

Artigo original

Avaliação da qualidade de vida e dos sintomas de stress em mulheres menopausadas com disfunção da articulação temporomandibular

Quality of life and stress symptoms evaluation in post menopausal women with temporomandibular joint disorders

Cláudia Maria Peres*, Renata Cristina DiGrazia*, Maria Elenice Quelho Areias*, Marco Antonio Alves de Moraes*, José Roberto Pretel Pereira**, Vera Aparecida Madruga***

.....
*Cecom/Unicamp, **Docente Depto. Clínica Médica/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ***Docente Depto. de Estudos da Atividade Física Adaptada/Faculdade de Educação Física/Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

Resumo

A literatura tem relatado que mulheres com sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) podem apresentar depressão, ansiedade e stress pela constância da sintomatologia de desconforto e dor. O objetivo geral foi: avaliar a qualidade de vida (QV) e os sintomas de stress em mulheres menopausadas com DTM que freqüentavam o serviço do Centro de Saúde da Comunidade (CECOM)/ Coordenadoria de Serviços Sociais (CSS) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e os objetivos específicos foram: verificar se apresentavam ou não stress, qual a fase de stress, quais os sintomas de stress e como e quanto a QV delas foi alterada. Seleccionamos 30 mulheres voluntárias da UNICAMP, com idades entre 38 e 65 anos, diagnosticadas como portadoras da sintomatologia de DTM e com menopausa clinicamente comprovada. Foram avaliadas através de uma ficha de anamnese, do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (QQV SF-36) e do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Os resultados mostraram que as mulheres apresentaram dor crônica, sendo 73% das dores nos músculos masseter e escaleno, 63% dor nas Articulações Temporomandibulares (ATMs), 56% nas ATMs e nos músculos pterigóideo lateral e pterigóideo medial, 50% no ângulo da mandíbula e 46% no músculo rombóide. Quanto à QV os piores escores foram relacionados com aspectos físicos, dor e vitalidade. A fase de stress com maior escore, 46,67%, foi a fase de resistência e os sintomas de stress com maior porcentagem foram os psicológicos com 43,33%.

Palavras-chaves: menopausa, stress, disfunção da articulação temporomandibular, dor, qualidade de vida.

Abstract

The literature has reported that women with symptoms of temporomandibular joint disorders (TMJ) may have depression, anxiety and stress due to constancy of symptoms of discomfort and pain. The aim of this study was to evaluate quality of life and stress symptoms in post menopausal women with TMJ who attended the Community Health Center/Social Service Coordination of State University of Campinas (UNICAMP) and the main objectives are: to verify if they were under stress or not, in which stage, which were the symptoms and how their quality of life has changed. 30 voluntary women of UNICAMP, 38 to 65 years old, diagnosed with TMJ and menopause clinically supported, were selected. They were evaluated through an anamnesis form, a Quality of Life Questionnaire SF-36 (QLQ SF-36) and the Lipp Stress Symptoms Inventory (LSSI). The results showed that women had chronic pain, 73% masseter and scalenus muscle pain, 63% temporomandibular joints (TMJ) pain, 56% in TMJ and the lateral and medial pterygoid muscles, 50% mandibular angle and 46% rhomboid muscle. Regarding quality of life the worst scores were related to physical aspects, pain and vitality. The stress stage with higher score, 46.67%, was the resistance phase and the stress symptoms with higher percentage were the psychological with 43.33%.

Key-words: menopause, stress, temporomandibular joint disorders, pain, quality of life.

Recebido 21 de novembro de 2007; aceito em 27 de março de 2008.

Endereço para correspondência: Cláudia Maria Peres, Rua dos Bandeirantes, 35/73 Cambuí 13024-010 Campinas SP, Tel: (19) 8199-8955, E-mail: cm_peres@hotmail.com

Introdução

A literatura tem relatado que o aumento da expectativa de vida no Brasil tem ocorrido devido à redução da mortalidade na população idosa, que se aproxima àquela dos países desenvolvidos. A mortalidade infantil, apesar de ainda muito alta, influencia na expectativa de vida e aqueles que sobrevivem às más condições de vida na infância têm uma esperança de sobrevivência mais elevada nos anos que se seguem [1]. Estudos mostram que é irreversível o envelhecimento da população brasileira, devido às sucessivas quedas das taxas de fecundidade e à diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas. Segundo dados do IBGE [2], em 2020, os idosos chegarão a 25 milhões de pessoas representando 11,4% da população – 15 milhões de mulheres – em uma população de 219,1 milhões.

A transição demográfica trouxe alterações nos padrões de saúde em todas as sociedades e com essas transformações mostrou a importância de medir o impacto que as doenças crônicas têm nos indivíduos.

A ocorrência de doenças é um fenômeno que suscita grande interesse e necessidade na identificação de seus fatores ou mecanismos causais [3]. A saúde e a doença estão intimamente relacionadas com as condições em que as pessoas vivem e produzem no interior da sociedade. Isto significa que os indivíduos relacionam-se entre si e com a natureza de modos particulares, de acordo com circunstâncias históricas determinadas [4].

A temática da menopausa, stress, dor e as DTMs, abordada em nossa pesquisa vem ao encontro de diversos relatos na literatura e devido ao envelhecimento, especialmente das mulheres, as doenças de evolução crônica serão frequentes, dentre as quais as doenças ósteo-musculares e articulares.

Considerando que a DTM é uma doença comum e que é responsável pelo sofrimento das mulheres, o stress e a QV tornam-se elementos de grande importância para ser estudado.

Os estudos encontrados sobre DTM relatam maior incidência em mulheres jovens (dos 20 aos 40 anos). Devido à grande procura para tratamento, no ambulatório de Fisioterapia, de mulheres com idade acima de 40 anos, despertou-nos interesse em estudar a população com menopausa e DTM.

Em relação às DTMs, as mulheres são as mais acometidas, principalmente em idades acima dos 35 anos, devido às alterações hormonais importantes que se iniciam nesta fase e perduram até a pós menopausa.

Objetivos

Objetivo geral: Analisar a QV e os sintomas de stress em mulheres menopausadas com DTM.

Objetivos específicos: 1) identificar que domínio da QV está alterado nas mulheres menopausadas com DTM; 2) identificar se as mulheres menopausadas diagnosticadas com DTM estão ou não com stress; 3) identificar em qual fase do stress elas se encontram e quais sintomas de stress apresentam.

Material e métodos

As voluntárias participantes deste estudo foram informadas sobre as avaliações pelas quais seriam submetidas e conscientizadas sobre a proposta do mesmo. Foram orientadas para que lessem o termo de consentimento livre e esclarecido, e estando de acordo com as regras propostas pelo mesmo, assinassem o mesmo, autorizando a utilização e a publicação dos dados coletados.

Foram selecionadas 30 voluntárias, com idade entre 38 e 65 anos, que já estavam na menopausa clinicamente comprovada (natural e/ou cirúrgica) e que apresentavam DTM. As voluntárias eram funcionárias, alunas e docentes das diversas unidades da UNICAMP e foram atendidas pelo sistema de saúde CECOM/CSS/UNICAMP, sendo: 24 vindas do setor de odontologia e 06 do setor do Ambulatório de Assistência à Mulher (AAM).

Foram contatadas para a entrevista 286 mulheres (178 advindas do setor de Odontologia CECOM/UNICAMP e 108 do AAM CECOM/UNICAMP). Os critérios de exclusão foram: não estarem na menopausa (caracterizada por 12 meses sem menstruações) e não possuírem a DTM. Dessa forma, foram excluídas 256 mulheres.

Questionários aplicados

Após as voluntárias terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, no qual concordavam em participar da pesquisa, elas foram agendadas para realizarem a coleta de dados que foram obtidos através do preenchimento da ficha de anamnese, dos questionários de QQV SF-36 e do inventário ISSL. Foi realizada uma explanação de como preencher os instrumentos e, a aplicação dos questionários foi feita de forma individual, sem a interferência da pesquisadora.

A ficha de anamnese foi subdividida em 4 partes, sendo:

- 1) dados pessoais das voluntárias;
- 2) questionário com 23 questões sobre DTM;
- 3) descrição da queixa principal, tratamentos anteriores e história médica;
- 4) avaliação da ATM.

O QQV SF-36, na sua forma abreviada, com 36 itens é um instrumento considerado genérico, pois procura avaliar conceitos que representam valores humanos básicos e não se relacionam necessariamente com a idade, doença ou tratamento específico. É um questionário que avalia a qualidade de vida sob 8 diferentes aspectos [5]:

- capacidade funcional (10 itens);
- aspectos físicos (4 itens);
- dor (2 itens);
- estado geral de saúde (5 itens);
- vitalidade (4 itens);
- aspectos sociais (2 itens);
- aspectos emocionais (3 itens);

- saúde mental (5 itens); e
- uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de 1 ano atrás.

Escores mais elevados representam melhor qualidade de vida, enquanto escores mais baixos representam maior limitação funcional, dor, alterações em atividades decorrentes de problemas físicos e/ou emocionais, menor vitalidade, entre outros que resultam em pior qualidade de vida.

Também utilizamos o ISSL, que é um instrumento utilizado no diagnóstico de sintomas de stress, auxiliando também na identificação de suas fases, o que possibilita a compreensão da magnitude e evolução dos sintomas na área física ou psicológica [6]. Foi validado, em 1994, e tem sido utilizado em dezenas de pesquisas e trabalhos clínicos na área do stress [7].

Atualmente aproximadamente 50% dos indivíduos doentes sofrem de problemas relacionados ao stress [8].

O ISSL é composto de 52 questões e apresenta três quadros que contêm sintomas físicos e psicológicos de cada fase do stress:

- Quadro 1: com sintomas relativos à 1ª fase do stress. Contém 15 questões: 12 referentes aos sintomas físicos e 3 referentes aos sintomas psicológicos;
- Quadro 2: com sintomas da 2ª e 3ª fases do stress. Contém 15 questões: 10 referentes aos sintomas físicos e 5 sobre os sintomas psicológicos;
- Quadro 3: com sintomas da 4ª fase do stress. Contém 23 questões: 12 sobre sintomas físicos e 11 sobre sintomas psicológicos.

Após procedimento de tabulação dos dados realizamos as análises descritivas para verificarmos a tendência de distribuição das variáveis estudadas.

A análise dos dados coletados no Questionário de Qualidade de Vida SF-36, foi utilizado o Software EpiInfo 6^o [9].

Para a análise dos dados coletados no ISSL, realizamos a soma dos resultados brutos para verificar a porcentagem correspondente nas tabelas de correção das fases e dos sintomas de stress.

Resultados

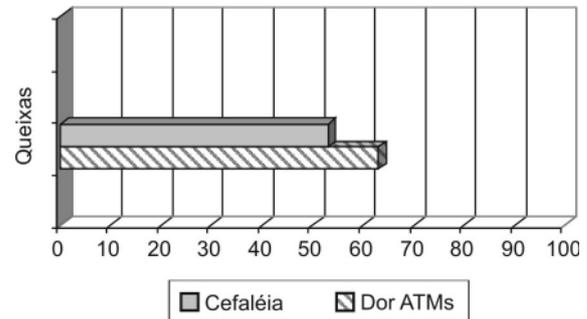
A coleta de dados foi realizada de 26 de abril a 4 de julho de 2007. Nos dados pessoais tivemos 93,33% de funcionárias, 6,66% de alunas e 0% de docentes.

As questões relativas à sintomatologia de DTM nos mostraram que: 1 voluntária apresentava dor há 30 anos, 1 há 25 anos, 6 há 10 anos, 2 há 8 anos, 3 há 5 anos, 3 há 2 anos, 9 apresentavam dor há 1 ano, 1 há 6 meses, 3 há 1 mês, 1 não se recordava do tempo de dor. A população estudada apresentou dor crônica.

Na análise dos dados que constavam na ficha de anamnese, a maior queixa apresentada foi dor nas ATMs 63%. Em

segundo lugar foi a reclamação de sintomas de cefaléia 53%, como podemos visualizar no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentual das duas maiores queixas descritas na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes da pesquisa.



Verificamos que 18 voluntárias (60%) faziam o uso de placa plana de alívio, com prescrição realizada pelos cirurgiões dentistas, como tratamento para o alívio das queixas.

Nas mulheres avaliadas as queixas não foram isoladas, isto é, verificou-se mais de uma referência de ponto ou região de dor, desconforto e limitação como: músculo trapézio, fundo de olho, dor nos ouvidos, crepitação nas ATMs, zumbido nos ouvidos, enxaqueca, dor na região da nuca e pescoço (frontal), músculo temporal, travamento da boca na posição aberta e diminuição na amplitude de movimento de abertura de boca.

Verificamos que nas questões que constam a segunda parte da ficha de anamnese as voluntárias relataram dor nas ATMs 73,33%, músculos temporais 50%, cefaléia e dor no ouvido 43,33%, região frontal da cabeça 36,66%, músculos trapézios 6,66%, nuca 26,66% e pescoço 3,33%. Em relação ao aperto e ao ranger dos dentes as mulheres descreveram respectivamente 73,33% e 66,66%.

Em relação à queixa principal verificamos dor nas ATMs 63%, cefaléia 53%, músculos trapézios 20%, fundo de olho 16,66%, crepitação nas ATMs 13,33%, dor no ouvido 13,33%, zumbido no ouvido 10%, enxaqueca 3,33%, dor na região da nuca 3,33%, músculos temporais 3,33%, travamento em boca aberta 3,33% e diminuição na abertura da boca 3,33%.

Segundo Lobo [10], mudança hormonal na menopausa ocasionará alterações nos sistemas ósteo-muscular e nervoso, além de alterações psíquicas. Vieira [11] constatou que vários sintomas como: aperto na mandíbula, cefaléia e tensão muscular e dor são devido ao stress. Segundo Rugh & Ohrbach, [12], 90% das cefaléias são devido à contração muscular ou dor nos músculos masseter ou temporal.

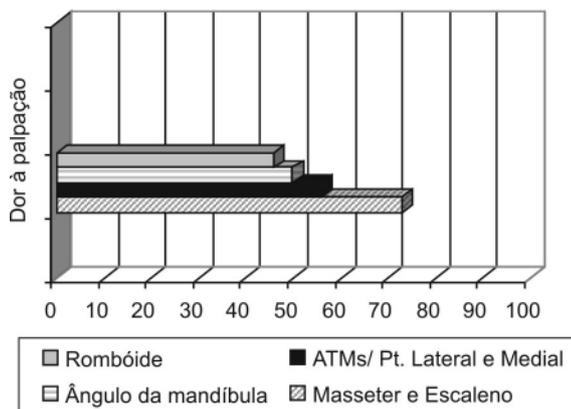
Nas cefaléias tensionais o stress provoca excesso de contração muscular cervical [13].

O Gráfico 2 mostra os dados referentes ao exame de palpação, no qual constatou-se que: 73% das mulheres apresentaram dores nos músculos masseter e escaleno, 56% nas ATMs sem considerar unilateralidade ou bilateralidade e nos

músculos pterigóideo lateral e pterigóideo medial, 50% no ângulo da mandíbula e 46% no músculo rombóide.

Ao exame de palpação dos músculos e das estruturas examinadas, a proporção na lateralidade não ocorreu diferença significativa entre o lado direito e o esquerdo.

Gráfico 2 - Percentual de sintomas de dor à palpação de grande implicação em músculos e estruturas avaliados na ficha de anamnese pelas voluntárias participantes de nossa pesquisa.



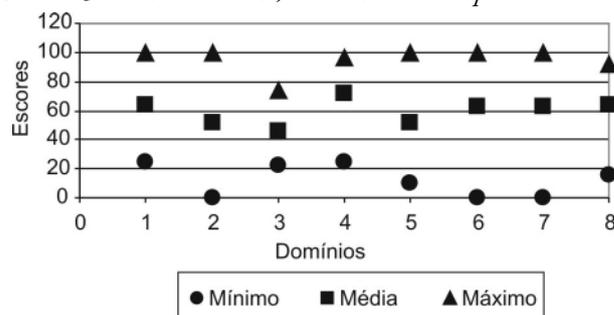
Análise do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

A análise realizada nas questões constantes no questionário SF-36, que avalia a qualidade de vida sob os 8 diferentes aspectos, mostrou que a pontuação obtida através do cálculo do escore, que os valores mais elevados representavam melhor qualidade de vida, enquanto os escores mais baixos mostraram maior limitação funcional, dor, alterações em atividades decorrentes de problemas físicos e/ou emocionais, menor vitalidade, que resultavam em pior qualidade de vida.

Os resultados da análise realizada, através do questionário SF-36, são visualizados na Tabela I e Gráfico 3, onde se verifica o número de voluntárias com os menores e maiores escores e os valores de média e mediana por domínio. Quanto aos domínios: aspectos físicos, dor e vitalidade os dados mostraram valores de escore médio abaixo de 52. Já em relação à capacidade funcional, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental os dados mostraram valores médios abaixo

de 65. No domínio estado geral de saúde, os dados coletados mostraram valores ficando acima de 70. Podemos visualizar no gráfico 3, no eixo X, a numeração de 1 a 8 que é relativa aos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

Gráfico 3 - Escores mínimos, máximos e médias por domínio.



Em relação à Capacidade Funcional que é a medida da limitação provocada pela saúde em todas as atividades físicas, desde as mais vigorosas até as mais simples tais como tomar banho ou vestir-se, podemos visualizar, no gráfico 3, que o escore médio desta variável foi 64,33%.

Os Aspectos Físicos que é a medida dos problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física, podemos visualizar que o escore médio desta variável foi de 51,67%.

A Dor que é a medida da dor grave e limitante ou ausência de dor e/ou limitações dela decorrentes, visualizamos que o escore médio desta variável foi de 45,8%.

Em relação ao Estado Geral de Saúde que é a medida da saúde pessoal e a perspectiva do indivíduo em relação à sua saúde, o escore médio desta variável foi de 71,23%.

Em relação à Vitalidade que é a medida do cansaço e do nível de energia, o escore médio desta variável foi 52%.

Os Aspectos Sociais que é a medida da interferência nas atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais, o escore médio desta variável foi de 63,33%.

Os Aspectos Emocionais que é a medida dos problemas com o trabalho e outras atividades diárias devido a fatores emocionais, o escore médio desta variável foi de 63,33%.

Tabela I - Estatísticas descritivas dos escores padronizados dos participantes do estudo, por domínio do SF-36.

Domínio	Mínimo	Número de voluntárias	Mediana	Média	Máximo	Número de voluntárias
Capacidade Funcional (1)	25%	1	62,5%	64,33%	100%	3
Aspectos Físicos (2)	0%	10	50%	51,67%	100%	10
Dor (3)	22%	5	41%	45,8%	74%	3
Estado Geral de Saúde (4)	25%	1	72%	71,23%	97%	1
Vitalidade (5)	10%	1	50%	52%	100%	1
Aspectos Sociais (6)	0%	1	62,5%	63,33%	100%	5
Aspectos Emocionais (7)	0%	6	83,35%	63,33%	100%	15
Saúde Mental (8)	16%	1	68%	64%	92%	1

Em relação à Saúde Mental que é a medida da presença, permanência ou ausência de sentimentos de nervosismo, depressão, paz e felicidade na maior parte do tempo, observou-se que o escore médio desta variável foi de 64%.

Dessa forma, verificamos que os domínios com piores resultados foram os domínios aspectos físicos, dor e vitalidade e o domínio com melhor escore foi estado geral de saúde.

Pesquisa realizada por James *et al.* [14] constatou que a dor é um enorme problema para a pessoa e para a sociedade, comprometendo as atividades habituais e limitando as atividades recreacionais, relações sociais e de família. Os autores relatam que devido à dor, 60% dos indivíduos tornam-se total ou parcialmente incapacitados, transitória ou permanentemente.

O estado final provocador da doença é o resultado da interação de uma multiplicidade de fatores determinantes: econômicos, culturais, sócio-políticos, psicossociais, ecológicos, biológicos, físicos e químicos [15].

Ciconelli *et al.* [16] relataram em seu estudo, no qual avaliou a QV em pacientes com artrite reumatóide, que através do QV SF-36, seis domínios apresentaram escore médio abaixo de 70, supondo baixa QV desses pacientes comparados à população normal.

Como os componentes físicos envolvem os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde, e englobando os componentes mentais estão os domínios saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade [5], verificamos que em nossa pesquisa a menopausa, DTM e stress trazem pior QV nas questões que mostram os problemas na saúde dificultando e limitando a execução das atividades diárias e do trabalho; dor interferindo nas atividades em casa e no trabalho e sensação de vitalidade baixa (cansaço, esgotamento, pouco vigor e energia).

Análise do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL)

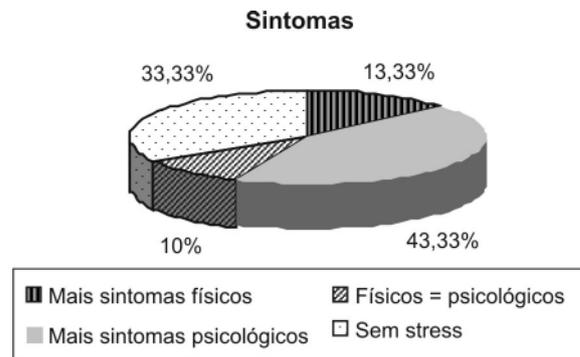
No Gráfico 4, podemos visualizar os percentuais obtidos com a aplicação do ISSL onde 33,33% das voluntárias, ou seja, 10 mulheres apesar de apresentarem sintomas de stress na pontuação, não se encaixaram dentro do fator stress. Já entre as 20 mulheres restantes, 03 delas (10%) estão na fase de alerta, 14 mulheres (46,67%) estão na fase de resistência, 03 (10%) na fase de quase-exaustão e 0% na fase de exaustão.

Em relação aos sintomas: 13,33% das voluntárias apresentavam mais sintomas físicos do que psicológicos. Já em 43,33% das mulheres, os dados coletados mostraram que elas apresentavam mais sintomas psicológicos do que físicos. Quanto aos dados coletados dos sintomas físicos na medida semelhante dos sintomas psicológicos, 10% das mulheres ficaram no escore “medidas semelhantes” e 33,33% sem stress (Gráfico 5).

Gráfico 4 - Fases do stress: percentual das voluntárias que responderam ao ISSL.



Gráfico 5 - Percentual das voluntárias que apresentavam sintomas de stress, segundo dados coletados no ISSL.



O Gráfico 6 nos mostra as maiores freqüências de sintomas encontradas na Fase de Alerta entre as mulheres pesquisadas que foram:

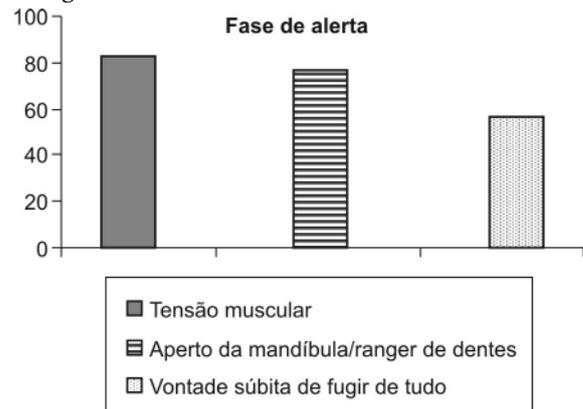
Sintomas físicos

- 1) Tensão muscular – 83,33%
- 2) Aperto da mandíbula/ ranger de dentes – 76,66%

Sintomas psicológicos

- Vontade súbita de iniciar novos projetos – 56,66%

Gráfico 6 - Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Alerta.



O Gráfico 7 nos mostra as maiores freqüências de sintomas encontradas na Fase de Resistência entre as mulheres pesquisadas que foram:

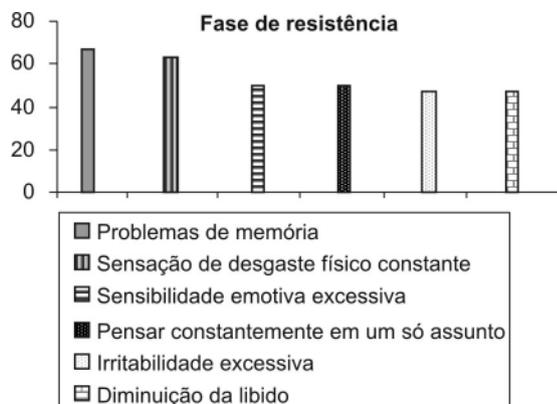
Sintomas físicos

- 1) Problemas com a memória – 66,66%
- 2) Sensação de desgaste físico constante – 63,33%

Sintomas psicológicos

- 1) Sensibilidade emotiva excessiva – 50%
- 2) Pensar constantemente em um só assunto – 50%
- 3) Irritabilidade excessiva – 46,66%
- 4) Diminuição da libido – 46,66%

Gráfico 7 - Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Resistência.



As maiores freqüências de sintomas encontradas na Fase de Quase Exaustão entre as mulheres pesquisadas foram (Gráfico 8):

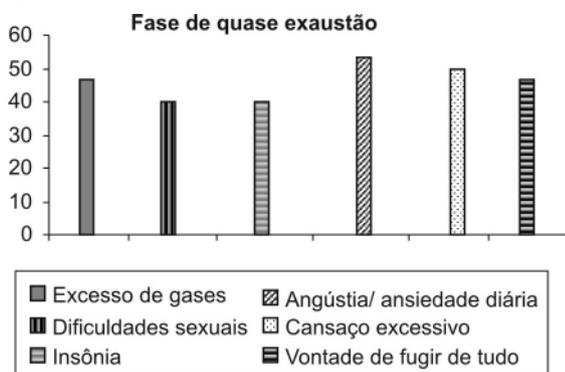
Sintomas físicos

- 1) Excesso de gases – 46,66%
- 2) Dificuldades sexuais – 40%
- 3) Insônia – 40%

Sintomas psicológicos

- 1) Angústia/ ansiedade diária – 53,33%
- 2) Cansaço excessivo – 50%
- 3) Vontade de fugir de tudo – 46,66%

Gráfico 8 - Percentual dos sintomas de stress das voluntárias estudadas, segundo dados coletados no ISSL na Fase de Quase Exaustão.

**Discussão**

Lipp & Guevara [17] em suas pesquisas relataram possíveis reações frente ao stress. As reações físicas: tensão muscular, aperto da mandíbula, ranger de dentes e as reações psicológicas: ansiedade, tensão, angústia, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, pensar constantemente em um só assunto, dificuldade de relaxar, irritabilidade e hipersensibilidade emotiva.

Segundo Sapolsky [18,19], em termos neurofisiológicos, a resposta ao stress é considerada como resposta emocional, e o efeito da cronicidade do stress é a perda da capacidade de memória.

Camelo & Angerami [20] verificaram em sua pesquisa que dos 37 voluntários estudados, 83% dos trabalhadores estressados possuíam predominância de sintomas físicos e/ou psicológicos da fase de resistência, e 17%, da fase de quase-exaustão. A predominância dos sintomas de estresse ocorre na área psicológica (48%), seguida da área física (39%).

Estudo realizado por Manfredi [21] observou que o sexo feminino apresenta os maiores percentuais de sujeitos que se encaixavam no perfil como sendo portadores de DTM em relação aos homens. Verificou também que conforme o escore do estresse aumenta, também há um aumento significativo no escore médio da dor e a análise do nível de estresse dos sujeitos definidos como portadores de DTM demonstrou que 90,91% destes indivíduos se encontram com nível alto de estresse.

Estudando doença crônica de pele, Silva *et al.* [22] constataram que a fase do estresse da maioria dos pacientes é a de resistência. Quanto à variável sexo, verificou-se que as mulheres possuem significativamente mais diagnóstico de estresse do que os homens. A doença crônica inflamatória de pele, não importando de qual tipo, causa um prejuízo considerável no esforço adaptativo do paciente, produzindo um processo de estresse negativo (distress), o que, inevitavelmente, interfere em sua qualidade de vida. A fase de resistência em que se encontrava a maioria dos pacientes pesquisados, demonstra que está ocorrendo por sua parte a tentativa automática de manter a homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em freqüência ou intensidade poderá haver uma quebra da resistência, podendo o paciente passar para uma fase mais grave de estresse.

Nordenfelt [23] relata que o objetivo último da medicina e dos cuidados em saúde não pode ser, simplesmente, a cura da doença e a prevenção da morte, mas também a preservação da dignidade da pessoa e de sua vida. Quando não há cura efetiva possível, a atenção à saúde não deve ser a eliminação da doença e, sim, melhorar a qualidade de vida do paciente nos outros aspectos, dando suporte e encorajando-o a enfrentar o seu dia a dia.

Segundo Dohrenbusch *et al.* [24], o stress desencadeia ou piora a sintomatologia dolorosa de diversas doenças.

Castro *et al.* [25], em suas pesquisas, constatou que os pacientes com dor crônica parecem mais deprimidos, com sintomas de perturbações de sono, redução da energia, dificuldade de concentração e irritabilidade.

Em nossa pesquisa a fase e os sintomas de stress que apresentaram maior porcentagem na análise geral foram: fase de resistência com 46,67% e sintomas psicológicos com 43,33%. Podemos verificar que na fase de alerta o sintoma com maior frequência foi aperto de mandíbula/ranger de dentes (76,66%). Na fase de resistência os sintomas físicos com maiores frequências foram: problemas com a memória (66,66%) e sensação de desgaste físico (63,33%). Nos sintomas psicológicos encontramos: sensibilidade emotiva excessiva (50%), pensar constantemente em um só assunto (50%), irritabilidade excessiva e diminuição da libido (46,66%). Já na fase de quase exaustão o sintoma com maior porcentagem foi angústia/ ansiedade diária (53,33%).

Conclusão

Nossa pesquisa demonstrou que nas questões que constam a segunda parte da ficha de anamnese, as voluntárias relataram dor nas ATMs 73,33%, músculos temporais 50%, cefaléia e dor no ouvido 43,33% região frontal da cabeça 36,66%, nuca 26,66%, músculos trapézios 20%, e quanto à avaliação de QV o domínio dor apresentou escore abaixo de 52, com isso mostra valor para QV baixa. Em relação ao aperto e ao ranger dos dentes as mulheres, na ficha de anamnese, descreveram respectivamente 73,33% e 66,66% e no resultado do ISSL aperto de mandíbula e ranger de dentes 76,66%. Sensação de vitalidade baixa (cansaço, esgotamento, pouco vigor e energia) no resultado do QV SF-36 com escore baixo de QV no domínio vitalidade, sensação de desgaste físico (63,33%) e cansaço excessivo – 50% nos resultados do ISSL.

As voluntárias estudadas apresentaram grande porcentagem de dor e em várias estruturas. Quanto à QV, os piores escores foram aspectos físicos, dor e vitalidade mostrando os problemas na saúde, dificultando e limitando a execução das atividades diárias e do trabalho; dor interferindo nas atividades em casa e no trabalho e sensação de vitalidade baixa (cansaço, esgotamento, pouco vigor e energia) e a fase de stress que apresentou maior porcentagem na análise geral foi a fase de resistência com 46,67%.

Nosso estudo mostra entre a ficha de anamnese, SF-36 e ISSL queixas e resultados recorrentes, sendo interessante para pesquisa futura utilizar o modelo de ficha apresentado como sendo um modelo válido para a avaliação das DTMs.

A importância do trabalho desenvolvido será auxiliar futuras pesquisas não só para profissionais da fisioterapia, mas também para odontólogos, psicólogos, médicos e outros profissionais envolvidos na complexidade do tema QV, stress, menopausa, e DTM.

Referências

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.p. 88-104.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais, 2007 [online]. [citado 2007 Out 2007]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.org.br>
3. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2004.
4. Araujo ME. Saúde bucal entendendo de forma total. In: Atualização na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
5. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Rev Bras Reumatol 1999; 39(3): 143-50.
6. Cruz RM, Guilliani C, Peixoto CN. Estresse ocupacional e cargas de trabalho. Cap.2. In: Sardá Junior JJ, Legal EJ, Jablonski Junior SJ. Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
7. Lipp MEN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
8. Lipp MEN. Stress: conceitos básicos. In: Lipp MEN, org. Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus; 1996.p.17-31.
9. Dean AG, Dean JA, Coulombier RD, Brendel KA, Smith DC, Burton A et al. Epi Info, Version 6: a word processing, data base, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 1995.
10. Lobo RA. Treatment of post menopausal woman. Basic and Clinical Aspects. New York: Raven Press; 1994.
11. Vieira MJF. As funções orgânicas diante do stress. In: Arantes MAAC, Vieira MJF. Stress. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
12. Rugh JD, Ohrbach R. In: Mohl ND, Zarb GA, Carlsson GE, Rugh JD. Fundamentos de oclusão. Rio de Janeiro: Quintessense; 1989. p 281-94.
13. Mosqueras I. Cefalea tensional: una enfermedad psicosomática. Neuroeje 1998;12(2):15-8.
14. James FR, Large RG, Bushinell JA. Epidemiology of pain in New Zeland. Pain 1991;44:279-83.
15. Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994.
16. Ciconelli RM. 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)” [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (EPM); 1997. 120p.
17. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). Estudos de Psicologia 1994;11(3):43-9.
18. Sapolsky RM. Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: reversal by supplementation with brain fuels. J Neurosci 1986;6:2240-44.
19. Sapolsky RM. Why stress is bad for your brain. Science 1996;273(5276):749:50.

20. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de stress nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latinoam Enfermagem* 2004;12(1):14-21.
 21. Manfredi APS. Estudo da manifestação da disfunção temporomandibular influenciada pelo estresse na população de uma Universidade Pública [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 2005.
 22. Silva JDT, Müller MC, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol* 2006; 81(2):143-9.
 23. Nordenfelt L. Concepts and measurement of Quality of Life in health care. Dordrecht: Academic Publishers; 1994. p. 1-15.
 24. Dohrenbush R, Sodhi H, Lamprecht J, Genth E. Fibromyalgia as a disorder of perceptual organization? An analysis of acoustic stimulus processing in patients with widespread pain. *Z Rheumatol* 1997;56(6): 334-41.
 25. Castro AB, Loduca A, Fonseca APC, Portnoi A et al. A Clínica de Dor: organização, funcionamento e bases científicas. Curitiba: Maio; 2003.
-