em corpo e ramo mandibular, sendo que no primeiro, encontra-se a base da mandíbula e o processo alveolar. Já o

ramo é constituído pelo côndilo, processo coronóide e ângulo da mandíbula (OKESON, 2000; ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000).

Okeson (2006) afirma que o côndilo mandibular se articula na base do crânio com a porção escamosa do osso temporal. Possui dois pólos, sendo um lateral e outro medial, onde ambos têm uma forma elíptica e são recobertos por uma capa fibrocartilaginosa.

A fossa mandibular do osso temporal e do côndilo é revestida por tecido conjuntivo denso fibroso, sofrendo assim menos desgaste com o envelhecimento além de possuir maior capacidade de regeneração (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; BELL, 1990).

O disco articular consiste em tecido fibroso denso e sua forma configura-se de acordo com as faces articulares às quais ele é oposto. Rocabado (1979) e Okeson (2000) dividem o disco em três partes, sendo uma borda anterior, zona intermediária e borda posterior.

Okeson (2000), Rocabado (1979) e Mongini (1998) afirmam que nas regiões central e medial da articulação, o disco articular tipicamente possui um formato bicôncavo na secção parasagital, com porções mais espessas anterior e posteriormente, unidas por uma região central mais delgada, denominada de zona intermediária.

Segundo Okeson (2000), a zona intermediária do disco articular não tem vasos sangüíneos ou fibras nervosas e é o local de maior superfície articular do côndilo.

O mesmo autor ainda afirma que a borda anterior do disco articular liga-se à parte anterior da cápsula e o feixe superior do músculo pterigóideo lateral, que auxilia na estabilização da ATM.

As superfícies internas do disco são revestidas de células endoteliais quem dão origem a membrana sinovial, que juntamente com outra membrana sinovial localizada na borda anterior dos tecidos retrodiscais, produz o líquido sinovial (OKESON, 2000; ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000).

O líquido sinovial é o responsável pela lubrificação das superfícies articulares por meio de dois mecanismos: lubrificação periférica, que ocorre quando a articulação se move e o fluido sinovial é forçado de uma área da cavidade à outra, e o mecanismo de lubrificação saturada devido à habilidade das superfícies

articulares de absorverem uma pequena quantidade de fluido sinovial (OKESON, 2000; ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000).

Os ligamentos que participam nessa articulação possuem o papel de proteção das estruturas participantes. Segundo Okeson (2000) três ligamentos funcionais suportam a ATM: o ligamento colateral, o ligamento capsular e o ligamento colateral, além de dois acessórios o esfenomandibular e o estilomandibular. Porém Steenks e Wijer (1996) citam dois ligamentos da região da ATM: o esfenomandibular e o estilomandibular.

Ainda segundo Okeson (2000) os ligamentos presentes nessa articulação são feitos de tecido conjuntivo colagenoso.

Os ligamentos colaterais são comumente chamados de ligamentos discais, recebem esse nome por serem acoplados ao disco nos dois pólos condilares, tem a função de prender as bordas medial e lateral aos pólos dos côndilos, sendo responsável pela estabilização do disco articular sobre o processo condilar durante os movimentos de rotação e translação da ATM (OKESON, 2000; BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

O ligamento capsular apresenta-se na forma de um envoltório abrangendo toda a articulação temporomandibular, inserindo-se na fossa mandibular. Age para resistir a qualquer força medial, lateral, ou inferior que tente separar ou simplesmente deslocar as superfícies articulares (OKESON, 2000; BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

De acordo com os autores citados o ligamento temporomandibular é composto de duas partes, uma porção externa e oblíqua, e uma horizontal e interna. Sua atuação limita o movimento posterior do côndilo e também protege o músculo pterigóideo lateral de estiramentos.

Segundo Okeson (2000) o ligamento esfenomandibular é um ligamento acessório, com origem na espinha do osso esfenoidal e inserção na língua da mandíbula. Atua como suspensório da mandíbula durante o movimento de abertura e inicia sua ação com o relaxamento do ligamento temporomandibular, porém não tem nenhum significado como limitante do movimento mandibular.

Ainda segundo os autores o ligamento estilomandibular também é um ligamento acessório, com origem no processo estilóide do osso temporal, se estendendo até a porção posterior do ramo da mandíbula. Possui a função de limitar movimentos protussivos excessivos da mandíbula.

É de suma importância o conhecimento da musculatura responsável pela movimentação da articulação temporomandibular, para que assim possamos compreender sua fisiologia articular.

Os músculos da mastigação são formados por quatro pares de músculos: masseter, temporal, pterigóideo medial e pterigóideo lateral (SANTOS, 1987).

Uma distinção é geralmente feita entre os músculos elevadores e os depressores da mandíbula. Os elevadores são os músculos masseter, pterigóideo medial e temporal, e os depressores são: milo-hióideo, gênio-hióideo e digástrico (MONGINI, 1998).

O músculo masseter é retangular e tem origem no arco zigomático e se estende até o aspecto lateral da borda inferior do ramo da mandíbula, é constituído por duas porções: uma superficial e outra profunda. É considerado um músculo forte, de potência, proporcionando força necessária para uma mastigação eficiente, sendo portanto considerado o músculo principal da mastigação, que quando se contrai, eleva a mandíbula (ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000; BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Para esses autores, o músculo temporal é um músculo longo, em forma de leque que se origina na fossa temporal e a superfície lateral do côndilo. Ele é grande e possui três áreas: anterior (fibras se dirigem quase verticalmente), média (fibras correm obliquamente) e posterior (fibras se alinham quase horizontalmente). Quando todo o músculo se contrai, a mandíbula é elevada, fazendo com que os dentes mandibulares entrem em contato com os maxilares, porém não é considerado um músculo de força, mas de movimento.

O músculo pterigóideo medial ou interno tem forma regular e se origina da fossa pterigóide e se estende para baixo, para trás e para fora, onde se insere ao longo da superfície interna do ângulo da mandíbula, atua auxiliando na elevação e protrusão mandíbula (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; STEENKS E WIJER, 1996).

O músculo pterigóideo lateral ou externo são divididos em: pterigóideo lateral inferior e superior e estas duas porções funcionam de maneira distintas (OKESON, 2000).

O músculo supra-hióideos é um grupo formado pelos músculos: digástrico, estilo-hióideo, milo-hióideo e gênio-hióideo, estes são responsáveis pelo abaixamento e retrusão mandibular quando ativados (OKESON, 2000).

Segundo Biasotto-Gonzalez (2005) devido a estreita relação da ATM com a cabeça e o pescoço, devemos citar alguns músculos que participam da mecânica desse sistema, sendo responsável direta ou indiretamente pela postura mandibular do indivíduo, dentre eles podemos destacar: esternocleidomastóideo (ECOM), trapézio, escalenos, esplênio da cabeça e levantador da escápula.

Apesar de se tratar de uma articulação dupla, cada uma pode trabalhar separadamente, ainda que não ao mesmo tempo, porém uma sofre influência sobre a outra, sendo assim importante o conhecimento sobre a biomecânica para melhor entendermos quando ela apresenta algum tipo de disfunção (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; STEENKS E WIJER, 1996).

Os músculos agem sobre a articulação para obter a elevação (fechamento) e a depressão (abertura) da mandíbula, a protrusão e a retração, movimentos laterais alternados, além de garantir a estabilidade da mesma (ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000).

Os movimentos mandibulares de rotação podem ocorrer ao redor de três eixos: horizontal, frontal ou vertical e sagital. O movimento mandibular em torno do eixo horizontal é um movimento de abrir e fechar denominado de dobradiça, já o movimento ao redor do eixo frontal ocorre quando um côndilo move-se anteriormente para fora da posição terminal de rotação com o eixo frontal do côndilo oposto, e por fim o deslocamento sagital ocorre quando o côndilo move-se para baixo, enquanto o outro permanece na posição terminal de rotação (OKESON, 2000; SANTOS, 1987).

Ainda segundo os autores a cima o movimento de translação ocorre quando a mandíbula move-se para frente, como na protrusão, ela ocorre dentro da cavidade articular superior entre a superfície superior do disco articular e a superfície inferior da fossa articular.

Serra e Ferreira (1981) concordam que a partir da combinação entre os movimentos de rotação e translação da ATM, a mandíbula pode realizar a abertura, o fechamento, a lateralidade e a protrusão e retração mandibular.

Segundo Rocabado (1983) e Biasotto-Gonzalez (2005), concordam que a abertura máxima mandibular é de aproximadamente 50 milímetros e durante esse movimento depressor da mandíbula ocorre um estiramento completo dos ligamentos e da cápsula. Entretanto Felício (1994) discorda, sugerindo que um indivíduo normal apresenta uma abertura bucal de 40 a 45 milímetros.

Okeson (2000) afirma que o movimento de fechamento mandibular é exatamente o contrário do movimento realizado na abertura bucal. Durante esse movimento, os músculos depressores se relaxam e os elevadores e o feixe superior do pterigóideo lateral se contraem fazendo com que o côndilo retorne para sua posição habitual de repouso. O feixe superior do pterigóideo lateral contrai-se para monitorar o retorno do côndilo e do disco, juntos, para a posição de repouso.

Para Steenks e Wijer (1996) na laterotrusão, quando há movimento da mandíbula para o lado direito, o côndilo direito se move discretamente para fora e há um pequeno deslocamento posterior e superior do mesmo, enquanto que o côndilo esquerdo desliza-se anterior e inferiormente se movendo em direção a linha média. Sendo o movimento de lateralidade caracterizado pela contração unilateral da cabeça inferior do músculo pterigóideo lateral (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Segundo Felício (1994) a lateralidade de um indivíduo sem desordens musculares ou na ATM varia entre 10 a 12 milímetros. Para Okeson (2000), durante um movimento mandibular lateral os dentes inferiores direito e esquerdo movem-se através de seus dentes opostos em direções diferentes.

Durante o movimento de protrusão mandibular ocorre uma ação simultânea dos pterigóideos lateral e medial. Quando há excessivos movimentos protrusivos da mandíbula, a articulação pode ficar hipermóvel e o indivíduo apresentar um grande movimento de translação anterior no início da abertura bucal, quando deveria estar ocorrendo a rotação (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Segundo Okeson (2000), Friction e Dubner (2003) um movimento mandibular protrusivo ocorre quando a mandíbula move-se para frente a partir da posição intercuspidal.

No movimento de retração há contração das fibras médias e posteriores do temporal e dos músculos supra-hióideos e a mandíbula desloca-se posteriormente (FRICTON E DUBNER, 2003).

Okeson (2000) confirma que um movimento retrusivo ocorre quando a mandíbula move-se posteriormente a partir da posição intercuspidal. A distância desse movimento quando comparada aos outros é muito pequena (1 ou 2mm).

Segundo Arrelano (2002) a participação ativa da articulação temporomandibular nas diversas funções implica que sua mobilidade não é

guiada somente pelos músculos mastigatórios, mas pela sinergia de numerosos músculos, que também, participam em outras ações voluntárias ou reflexas. Portanto, qualquer desequilíbrio corporal afetará o sistema craniocervicomandibular, ocasionando a disfunção, pois, o equilíbrio muscular mastigatório não é apenas um equilíbrio oclusal, mas corporal.

1.3 Disfunção Temporomandibular

As desordens temporomandibulares (DTM), também chamadas de distúrbios craniomandibulares, constituem um conjunto de doenças que afetam não somente a articulação temporomandibular (ATM), mas também áreas extrínsecas às articulações (MANFREDI; SILVA; VENTIDE, 2001).

As DTMs são representadas por desconfortos ou disfunções músculo-esquelética no sistema mastigatório, agravado pela mastigação ou por outro uso da mandíbula, independente da moléstia local envolvendo os dentes e a boca (CHIAOY; JESUÍNO, 20003).

No sentido mais amplo, são consideradas um conjunto de distúrbios articulares musculares na região orofacial. (ZARB; CARLSSON; SESSLE; MOHL, 2000).

Uma classificação bastante aceita divide as DTM em: desordens musculares, deslocamento do disco e artrite (CARLSSON et al., 1998).

A etiologia da DTM está relacionada a diversos fatores, como traumas diretos e indiretos, desequilíbrios metabólicos, oclusão, estresse emocional, entre outros (SERAFIM; TEODOROSKI, 2003; SOUSA et al., 2004). Pode-se dizer ainda, segundo os autores, que sua etiologia é uma combinação entre maloclusão, tensão emocional, estresse, ansiedade e fatores psicogênicos resultando espasmos musculares que levam a essa disfunção.

Sua etiologia é multifatorial e está relacionada à tensão emocional, às interferências oclusais, à perda dentária ou má posição dos dentes, às alterações posturais, à disfunção da musculatura mastigatória e adjacentes, às mudanças extrínsecas e intrínsecas dos componentes estruturais da ATM ou mesmo uma combinação de todos esses fatores (OLIVEIRA et al., 2003; SOUSA et al., 2004; RITZEL et al., 2007).

Dentre as diversas manifestações podemos citar: ruídos na articulação da mandíbula (crepitação ou estalido); hipomobilidade mandibular, cefaléia, dor na região da articulação temporomandibular, dor de ouvido e/ou zumbido, assimetrias, irregularidades, limitação e/ou desvios dos movimentos da mandíbula, desordens do sono e mudança na postura da cabeça, como os sintomas clássicos da DTM (PIOZZI; LOPES, 2002, SERAFIM; TEODOROSKI, 2003, MARTINS et al, 2004, BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; OLIVEIRA, 2002).

De acordo com estudos realizados por Steenks e Wijer (1996) a prevalência dessa disfunção é a mesma em ambos os sexos, porém nota-se uma maior predominância em mulheres na faixa etária de 15 a 40 anos.

Pesquisadores como Rocabado (1979), Okeson (1998), Felício et al. (1999) citam que as mulheres possuem mais sintomas da DTM do que os homens. Entretanto, estudos de Helkimo (1974) demonstram não haver diferença significativa quanto à ocorrência da DTM entre homens e mulheres.

Para Serafim e Teodoroski (2003) mais de 70% dos indivíduos saudáveis apresentam ao menos um sinal de disfunção temporomandibular, mas somente 5 a 7% procuram tratamento. A maioria dos casos dessa disfunção é observada em mulheres na faixa etária de 20 a 50 anos.

Segundo Martins et al. (2004) a sintomatologia da DTM pode vir a acometer a população como um todo, porém sendo mais predominante em mulheres com idade entre 20 e 40 anos, numa proporção de 5:1 em relação aos homens.

Estudo esse confirmado por Asm, Ramfjord e Schmidseder (2001), Machado et al. (2000), pois relatam que as mulheres são mais acometidas que os homens numa proporção de 5:1 e que a maioria dos indivíduos que procuram tratamento é do sexo feminino, sendo assim óbvio observar essa frequência maior em mulheres.

Para Rocabado (1979) devido às mulheres apresentarem mais frouxidão ligamentar possuem uma maior incidência nessa disfunção.

A partir de um estudo realizado por Gonçalves (2004), foi observado que a prevalência populacional de DTM na cidade de Ribeirão Preto é de: 53,41%, sendo leve em 39, 35%, moderada em 10,24% e grave em 3, 82%. Essa prevalência foi observada maior entre indivíduos com idade entre 21 e 45 anos, sendo 31,46% em mulheres e 21,95% em homens.

Segundo Wijer (1998) são consideradas sintomas clássicos da DTM: ruídos na articulação da mandíbula, limitação dos movimentos e/ou desvios dos movimentos da mandíbula e dor a nível da ATM e/ou dos músculos mastigatórios.

O espasmo dos músculos da mastigação é o principal responsável pela sintomatologia dolorosa na DTM e pode ser desencadeado por distensão, contração ou fadiga muscular (FRICTON; DUBNER, 2003). Ainda segundo os autores essa atividade exacerbada da musculatura mastigatória interfere nos músculos chamados de contra apoio, como o esternocleidomastóideo e trapézio, levando ao encurtamento dos músculos posteriores do pescoço e alongamento dos anteriores, acarretando em uma projeção anterior do corpo. Essa projeção irá acarretar em distúrbios de posicionamento e funcionamento mandibular, levando a uma crescente tensão na musculatura mastigatória e, conseqüentemente, disfunção temporomandibular.

Estudo realizado por Piozzi e Lopes (2002), Serafim e Teodoroski (2003), afirmam que a DTM apresentam sinais e sintomas facilmente detectáveis e que serão úteis ao diagnóstico, dentre eles pode-se destacar: estalidos, que ocorrem principalmente devido ao deslocamento do disco intra-articular da ATM com redução, a crepitação que pode estar associada à falta de lubrificação da articulação pelo líquido sinovial, a hipomobilidade mandibular, podendo ser devido ao deslocamento do disco sem redução, impedindo o movimento de translação da mandíbula, irregularidades e assimetrias dos movimentos de abertura e fechamento da mandíbula, assim como as desordens do sono dentre elas o bruxismo também são sinais e sintomas importantes, além da na maioria das vezes mais presente a dor na região da ATM.

Devido à estreita relação entre a ATM e os músculos da região cervical e da cintura escapular, qualquer alteração postural da cabeça e do restante do corpo poderá levar a uma desvantagem biomecânica desta articulação, devido à reação em cascata. A relação inversa também é verdadeira, ou seja, alterações na ATM poderão levar a distúrbios posturais, como protração da cabeça, diminuição do ângulo tíbio-társico, hiperextensão do joelho e antepulsão da pelve (TEDESCHI-MARZOLA; PASQUAL-MARQUES; MARZOLA, 2002). Sendo assim observado por Oliveira et al. (2003) que as condições musculoesqueléticas, da região cervical e da musculatura mastigatória são a maior causa de dor não dental na região orofacial.

1.4 Qualidade de vida

O termo qualidade de vida (QV) começou a ser explorado no Brasil, efetivamente na última década, tendo como destaque a publicação de alguns estudos como o de Brandão (1995).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença, entretanto, as diferentes áreas da medicina sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade (ORLEY; SAXENA; HERMAN, 1998).

Provenza et al. (1999) relatam que “[...] a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [...]”.

Segundo Minayo et al. (2000) a qualidade de vida deixou de representar apenas uma vida sem doenças físicas, mas, acima, de tudo a busca da felicidade e satisfação pessoal, em todos os aspectos da vida, no âmbito profissional, social, fisiológico, emocional e espiritual, juntos em um conjunto de equilíbrio harmonioso.

A QV possui um conceito amplo, subjetivo, produtivo e polissêmico o qual tem sido motivo de inúmeros estudos na área da saúde, especialmente voltados para pessoas com doenças crônicas como a DTM. Ela é avaliada pelo próprio indivíduo como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com o seu processo de viver (MINAYO et al., 2000; SANTOS et al., 2002). Holmes (2005) ressalta que a qualidade de vida também se relaciona com a satisfação do indivíduo com a vida e está determinada pelas expectativas pessoais.

O grupo Whoqol (1995) afirma 3 características relacionadas a qualidade de vida: a subjetividade, que está relacionada as respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua expectativa de vida, valores e cultura; a multidimensionalidade, a qual é caracterizada pelos vários domínios que envolvem a avaliação da qualidade de vida e a bipolaridade, que consiste na avaliação do indivíduo da qualidade de vida, podendo variar de bom para ruim.

A qualidade de vida está sendo vista pelos profissionais da área da saúde como uma nova meta a ser alcançada, onde seu principal objetivo não é apenas a cura e o controle da doença, bem como a prorrogação da morte, mas, sim uma melhora na qualidade de vida das pessoas pertencentes a diferentes contextos sociais. Entretanto alguns pesquisadores afirmam que a QV, assim como a felicidade, depende das expectativas e do plano de vida traçado por cada indivíduo (NORDENFELT, 1994; MARCHI, SILVA, 1997), evidenciando então o caráter individual e subjetivo das possíveis aferições de seus níveis.

Seidl, Zannon e Costa (2004), afirmam que a qualidade de vida tem suscitado pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas.

Um estudo realizado por Martins, França e Kimura (1996) observou a qualidade de vida em pessoas portadoras de patologias crônico-degenerativas, pois pode ter início como uma condição aparentemente aguda, porém se prolongar através de episódios dolorosos e exacerbativos. Essas pessoas, passam a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos devido à alterações na capacidade física, auto-estima e na imagem corporal, quando comparadas com outros indivíduos.

Sua avaliação pode ser realizada por meio de vários instrumentos, onde podem ser divididos em dois grandes grupos: os instrumentos genéricos que são desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de população e os instrumentos específicos, que são capazes de avaliar de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida (CICONELLI, 2003).

Ebrahim (1995), relata alguns objetivos da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, pois é uma maneira de acompanhar a saúde da população, determinar os fatores etiológicos de doenças, realizar diagnóstico, realizar prognóstico de doenças, analisar os efeitos do tratamento, avaliar as políticas sociais e os efeitos das políticas de saúde e por fim, alocar recursos, de acordo com as necessidades.

1.5 Fisioterapia na DTM

Os autores da Academia Americana de Desordens Craniomandibulares (AACD) observam que a “fisioterapia ajuda a aliviar a dor musculoesquelética e a restaurar a função normal por meio da alteração da entrada sensorial e redução da inflamação, diminuindo, coordenando e fortalecendo a atividade muscular, e promovendo o reparo e regeneração dos tecidos. Tendo então a fisioterapia se tornado parte integral na abordagem multidisciplinar no tratamento da dor e disfunção associadas às desordens temporomandibulares (FRICTON; DUBNER, 2003).

A literatura internacional indica que a atuação do fisioterapeuta nas DTM já vem de longa data, porém no Brasil esta área ainda é pouco desenvolvida, não oferecendo assim muitas opções de atendimento para o paciente, principalmente quando nos referimos aos serviços públicos (MATTA, HONORATO, 2003).

Para Rocabado (1998) com a ATM constitui um órgão dinâmico formado por um grande número de estruturas internas e externas, a qual não deve ser tratada isoladamente quando nos referimos à oclusão e ao resto do organismo, pois a mesma é capaz de realizar movimentos complexos, estando relacionada, praticamente, com todas as funções do sistema craniocervicomandibular (SCCM).

Guedes e Bonfante (2001) e Troian (2005) sugerem que as modalidades terapêuticas simples, reversíveis e conservativas, possuem eficácia na diminuição da maioria dos sinais e sintomas de disfunção no sistema craniocervicomandibular (SCCM). Métodos como a fisioterapia e a terapia comportamental podem ser aplicados em conjunto com a utilização das placas oclusais, constituindo uma intervenção precoce e preventiva no tratamento de indivíduos portadores dessa disfunção.

De acordo com estudos realizados por Piozzi e Lopes (2002) uma avaliação bem elaborada e corretamente aplicada oferece todos os subsídios para que o fisioterapeuta estabeleça os objetivos e a conduta de tratamento, sendo este completo e qualificado, atendendo assim a individualidade de cada paciente. A fisioterapia atua nas disfunções temporomandibulares com o objetivo de educar e orientar os pacientes, combater o processo inflamatório, modular e/ou combater a dor, restabelecer o funcionamento normal e examinar e tratar as áreas adjacentes se necessário.

Dentre os recursos mais utilizados para conseguir atingir os objetivos traçados pelo fisioterapeuta podemos citar: orientação e educação do paciente quanto à sua doença, crioterapia, calor superficial, eletroterapia (ultra-som pulsátil, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), laser e ondas curtas); cinesioterapia e reeducação postural global. Eles possuem a capacidade de proporcionar efeitos fisiológicos que irão auxiliar na diminuição do quadro doloroso, no fortalecimento muscular, na reeducação postural, visando portanto à melhora na qualidade de vida desses pacientes (GROSSI, CHAVES, 2004).

As técnicas fisioterápicas utilizadas nos quadros de DTM constituem uma terapia coadjuvante importante dentro de um arsenal terapêutico orientado a solucionar diretamente os problemas. O tratamento está voltado para o alívio da dor da musculatura envolvida, reeducação do sistema neuromuscular, restabelecimento da posição de repouso mandibular e coordenação muscular. Para tanto, temos na fisioterapia, o uso de aparelhos e outros recursos, para alcançar os objetivos referidos. Além disso, a atuação da fisioterapia junto com uma equipe multidisciplinar tem um papel de extrema importância frente aos pacientes com essa disfunção (TEDESCHI-MARZOLA; PASCAL-MARQUES; MARZOLA, 2002).

Na literatura internacional observam-se estudos referentes à eficácia da utilização de recursos físicos e manuais nas DTMs que se baseiam, por analogias em pesquisas similares relativas a diferentes doenças músculo esqueléticas. Dentre os recursos mais utilizados podemos citar: gelo, ultra-som terapêutico, TENS, massagem, mobilização articular, exercícios, iontoforese, laser de baixa intensidade, acupuntura, diatermia por ondas curtas, para que com esse arsenal disponível o fisioterapeuta tenha capacidade de aliviar a dor, reduzir a inflamação, melhorar a ação muscular e mobilidade articular e restaurar o equilíbrio músculo esquelético (MATTA; HONORATO, 2003).

A avaliação detalhada do paciente é o principal norteador na escolha dos recursos fisioterapêuticos a serem usados. Concordando com autores citados anteriormente a fisioterapia dispõe de vários meios de tratamento como a terapia manual, massoterapia, relaxamento, facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP), reeducação postural global (RPG), hidroterapia, técnicas de mobilização articular e inibição posicional, drenagem linfática manual, acupuntura, e eletrofototermoterapia com laser de baixa intensidade, ultra-som, (TENS),

infravermelho e crioterapia (MACIEL, 1996; MARQUES; GIACOMINI; ROSA, 2000; TEDESCHI-MARZOLA; PASCAL-MARQUES; MARZOLA, 2002; MATTA; HONORATO, 2003).

Segundo Trott e Goss (1978) os fisioterapeutas auxiliam os cirurgiões ortopédicos no tratamento das desordens mioesqueléticas e como a disfunção da ATM é uma desordem dessa natureza, a fisioterapia deve ser realizada como um tratamento conservador antes de se pensar em cirurgia.

Sendo importante identificar o que a fisioterapia fez e vem fazendo com indivíduos que apresentam algum distúrbio na articulação temporomandibular para que dessa forma possamos proporcionar uma melhoria na sintomatologia e conseqüentemente na qualidade de vida desses pacientes, pois a atuação da fisioterapia nessa patologia ainda é uma terapia pouco conhecida pelos pacientes e demais profissionais.

1.6 Instrumentos de mensuração da QV

Medir QV é bastante complexo pelo fato de não encontrar definição consensual sobre o que ela realmente significa (CICONELLI, 1997).

O desenvolvimento de instrumentos que avaliam a qualidade de vida reflete, em parte, um aumento da necessidade de demonstrar a efetividade de programas de tratamento e cuidados na área da saúde, além da necessidade de estabelecer os efeitos que uma doença e seu tratamento causam na vida do indivíduo. Sendo assim possível obter uma visão mais abrangente e holística do paciente, incorporando também sua perspectiva em relação ao tratamento realizado (HOLMES, 2005).

Todos os instrumentos antes de serem aplicados devem ser submetidos ao processo de tradução e posteriormente validados, pois como a maioria deles foram desenvolvidos na Europa, a sua utilização em diferentes culturas não modifiquem seus resultados (FLECK, 2000; CICONELLI, 1997).

Atualmente existem duas formas de mensurar QV: por instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo, podendo ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores

de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença (FAYERS, 2000).

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos de QV como as funções física, sexual, o sono, a fadiga, etc. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (FAYERS, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a influência da fisioterapia na melhoria dos sintomas e na avaliação da qualidade de vida pelos pacientes portadores de disfunção temporomandibular.

2.2 Objetivos Específicos

Observar a relação existente na avaliação da qualidade de vida entre pacientes com disfunção temporomandibular que fazem tratamento odontológico e fisioterápico com pacientes portadores de DTM que não se submeteram apenas ao tratamento odontológico;

Identificar as principais limitações funcionais que possam estar presentes na amostra.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de caráter transversal, com abordagem quantitativa, comparativa, experimental. Neste delineamento a aplicação do instrumento de qualidade de vida foi realizada em duas ocasiões: uma inicial e outra final.

3.2 População, Amostra e Local do Estudo

A seleção dos pacientes foi realizada através do serviço de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FORP-USP) no período de maio a setembro de 2008.

Os sujeitos do estudo foram os pacientes com DTM de origem muscular e/ou articular diagnosticada pelos profissionais do serviço de Odontologia, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 70 anos que estavam cadastrados no serviço da faculdade.

Todos os indivíduos que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), e estavam diagnosticados pelo dentista e dentro da faixa etária estabelecida.

A amostra contou de 60 pacientes, os quais foram divididos em dois grupos, pacientes portadores de DTM que fazem tratamento com a fisioterapia (grupo experimental) e pacientes com DTM que não tratam a disfunção com a fisioterapia (grupo controle), cada grupo com 30 pacientes.

O estudo foi desenvolvido na Clínica de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial em pacientes com necessidades especiais: abordagem multidisciplinar, sob a supervisão do Prof. Dr. César Bataglion docente do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto após a aprovação do projeto pelo comitê de ética.

3.3 Aspectos Éticos

O projeto foi delineado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos a partir da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, bem como de seus direitos a serem

resguardados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

O projeto de pesquisa e o consentimento informado foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP, de acordo com o Processo n 2007.1.1266.58.4 (Anexo A).

3.4 Instrumento de medida para avaliar a Qualidade de Vida

A partir da análise da bibliografia consultada e tendo em vista a necessidade de um instrumento já traduzido e validado, optou-se em utilizar o SF-36 Medical Outcome Study-Mos Short From Health Survey (SF-36), para mensurar a qualidade de vida da população em estudo.

O SF-36 Medical Outcome Study-Mos Short From Health Survey (SF-36) é um instrumento genérico, composto de 11 perguntas contendo 36 itens divididos em oito escalas: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (04 itens), dor (02 itens), estado geral de saúde (05 itens), vitalidade (04 itens), aspectos sociais (02 itens), aspectos emocionais (03 itens) e saúde mental (05 itens), dimensões essas que representam valores humanos básicos relevantes na avaliação da qualidade de vida da população geral, além de uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás que correspondem as primeiras questões do instrumento (CICONELLI, 2003).

O questionário é um instrumento que transforma as medidas subjetivas em dados objetivos, para assim serem analisados e quantificados de diversas formas. O qual foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população.

Apresenta um escore de 0 a 100, onde zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde, sendo analisada cada dimensão separada. Tendo assim a capacidade de avaliar tanto aspectos negativos como os positivos da saúde de cada indivíduo (WARE; SHERBOURNE, 1992).

A tradução do SF-36 para o português e a sua adequação às condições sócio-econômicas e culturais da população brasileira, bem como a validação foram efetuadas por uma equipe de pesquisadores da Divisão de Reumatologia

da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, em pacientes com artrite reumatóide (CICONELLI et al., 1999). Kimura (1999) realizou uma segunda validação da versão em português, do referido instrumento, para a população em geral do Município de São Paulo.

3.5 Coleta de Dados

Os objetivos do estudo foram previamente explicados aos voluntários do estudo, os quais foram convidados a participar do mesmo, a partir do consentimento verbal e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), a entrevista foi aplicada no mesmo dia da avaliação do paciente.

As entrevistas foram realizadas aproximadamente entre 10 a 20 minutos, onde a pesquisadora fez perguntas de caráter sócio-demográficas, além das contidas no instrumento utilizado para coletar os dados do presente estudo (Anexo E).

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário SF - 36, pela própria pesquisadora que teve a sensibilidade de não induzir a resposta quando o paciente não apresentava condições de responder individualmente a um instrumento para avaliação da qualidade de vida, o questionário SF-36 Medical Outcome Study-Mos Short Form Health Survey (WARE JUNIOR, 1993), em todos os pacientes selecionados de ambos os grupos. No grupo experimental, foi aplicado antes do tratamento fisioterápico e odontológico e após 10 sessões de fisioterapia, e no grupo controle foi aplicado no início do tratamento odontológico e após um mês de tratamento, pois significava o tempo gasto para concluir as 10 sessões do outro grupo.

3.6 Análise dos Resultados

As pontuações das dimensões de qualidade de vida, classificadas neste instrumento, vão de zero, pior estado de saúde, a cem, melhor estado de saúde possível (Anexo E).

Após a coleta dos dados, os resultados foram organizados em tabela sendo a medida preferencial utilizada, a mediana, já que se trata de mensuração do tipo escore.

As comparações dos escores do SF-36 em cada grupo foram realizadas através de estatística não paramétrica, utilizando a prova de Wilcoxon (SIEGEL; CASTELLAN, 2006), sendo a probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie fixada em 5%, utilizando-se o programa estatístico Stata na versão 10.0.

Espera-se que os resultados obtidos possam favorecer o nível de conhecimento dos profissionais de saúde e da sociedade a respeito das limitações e das possíveis alterações nas capacidades funcionais dos indivíduos portadores de disfunção temporomandibular.

A pesquisadora se responsabiliza em tornar público os resultados encontrados no estudo, independente dos achados encontrados.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos indivíduos com DTM, segundo as variáveis sócio-demográficas

As tabelas a seguir apresentam os resultados sobre o perfil sócio-demográfico da população em estudo.

A distribuição dos sujeitos pode ser observada nas tabelas 1 e 2 com predominância do sexo feminino, com 49 sujeitos e apenas 11 do sexo masculino.

A faixa etária mais acometida pela DTM no grupo experimental encontra-se entre 50 a 70 anos representando 36,67% e no grupo controle de 18 a 24 anos com 33,33%.

Tabela 1- Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular, segundo sexo e sua faixa etária no grupo que recebeu tratamento fisioterápico e odontológico, Ribeirão Preto-SP, 2008

Grupo	Idade (anos)	Sexo				Total	
		fem		masc			
		n	%	n	%	n	%
Experimental	18 a 24	3	13,64	1	12,50	4	13,33
	25 a 34	4	18,18	1	12,50	5	16,67
	35 a 44	5	22,73	1	12,50	6	20,00
	45 a 54	2	9,09	2	25,00	4	13,33
	55 e +	8	36,36	3	37,50	11	16,67
Total		22	100,00	8	100,00	30	100,00

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular, segundo sexo e sua faixa etária no grupo que recebeu tratamento odontológico, Ribeirão Preto-SP, 2008

Grupo	Idade (anos)	Sexo				Total	
		fem		masc			
		n	%	n	%	n	%
Controle	18 a 24	10	37,04	0	0,00	10	33,33
	25 a 34	8	29,63	1	33,33	9	30,00
	35 a 44	1	3,70	0	0,00	1	3,33
	45 a 54	7	25,93	1	33,33	8	26,67
	55 e +	1	3,70	1	33,33	2	6,67
Total		27	100,00	3	100,00	30	100,00

Na tabela 3, observa-se que a maioria dos participantes eram profissionais liberais, com 11 sujeitos no grupo experimental e 13 no grupo controle.

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular, segundo sua atividade profissional em ambos os grupos do estudo, Ribeirão Preto-SP, 2008

Ocupação	Grupo de estudo					
	Experimental		Controle		Total	
	n	%	n	%	n	%
Serv. domésticos	10	33,33	12	40,00	22	36,67
Estudante	3	10,00	4	13,33	7	11,67
Profissional Liberal	11	36,67	13	43,33	24	40,00
Aposentado	6	20,00	1	3,33	7	11,67
Total	30	100,00	30	100,00	60	100,00

O estado marital dos pacientes da pesquisa mostrou que, 53,33% eram solteiros, 31,67% eram casados, 10% divorciados e apenas 5% eram viúvos, como mostra a tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos com Disfunção Temporomandibular, segundo seu estado marital em ambos os grupos do estudo, Ribeirão Preto-SP, 2008

Estado Marital	Grupo de estudo					
	Experimental		Controle		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casado	10	33,33	9	30,00	19	31,67
Divorciado	5	16,67	1	3,33	6	10,00
Solteiro	13	43,33	19	63,33	32	53,33
Viúvo	2	6,67	1	3,33	3	5,00
Total	30	100,00	30	100,00	60	100,00

4.2 Avaliação da qualidade de vida dos indivíduos com DTM utilizando o instrumento genérico SF-36

A seguir serão apresentados os resultados relacionados aos oito domínios do SF-36. Para cada paciente, obteve-se em cada uma das dimensões, os escores brutos e padronizados com valores entre zero a 100, respectivamente, caracterizando, maior e menor avaliação da QV em pacientes com DTM.

O valor da Mediana dos escores do SF-36 em cada domínio, em ambos os grupos no início e no final do tratamento, estão apresentados na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5 - Medianas dos escores do SF-36 em cada domínio nos dois grupos Ribeirão Preto-SP, 2008

Domínios	Medianas			
	Experimental		Controle	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Capacidade Funcional	62,5	87,5	85,0	87,5
Aspectos Físicos	12,5	100	50,0	25,0
Dor	41,0	62,0	56,0	62,0
Estado Geral de Saúde	56,0	72,0	68,5	67,0
Vitalidade	45,0	60,0	50,0	52,5
Aspectos Sociais	50,0	75,0	62,5	68,7
Aspectos Emocionais	33,1	66,6	33,3	33,3
Saúde Mental	52,0	66,0	56,0	56,0

O domínio da Capacidade Funcional (CF), segundo Ciconelli (1997) avalia a presença das limitações físicas e como ela interfere na capacidade física dos indivíduos, onde pode-se observar que no grupo experimental a partir do valor da mediana ela aumentou de 62,5% para 87,5%, enquanto que no grupo controle passou de 85% para 87,5%.

Os Aspectos Físicos (AF), a qual avalia as limitações na forma e quantidade de trabalho, apresentou no grupo experimental um aumento de 12,5% para 100% e no grupo controle teve uma redução de 50% para 25%.

O domínio relacionado à dor é responsável por avaliar sua intensidade e como ela é capaz de interferir nas atividades de vida diária, onde foi observado um aumento em ambos os grupos: no experimental de 41% para 62% e no grupo controle de 56% para 62%.

O Estado Geral de Saúde (EGS) avalia a percepção dos indivíduos quanto a sua saúde, onde é observado que no grupo experimental teve um aumento de 56% para 72% e no controle caiu de 68,5% para 67%.

A Vitalidade (VIT) por sua vez é avaliada pelo nível de energia e fadiga de cada indivíduo, sendo observado um aumento no grupo experimental de: 45% para 60% e no grupo controle apenas de 50% para 52,5%.

O domínio Aspectos Sociais (AS) é responsável por avaliar a participação dos indivíduos em grupos sociais e se esta esteve comprometida por algum

problema de saúde, podendo ser observado nos resultados que no grupo experimental esse domínio apresentou uma melhora de 50% para 75% e no grupo controle de 62,5% para 68,7%.

Os Aspectos Emocionais (AE) avalia as limitações na forma e quantidade de trabalho e como ela interfere nas AVDs desses pacientes, com base na tabela apresentada pode-se observar que o grupo experimental teve uma melhora de 33,1% para 66,6% e o grupo controle permaneceu com o mesmo valor de 33,3% antes e após o tratamento.

E por fim a Saúde Mental (SM) que é avaliada pela presença de angústia e bem-estar psicológico, apresentou dados positivos no grupo experimental, aumentando de 52% para 66% e no grupo controle permaneceu o mesmo com 56%.

Na tabela 6 podemos observar as comparações entre as duas mensurações em cada domínio do SF-36 nos dois grupos através do teste de Wilcoxon.

Tabela 6 - Comparações entre as duas mensurações em cada domínio do SF-36 nos dois grupos, pelo teste de Wilcoxon, Ribeirão Preto-SP, 2008

Grupos	Domínios	z	P(z)	Conclusão (nível de 5%)
Experimental	CF inicial x CF final	4,73	0,000	CF inicial < CF final
	AF inicial x AF final	4,41	0,000	AF inicial < AF final
	Dor inicial x Dor final	4,40	0,000	Dor inicial < Dor final
	EGS inicial x EGS final	2,17	0,030	EGS inicial < EGS final
	VIT inicial x VIT final	3,70	0,000	VIT inicial < VIT final
	AS inicial x AS final	2,72	0,006	AS inicial < AS final
	AE inicial x AE final	3,06	0,000	AE inicial < AE final
	SM inicial x SM final	4,27	0,000	SM inicial < SM final
Controle	CF inicial x CF final	0,96	0,337	CF inicial = CF final
	AF inicial x AF final	1,37	0,170	AF inicial = AF final
	Dor inicial x Dor final	1,98	0,047	Dor inicial < Dor final
	EGS inicial x EGS final	0,87	0,382	EGS inicial = EGS final
	VIT inicial x VIT final	0,05	0,957	VIT inicial = VIT final
	AS inicial x AS final	0,88	0,381	AS inicial = AS final
	AE inicial x AE final	1,07	0,282	AE inicial = AE final
	SM inicial x SM final	0,13	0,896	SM inicial = SM final

A partir dos dados a cima pode-se concluir que houve evidência de diferença estatística entre os grupos inicial e final de todos os domínios do grupo experimental, e no grupo controle houve essa diferença apenas no domínio da dor.

Na tabela 7 a seguir mostra diferenças médias dos escores nas duas medidas nos domínios.

Tabela 7- Diferenças médias dos escores nas duas medidas, segundo os domínios, Ribeirão Preto-SP, 2008

Domínios	Grupos	
	Experimental	Controle
Capacidade Funcional	22,2	1,0
Aspectos Físicos	45,8	-7,5
Dor	20,7	4,7
Estado Geral de Saúde	10,2	-1,2
Vitalidade	13,0	0,7
Aspectos Sociais	14,8	2,1
Aspectos Emocionais	27,8	4,4
Saúde Mental	16,5	0,1

Pode-se observar a partir dos dados da tabela que no AF houve uma diferença entre os escores iniciais e finais de 45,8%, sendo este o maior valor representado entre os domínios do grupo experimental.

No grupo controle os escores dos domínios AF e EGS apresentaram uma inversão nos escores, onde o AF foi de -7,5% e o EGS de -1,2% o que representa uma diminuição na qualidade de vida relacionada à esses domínios.

Na tabela 8 observa-se o ganho nos escores médios como porcentagem da média inicial, onde pode ser também observado que os pacientes do grupo experimental obtiveram um ganho quando comparado os escores iniciais e finais de 137,5% e o grupo controle perdeu escore nos domínios AF e EGS nos valores de -13,4% e -1,8% respectivamente.

Tabela 8 - Ganhos nos escores médios como porcentagem da média inicial (*),
Ribeirão Preto-SP, 2008

Domínios	Grupos	
	Experimental	Controle
Capacidade Funcional	37,9	1,3
Aspectos Físicos	137,5	-13,4
Dor	51,6	8,4
Estado Geral de Saúde	17,3	-1,8
Vitalidade	28,1	1,3
Aspectos Sociais	27,2	3,3
Aspectos Emocionais	76,0	10,2
Saúde Mental	33,3	0,2

* Porcentagem de ganho = $100 \times \text{Média das Diferenças de Escore} / \text{Escore Médio (1ª Medida)}$

5 DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo mostraram que as mulheres foram mais acometidas por disfunção temporomandibular que os homens como pode-se observar na tabela 1 e 2, sendo confirmados por pesquisas realizadas por Oliveira (1980) e Donegá et al. (1997).

Segundo Carlsson (1999), praticamente todas as amostras de pacientes em seus estudos que procuram tratamento tem exibido forte predominância feminina. Essa relação pode ser devida ao fato das mulheres apresentarem uma maior frouxidão ligamentar ocasionando uma maior dificuldade na estabilização da ATM ou em alguns casos as condições hormonais que proporcionam maiores momentos de tensão ocasionando algumas vezes aumento nos hábitos parafuncionais.

A faixa etária acometida por DTM nesse estudo foi bastante variada, pois no grupo experimental a idade predominante foi em pacientes acima de 50 anos sendo representado por 36,67% dos indivíduos e no grupo controle foi de 18 a 24 anos representado por 33,33% (Tabela 1 e 2). Segundo Oliveira (1980) as causas que favorecem a DTM são variáveis e dependentes da faixa etária da população, sugerindo que entre 15 e 40 anos, elas seriam decorrentes de fatores miogênicos e quando a faixa etária estiver acima de 40 anos este fator encontra-se relacionado a fatores artrogênicos.

Okeson (1998) sugere em seus estudos que os sinais e sintomas das DTM são observados na infância, apesar da sua prevalência ser menor no que nos adultos.

Estudos realizados por Leresche (1999), afirmam que a proporção de homens com dor é menor que em mulheres em todas as faixas etárias na idade adulta.

Com relação ao perfil ocupacional dos pacientes em estudo pode-se observar pela Tabela 3 que em ambos os grupos estudados prevaleceram os profissionais liberais com 40% dos indivíduos, podendo este resultado estar vinculado ao fato desses indivíduos apresentarem um maior índice de estresse em seu ambiente de trabalho, ocasionando em alguns casos o aumento de hábitos parafuncionais como: o apertamento dentário, morder objetos, mascar chiclete, bruxismo, apoiar a mão na mandíbula, dentre outros, proporcionando uma disfunção temporomandibular.

Em relação ao estado marital dos pacientes da pesquisa, mostrou que, 53,33% eram solteiros, 31,67% eram casados, 10% divorciados e apenas 5% eram viúvos (Tabela 4), dados esses que podem estar relacionados ao aumento do nível de estresse nesses indivíduos, pois os solteiros muitas vezes carregam a responsabilidade de uma casa sozinhos, acumulando diferentes tipos de problemas o que irá afetar sua qualidade de vida.

Pacientes portadores de DTM, geralmente apresentam alguma limitação em suas AVDs, sendo essas limitações as grandes responsáveis pela diminuição na qualidade de vida desses pacientes (OKESON, 2000).

A QV vem surgindo como uma nova meta a ser alcançada pela área da saúde, pois atualmente o principal objetivo do sistema de saúde não pode ser somente a cura ou algumas vezes o controle da doença, mas, devendo proporcionar melhora da qualidade de vida das pessoas pertencentes a diferentes contextos sociais (NORDENFEL, 1994).

Um estudo realizado por Okeson (2000) e Vollaro (2001) observou-se que cerca de 70% dos indivíduos eram saudáveis e 33% do restante da população estudada apresentava pelo menos um sinal da disfunção temporomandibular, porém apenas 5 a 7% procuravam um tratamento especializado. A partir desses dados foi sugerido uma falta de informação por parte da população sobre o que é DTM e quais os tipo de tratamento que podem ser realizados para melhorar sua sintomatologia. Oliveira et al. (2003) a partir da aplicação do questionário de Fonseca, que mostrou ser uma ferramenta de aplicação simples e fácil, observou-se em seus resultados que todos os pacientes que procuravam atendimento fisioterápico foram classificados como portadores de DTM severa ou moderada.

No presente estudo, como anteriormente foi mostrado, o domínio responsável por avaliar a capacidade funcional, o qual é composto pela questão 3 do questionário SF-36 (Anexo E), ao observar o valor encontrado pela divisão da mediana o grupo experimental teve um resultado mais satisfatório do que o grupo controle com 62,5% para 87,5% e 85% para 87,5% respectivamente.

Quando observamos a mesma tabela 5, a relação entre os resultados os aspectos físico que correspondem as questões 6 e 10 do SF-36, observamos que o grupo que fez tratamento interdisciplinar apresentou um ganho nos escores nesse domínio de 12,5% para 100% entretanto o grupo que recebeu apenas o

tratamento odontológico apresentou uma diminuição na mediana dos escores de 50% para 25%.

O domínio da dor correspondente as questões 7 e 8 do SF-36 foi a menos impactada negativamente nesse estudo. Ao observamos a mediana dos escores, ela teve um acréscimo em ambos os grupos de 41% para 62% no grupo experimental e de 56% para 62% no grupo controle.

A partir de um estudo realizado por Oliveira et al. (2003) foi observado o impacto da dor em sujeitos com DTM, e descritos subjetivamente os relatos em suas vidas através da aplicação do questionário McGill de dor (Br-MPQ), onde foram estudados 22 indivíduos que procuraram atendimento fisioterápico com diagnóstico de DTM. Dentre os dados desse estudo pode-se observar que 59,09% dos pacientes referiram algum grau de prejuízo no trabalho e nas atividades escolares, 50% nas atividades de lazer e no relacionamento familiar e 54,55% nas atividades domiciliares, porém não foi observado diferença estatisticamente significativa entre as variáveis quando comparadas com o número de respostas negativas dadas a estes impactos. Foi concluído que a dor na DTM apresentou um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e que o questionário aplicado se mostrou eficaz apesar de não ser específico, foi também sugerido um aumento no número da amostra para a confirmação dos dados apresentados.

Um estudo realizado por Troian (2005), propôs verificar o efeito de um tratamento integrado entre a fisioterapia e a odontologia no quadro algico de pacientes com SCCM, e após a coleta de dados, a partir de seus resultados, concluíram que o tratamento interdisciplinar apresenta melhores conseqüências no alívio da dor nos pacientes do estudo

O estado geral de saúde que corresponde as questões de número 1 e 11, quando avaliado obteve uma melhora nos escores do grupo experimental de 56% para 72%, enquanto que no grupo controle não foi observada grande diferença entre os valores iniciais e finais do tratamento pois variou de 68,5% para 67%.

Esse resultados podem também ser observados no domínio responsável por avaliar a vitalidade desses pacientes que corresponde à alguns itens (A, E, G, I) da questão 9, a qual alguns indivíduos apresentam dificuldade em responder, podendo ser pelo fato das opções de respostas oferecidas pelo questionário: tempo todo, a maior parte do tempo, uma boa parte do tempo, alguma parte do

tempo, uma pequena parte do tempo e nunca. Entretanto os resultados observados no grupo experimental ainda permaneceu positivo quando comparado ao do grupo controle que teve um aumento de 45% para 60% e 50% para 52,5% respectivamente.

O domínio relacionado aos aspectos sociais composto pela questão de número 6 do SF-36 obteve um grande aumento da mediana dos escores no grupo que recebeu tratamento interdisciplinar, pois o mesmo passou de 50% para 75%, enquanto que no grupo controle essa diferença foi apenas de 62,5% para 68,7%.

A questão 5 relacionada ao domínio sobre os aspectos emocionais desses pacientes apresentou um acréscimo no grupo experimental de 33,1% para 66,6%, enquanto que no grupo controle os escores permaneceram o mesmo no início e fim do tratamento com 33,3%.

O domínio saúde mental que corresponde aos itens (B, C, D, F e H) da questão 9, apresentou resultado satisfatório apenas no grupo tratado de maneira interdisciplinar com um aumento na mediana dos escores de 52% para 66%, porém no grupo tratado apenas com a odontologia os valores iniciais e finais permaneceram o mesmo com 56%, o que foi observado também em outros domínio do questionário.

Ao observamos o resultado do teste das hipóteses obtida através do Teste de Wilcoxon e no valor p (valor de significância) desta estatística. Pode-se dizer a partir da tabela 6 que todos os domínios do grupo experimental apresentaram uma melhora significativa entre os valores obtidos no primeiro e último dia de tratamento, porém essa melhora significativa só foi observada no domínio dor quando observamos o grupo controle, pois o tratamento odontológico isolado para pacientes que não apresentam uma DTM muito severa se torna algumas vezes suficiente para o alívio da sintomatologia dolorosa.

Os domínios aspectos físicos e estado geral de saúde quando realizada a diferença média dos escores nas duas medidas, apresentaram valores positivos apenas no grupo experimental, de 45,8% e 10,2% respectivamente, o que pode concluir que os pacientes desse grupo apresentaram uma melhora na qualidade de vida, enquanto que os pacientes do grupo controle tiveram seu resultados negativos, de -7,5% e -1,2% respectivamente, o qual deve ter sido pelo fato de apresentar uma piora na qualidade de vida, pois em alguns casos a DTM pode ser um pouco mais severa o que seria necessário para esses pacientes um

acompanhamento de uma equipe interdisciplinar para assim eles apresentarem uma melhora no quadro algico e conseqüentemente em sua QV.

A fisioterapia vem por meio de diferentes recursos, aliviar os sintomas dolorosos e promover a recuperação da função muscular comprometida (LIMA; LIMA; REIS, 2006). Sendo assim as técnicas fisioterápicas utilizadas nos quadros de DTM constituem uma terapia coadjuvante importante dentro de um arsenal terapêutico orientado para solucionar diretamente os problemas. Seu tratamento encontra-se voltado para: alívio da dor muscular, reeducação do sistema neuromuscular, restabelecimento da posição de repouso mandibular e coordenação muscular (TEDESCHI-MARZOLA; PASQUAL-MARQUES; MARZOLA, 2002)

Um estudo retrospectivo realizado por Matta e Honorato (2003), o qual foi avaliado a intervenção fisioterapêutica em pacientes portadores de DTM tratados num Serviço Público de Saúde em Campinas, mostrou a abordagem interdisciplinar é uma necessidade, e que a fisioterapia quando realizada de forma abrangente, sem restringir-se à utilização isolada de modalidades terapêuticas, pode auxiliar significativamente no controle da sintomatologia manifestada pelas DTM, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos. Porém essa interdisciplinaridade apesar de ser consenso entre diversos autores, não condiz com a realidade.

Na tabela 8 podemos ter a confirmação dos resultados da tabela 7, pois avalia os ganhos nos escores médios como porcentagem da média inicial, sendo observado valores negativos nos mesmo domínios citados acima.

6 CONCLUSÃO

O SF 36 mostrou ser um possível instrumento a ser aplicado na verificação da qualidade de vida em pacientes portadores de DTM.

Ao comparar os domínios de cada grupo no início e no final, pode-se observar que o grupo experimental apresentou uma melhora em todos os domínios, enquanto que o grupo controle apresentou melhora apenas no domínio da dor.

Através da análise dos dados obtidos pode-se concluir que o tratamento interdisciplinar apresenta melhores conseqüências nos domínios avaliados no questionário, conseqüentemente promovendo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes em estudo.

Devido ao fato da DTM ser de uma etiologia multifatorial, deve-se então procurar instituir terapias menos invasivas e mais conservadoras possíveis, como a fisioterapia.

A interdisciplinaridade no tratamento de doenças de etiologia multifatorial é consenso entre os autores, mas nem sempre condiz com a nossa realidade, e apesar dos resultados positivos observados na prática clínica, a atuação do fisioterapeuta nas Disfunções temporomandibulares ainda é carente de estudos.

REFERÊNCIAS

ARRELANO, J. Relações entre postura corporal e sistema estomatognático. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor orofacial**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 155-164, abr./jun. 2002.

ASH, M. M.; RAMFJORD, S. P.; SCHMIDSEDER, J. **Oclusão**. 2ª ed., São Paulo: Santos, 2001. p. 234-235.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**, São Paulo: Manole, 2005. p.1-32.

BELL, W. E., **Temporomandibular disorders: classification, diagnosis, management**. 3ª ed., Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc., 1990. cap. 2, p. 18-53.

BRANDÃO, L. **Qualidade de vida em artrite reumatóide: validação de uma versão do Arthritis Impact Measurement Scale 2 para a língua portuguesa**. 1995. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo, 1995.

BRASIL. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, p. 21 082, 16 out. 1996. Seção 1.

CARLSSON, C. R. et al. Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. **Pain**, v. 76, n. 3, p. 297-307, 1998.

CARLSSON, G. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. **J. Orofacial Pain**, v. 13, p. 232-237, 1999.

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. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 43, n. 2, p.9-13, 2003.

CICONELLI, R. M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil, SF-36). **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 39, n. 3, 1999.

CHIAOY, L.; JESUINO, F. Estudo das alterações posturais nos indivíduos com disfunção da articulação temporomandibular. **Reabilitar**, São Paulo, v. 5, n. 18, p. 37-39, jan/mar. 2003.

DONEGÁ, S. H. D. et al. Análise da sintomatologia em pacientes com disfunção intra-articulares da articulação temporomandibular. **Rev. Odontolo. Univ**, v. 11, p. 77-83, 1997.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Social Science & Medicine**, Leischester, v. 41, p. 1383-1394, 1995.

FAYERS, P. M. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley; 2000.

FELÍCIO, C.M. **Fonoaudiologia nas desordens temporomandibulares: uma ação educativa- terapêutica**. São Paulo, Pancast, 1994. p. 179.

FELÍCIO, C. M.; OLIVEIRA, J. A. A.; NUNES, L.; JERONYMO, L. F. G.; JERONYMO, R. R. F. – Alterações auditivas relacionadas ao zumbido nos distúrbios otológicos e da articulação têmporo-mandibular. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, v. 65, n. 2, p. 141-46, 1999.

FIGUN, M. E.; GARINO, R. R. **Anatomia odontológica funcional e aplicada**. São Paulo: Panamericana, 1989.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FRICTON, J. R; DUBNER, R. **Dor Orofacial e Desordens Temporomandibulares**. São Paulo: Santos, 2003. p. 465-497.

GONÇALES, D. A. G. **Estudo epidemiológico populacional da prevalência de desordem temporomandibular na cidade de Ribeirão Preto**. 2004. Dissertação (Mestrado – Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

GROSSI, D. B.; CHAVES, T. C. Physiotherapeutic treatment for temporomandibular disorders (TMD). **Braz. J. Oral. Sci.**, v. 3, n. 10, p. 492-497, July/sep, 2004.

GUEDES, F. P. A.; BONFARTE, G. Desordens temporomandibulares em crianças. **J. Bras. Clín. Odontológica Integrada**, v. 5, n. 27, p. 212-215, 2001.

HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system, I. An epidemiological investigation of symptoms in Laps in the north of Finland. **Proc. Finn. Dent. Soc.**, v. 70, p. 37-49, 1974.

HOLMES, S. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. **International J. Nurs. Stud.**, v. 42, n. 4, p. 493-501, 2005.

KIMURA, M. Tradução para o português e validação do “Quality of life Index” de Ferrans e Powers, 1999. 85f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LERESCHE, L. Epidemiologia da Dor Orofacial. In: LUND, J. P.; LAVIGNE, G. J.; DUBNER, R.; SESSLE, B. J. **Dor Orofacial** – Da ciência básica à conduta clínica. Quintessence. 2002, 286p.

LIMA, E. C. B.; LIMA, E. A. B.; REIS, A. C. Eficácia no tratamento de disfunção temporomandibular com integração interdisciplinar (caso clínico). **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.19, n. 3, p. 91-99, jul/set., 2006.

MACHADO, G. C.; FERREIRA, C. B.; SILVA, J. S. P. et al. Estudo epidemiológico e estatístico da prevalência da síndrome da dor e disfunção miofascial (SDDM) no serviço de cirurgia e traumatologia buço-maxilo-facial do instituto de ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, **Acta Ort Bras**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 15-20, 2000.

MACIEL, R. N. **Oclusão e ATM**. 1 ed. São Paulo: Santos, 1996.

MANFREDI, A. P.; SILVA, A. A.; VENDITO, L. L. Distúrbios da ATM. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, São Paulo, Nov, 2001.

MARCHI, R.; SILVA, M. A. D. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller; 1997.

MARQUES, A. R.; GIACOMINI, G. C.; ROSA, L. H. T. Intervenção fisioterapêutica em indivíduos portadores de disfunção da articulação temporomandibular. **Praxisterapia – Rev. Fisioterapia Univ. Cruz Alta**, v. 2, n. 2, p. 30-4, dez., 2000.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, dez., 1996.

MARTINS, R. M. B. F. et al. A Resposta da TENS no controle da dor miofascial dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular. **Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 4, p. 293-7, jul./ago. 2004.

MATTA, M. A. P.; HONORATO, D. C. Uma abordagem fisioterapêutica nas desordens temporomandibulares: estudo retrospectivo. **Rev. Fisioterapia Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 77-83, jul./dez. 2003.

MCNEILL, C. **Ciência e prática da oclusão**. 1ª ed., São Paulo: Quintessence, 2000a. cap. 2, p.23-37.

_____. **Ciência e prática da oclusão**. 1ª ed., São Paulo: Quintessence, 2000b. cap. 3, p. 41-48.

_____. **Ciência e prática da oclusão**. 1ª ed., São Paulo: Quintessence, 2000c. cap. 7, p. 95-107.

MONGINI, F. **ATM e músculos craniocervicofaciais – Fisiopatologia e Tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1998a. cap. 4, p.29-42.

_____. **ATM e músculos craniocervicofaciais – Fisiopatologia e Tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1998b. cap. 6, p. 59-75.

_____. **ATM e músculos craniocervicofaciais – Fisiopatologia e Tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1998c. cap. 7, p. 81-88.

_____. **ATM e músculos craniocervicofaciais – Fisiopatologia e Tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1998d. cap. 14, p. 179-184.

MYNAIO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-19, 2000.

NORDENFELT, L. (editor) **Concepts and measurement of quality of life in health care**. Boston: Kluwer Academic; 1994. Introduction; p. 1-15.

OKESON, J. P. **Dor Orofacial** – Guia para Avaliação, Diagnóstico e Tratamento. Academia Americana de Dor Orofacial. Tradução de Kátia Dmytrazenco Franco. Quintessence Editora Ltda, 1999, 287p.

_____. **Dores bucofaciais de Bell – Tratamento clínico da dor bucofacial**. 6ª ed., São Paulo: Quintessence, 2006. cap. 13, p. 329.

_____. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000a. cap.1, p.3-21.

_____. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000b. cap. 4., p.73-85.

_____. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000c. cap. 7, p.119-135.

_____. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000d. cap. 8, p. 141-173.

OLIVEIRA, A. S. et al. Avaliação multidimensional da dor em portadores de desordem temporomandibular utilizando uma versão brasileira do Questionário McGill de dor. **Rev. Bras. Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 151-8, 2003.

OLIVEIRA, M. G. **Manual de anatomia da cabeça e do pescoço para estudantes de odontologia**. 2ª ed., Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

OLIVEIRA, W. **Disfunções temporomandibulares**. São Paulo: Artes Médicas, 2002a. cap. 1, p. 1-9.

_____ **Disfunções temporomandibulares.** São Paulo: Artes Médicas, 2002b. cap. 2, p.11-27.

_____ **Disfunções temporomandibulares.** São Paulo: Artes Médicas, 2002c. cap. 3, p. 29-51.

ORLEY, J.; SAXENA, S.; HERMAN, H. Quality of life and mental illness. **Br J Psychiatry**, v. 172, p. 291-3, 1998.

PIOZZI, R; LOPES, F. C. Desordens temporomandibulares: aspectos clínicos e guia para a Odontologia e Fisioterapia. **JBA**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 43-47, jan./mar, 2002.

PROVENZA, et al. Avaliação da qualidade de vida através do SF-36. **Rev. Bras. Reumatologia**, v. 39, n. 6, p.443-449, nov/dez, 1999.

RITZEL, C. H.; DIEFENTHAELER, F.; RODRIGUES, A. M.; GUIMARÃES, A. C. S.; VAZ, M. A. Temporomandibular joint dysfunction and trapezius muscle fatigability. **Rev. Bras. Fisioter**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 333-339, set/out, 2007.

ROCABADO, M. S. **Cabeza y cuello - Tratamiento articular.** Buenos Aires: Inter-Médica, 1979.p.42-45.

ROCABADO, M. S.;JOHNSTON, B. E.; BLAKNEY, M. G. Physical therapy and dennstry: an overview. **J. Craniomandib Pract**, v. 1, p. 46-49, 1983.

ROCABADO, M. S. **Exercícios para tratamentos das desordens craniomandibulares e vertebrais.** São Paulo: Clássica, 1998.

SANTOS, J. R. **Oclusão. Princípios e conceitos.** 2ª ed., São Paulo: Santos editora, 1987a. cap. 1, p. 2-29.

_____ **Oclusão. Princípios e conceitos.** 2ª ed., São Paulo: Santos editora, 1987b. cap. 2, p. 22-38.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de Vida do Idoso na comunidade : aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 6, p 757-64, 2002.

SEIDL, E. M.; ZANNON, F.; COSTA, C. M. L. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Mar./Apr, 2004.

SERAFIM, F.; TEODOROSKI, R. C. C. Laser arseneto de gálio (Ga-As) no tratamento das algias provocadas pela disfunção temporomandibular: estudo piloto. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, n. 1, p. 32-38, jan/fev. 2003.

SERRA, O.D.; FERREIRA, F.V. **Anatomia dental**. 3ª ed., Porto Alegre: Artes médicas, 1981. p. 303-18.

SIEGEL, S. & CASTELLAN JR, N. J. C. **Estatística não paramétrica ciência do comportamento**. 2ª ed., Porto Alegre: Arfmed, 2006.

SOUSA, L. E. et al. A. Relação entre o estresse e as disfunções da ATM nos alunos e professores da Universidade Católica de Petrópolis. **Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 5, p. 363-368, set/ out. 2004.

STEENKS, M. H.; WIJER, A. **Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia- Diagnóstico e tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1996a. cap.1, p. 11-32.

_____ **Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia- Diagnóstico e tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1996b. cap. 2, p. 35-43.

_____ **Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia- Diagnóstico e tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1996c. cap. 5, p. 93-107.

_____ **Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da fisioterapia e da odontologia- Diagnóstico e tratamento**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1996d. cap. 8, p. 143-156.

TEDESCHI-MARZOLA, F.; PASQUAL-MARQUES, A.; MARZOLA, C. Contribuição da Fisioterapia para a Odontologia nas disfunções da articulação temporomandibular. **Rev. Odonto e Ciência – Fac. Odonto – PUCRS**, v. 17, n. 36, p. 119-34, abr./jun. 2002.

TROIAN, M. A. Tratamento interdisciplinar entre fisioterapia e odontologia na redução da dor em pacientes com disfunção do sistema craniocervicomandibular. **Reabilitar**, São Paulo, v. 26, n. 7, p. 29-38, 2005.

TROTT, P. H.; GROSS, A. N. Physiotherapist in diagnosis and treatment of the myofascial pain dysfunction syndrome. **Int J Oral Surg.**, v. 7, p. 360-365, 1978.

VOLLARO, S. et al. Epidemiologic study of patients with craniomandibular disorders. Report of data and clinical findings. **Minerva Stomatol**, Torino, v. 50, n. 12, p. 9-14, jan/fev. 2001.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v.30, p. 473-483, 1992.

WARE Jr., J. E. **SF-36 health survey: manual & interpretation guide**. Quality metric incorporated. Lincoln Rhode Island, 1993. p. 293.

WHOQOL Group. **The world Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Soc Sci Med, v. 41, n. 10, p. 1403 -1409. 1995.

WIJER, A. **Distúrbios temporomandibulares e da região cervical**. 1ª ed., São Paulo: Santos editora, 1998. cap.1, p. 12-23.

ZARB, G. A.; CARLSSON, G. E.; SESSLE, B. J.; MOHL, N. D. **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. 2ª ed., São Paulo: Santos editora, 2000a. cap. 2, p. 48-65.

_____. **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. 2ª ed., São Paulo: Santos editora, 2000b. cap. 6, p.159-168.

_____. **Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação**. 2ª ed., São Paulo: Santos editora, 2000c. cap. 7, p. 171-185.

ANEXOS

ANEXO A

Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Avenida do Café, s/nº - Telefone: (016) 3602-3963
14040-904 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fax: (016) 3633-0999

OF.CEP/417/FORP

Ribeirão Preto, 20 de dezembro de 2007.

Prezado (a) Pesquisador (a),

Ref.: Processo nº 2007.1.1266.58.4
Caae n. 0061.0.138.138-07

De ordem da Senhora Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa desta Faculdade, informamos que o referido Comitê, em sua 84ª Sessão, realizada no dia 20 de dezembro de 2007, **aprovou** o Projeto de Pesquisa envolvendo seres humanos intitulado: **"A influência da fisioterapia na promoção da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular"**, a ser desenvolvido por Vossa Senhoria na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, devendo o atestado para publicação final ser expedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, após a entrega e aprovação do Relatório Final pelo referido Comitê.

Na oportunidade, esclarecemos que o **Relatório Parcial** deverá ser encaminhado à Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa até o dia **30 de dezembro de 2008**, e o **Relatório Final** até o dia **30 de dezembro de 2009**, acompanhados do Formulário que se encontra no *site* da FORP/USP (*link*: Colegiados e Comissões - Comitê de Ética em Pesquisa - Formulários do Pesquisador para entrega dos Relatórios Parcial ou Final).

Atenciosamente,

Glaucete Della Rosa

Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilma. Sra.
P.G. MAÍRA DE OLIVEIRA VIANA
Pós-Graduanda do Departamento de Medicina Social - FMRP/USP

GDR/bgcp

Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa - Glaucete Della Rosa - e-mail: glaucete@forp.usp.br

ANEXO B

Autorização da infra-estrutura necessária para realização da pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

AUTORIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA
PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Declaramos, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada "A influência da fisioterapia na promoção da qualidade de vida em paciente com disfunção temporomandibular", sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Maíra de Oliveira Viana, Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos que a área de Oclusão (Clínica de oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial em pacientes com necessidades especiais) conta com a infra-estrutura necessária para a realização da referida pesquisa, bem como para atender eventuais problemas dela resultantes, atendendo plenamente a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como as normas complementares ao mesmo.

Declaramos, ainda, que o(s) referido(s) pesquisador(es) está(ão) autorizado(s) a utilizar a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa.

Ribeirão Preto, 24 de Outubro de 2007.

Prof. Dr. César Baragljón

Prof. Responsável pelo serviço de oclusão e ATM da FORP - USP

ANEXO C

Autorização da infra-estrutura necessária para realização da pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

AUTORIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA
PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Declaramos, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada "A influência da fisioterapia na promoção da qualidade de vida em paciente com disfunção temporomandibular", sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Maíra de Oliveira Viana e Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos que a área de Oclusão (Clínica de oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial em pacientes com necessidades especiais) conta com a infra-estrutura necessária para a realização da referida pesquisa, bem como para atender eventuais problemas dela resultantes, atendendo plenamente a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como as normas complementares ao mesmo.

Declaramos, ainda, que o(s) referido(s) pesquisador(es) está(ão) autorizado(s) a utilizar a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa.

Ribeirão Preto, 11 de Novembro de 2007.

Prof. Dr. Ricardo Faria Ribeiro
Supervisor de Clínicas

ANEXO D

Autorização da infra-estrutura necessária para realização da pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

AUTORIZAÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA
PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Declaramos, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada "A influência da fisioterapia na promoção da qualidade de vida em paciente com disfunção temporomandibular", sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Maíra de Oliveira Viana e Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos que a área de Oclusão (Clínica de oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial em pacientes com necessidades especiais) conta com a infra-estrutura necessária para a realização da referida pesquisa, bem como para atender eventuais problemas dela resultantes, atendendo plenamente a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como as normas complementares ao mesmo.

Declaramos, ainda, que o(s) referido(s) pesquisador(es) está(ão) autorizado(s) a utilizar a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa.

Ribeirão Preto, 11 de Novembro de 2007.

Prof. Dr. Rogério Gariba Silva

Chefe do Departamento de Odontologia Restauradora

ANEXO E

Questionário (SF-36)

Nome: _____
 Idade: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: _____
 Estado Civil: _____ Profissão : _____
 Endereço: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ Fone: _____
 Data do questionário: _____

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, 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 seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui 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 de trabalho ou a 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 seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui 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 realizou ou 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, amigos ou em grupo?

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

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

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

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

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

10- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo	1	2	3	4	5

a) Eu costumo obedecer 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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer 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

APÉNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Maíra de Oliveira Viana, pesquisadora, o convido a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de indivíduos que são portadores de Disfunção temporomandibular e fazem tratamento fisioterápico e comparar suas atividades com aqueles que não fazem uso desse tipo de tratamento. Para isso serão feitas algumas perguntas relacionadas as suas atividades diárias assim como a dificuldade ou não de realizá-las através da utilização de um questionário validado sobre qualidade de vida.

Eu,

____, RG _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar da pesquisa “A Influência da Fisioterapia na promoção da qualidade de vida em pacientes com Disfunção Temporomandibular”, cujo objetivo é analisar as principais limitações em indivíduos portadores de disfunção temporomandibular que não fazem tratamento fisioterápico, e compará-las com pacientes que fazem uso desse tratamento sob a responsabilidade da pesquisadora Maíra de Oliveira Viana

A pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário, onde não irei omitir nenhuma informação necessária para a validação da pesquisa.

Ressalto que estou ciente de que terei garantido os direitos abaixo mencionados, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

1. Receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter da minha participação.
2. Não receber qualquer gratificação ou bônus em participar da pesquisa.
3. Retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie.
4. Receber garantias de que não vai haver divulgação do meu nome ou de qualquer informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato.

5. Todas as informações obtidas serão guardadas de forma sigilosa de acordo com os princípios éticos que norteiam a preservação do paciente no caso da publicação do trabalho.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa por livre e espontânea vontade. Recebi as seguintes informações, junto a uma cópia desse Termo de Consentimento

Ribeirão Preto, __/__/____

Assinatura do informante

Assinatura pesquisador(a)

Maíra de Oliveira Viana

**End: Rua Arnaldo Victaliano, 1450 apt 72, Ribeirão Preto, Cep:
14.091.220**

Tel: (16) 92282396 – maira.ov@gmail.com