

Artigo original

Relação da incidência de sintomas de disfunção temporomandibular com a qualidade de vida em estudantes universitários

Relationship between the incidence of symptoms of temporomandibular dysfunction with quality of life of university students

Cleusa Aparecida de Christo Scheffer*, Letícia Fernandez Frigo, Ft.**

.....
*Acadêmica do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS, **Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, membro do grupo de pesquisa Promoção da Saúde e Tecnologias Aplicadas à Fisioterapia e Orientadora

Resumo

Introdução: A disfunção na articulação temporomandibular abrange vários problemas clínicos que envolvem a própria articulação, a musculatura e estruturas associadas, provocando alterações na postura em geral e na qualidade de vida. **Objetivo:** Investigar a relação da incidência de sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) com a qualidade de vida em estudantes universitários. **Métodos:** Esta pesquisa quantitativa do tipo descritiva contou com a participação de 81 estudantes universitários, 65 do sexo feminino e 16 do sexo masculino, faixa etária de 17 a 33 anos, com idade média de $21,21 \pm 2,73$ anos. Foi realizada uma avaliação através do questionário Índice Anamnético de Fonseca, que gradua a severidade dos sintomas de DTM, e da versão brasileira do questionário de qualidade de Vida SF-36, bem como avaliação da cervical, medida da abertura de boca e uso do diagrama postural Inventário de dor de Wisconsin. **Resultados:** 20% (16) dos avaliados não apresentaram sintomas de DTM, 57,5% (46) com disfunção leve, 13,75% (11) disfunção moderada e 8,75% (7) apresentaram disfunção severa. **Conclusão:** Observou-se maior prevalência de DTM leve e quanto mais severos os sintomas de DTM, maior comprometimento da qualidade de vida.

Palavras-chave: disfunção temporomandibular, qualidade de vida, Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Temporomandibular dysfunction encompasses several clinical problems that involve the joint itself, the muscles and associated structures, causing changes in posture and in quality of life. **Objective:** To investigate the relationship between the incidence of symptoms of temporomandibular disorders (TMD) with the quality of life in college students. **Methods:** This quantitative research with descriptive design was composed of 81 students, 65 females and 16 males, 17-33 aged group, mean age 21.21 ± 2.73 years. An assessment using the questionnaire Fonseca Anamnesis Index, which determines TMD symptoms severity, and the Brazilian version of the quality of life questionnaire SF-36 were used, as well as cervical measurement, mouth opening and use of posture diagram Pain Inventory Wisconsin. **Results:** 20% (16) of participants showed no symptoms of TMD, 57.5% (46) mild dysfunction, 13.75% (11) moderate dysfunction, and 8.75% (7) had severe dysfunction. **Conclusion:** We observed a higher prevalence of light TMD and impairment in quality of life due to severity of TMD symptoms.

Key-words: temporomandibular disorders, quality of life, Physical therapy.

Recebido em 23 de abril de 2012; aceito em 16 de novembro de 2012.

Endereço para correspondência: Cleusa Aparecida de Christo Scheffer, Rua José Maurício, 80 Bairro Camobi 97010-420 Santa Maria RS, E-mail: cleusinhafisio2011@hotmail.com, leticia_frigo@hotmail.com

Introdução

A articulação temporomandibular é considerada a unidade funcional da cabeça e pescoço por possuir diferentes funções como a deglutição, fonação, mastigação e juntamente com outros órgãos, tecidos e o sistema estomatognático está envolvida na respiração e expressão facial. Essas funções são realizadas quando os grupos musculares, articulações e estruturas associadas estejam normais tanto do ponto de vista anatômico quanto funcional [1,2].

A disfunção temporomandibular (DTM) é um conjunto de alterações funcionais que ocorrem na articulação temporomandibular, músculos mastigatórios, órgãos e tecidos relacionados. A incidência dos casos de DTM na população mostra predomínio de mulheres, sendo a faixa etária mais acometida entre 21 e 30 anos [2-6].

As causas desta patologia estão relacionadas à postura anteriorizada da cabeça, espasmo dos músculos da mastigação, respiração oral, estresse emocional, por isso é considerada uma disfunção multifatorial [7]. Seus sinais e sintomas são: crepitação, durante o movimento; cefaleia; zumbido; sensibilidade à palpação das articulações temporomandibulares e dos músculos mastigatórios; mialgias; movimentos de abertura e fechamento da boca não uniformes; sensibilidade nos dentes e fadiga da musculatura oral após as refeições [5,8-10].

Em relação ao estresse, as pessoas que estão expostas a ambientes ou situações estressantes estão sob maior risco de ocorrência da hiperatividade muscular e conseqüentemente de sintomas de disfunção temporomandibular, pois as fontes de estresse normalmente se manifestam nas regiões musculoesqueléticas do pescoço, cabeça e face. Observam-se estas situações em estudantes que temem falhar diante dos desafios de suas profissões [11-14].

A disfunção temporomandibular provoca alterações na postura, na deambulação, nas expressões faciais causadas pela dor, na diminuição da amplitude de movimento vertical da abertura da mandíbula mesmo após a fase aguda da disfunção. E isto, juntamente, associado aos sinais e sintomas gera uma baixa qualidade de vida, diminuindo o rendimento no trabalho, na escola, no sono e no apetite/alimentação [2,4,15,16].

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é essencial para a promoção e cuidado em uma concepção holística, em que o bem-estar do paciente é o foco principal [17].

A qualidade de vida representa para o indivíduo a sua posição na vida e no contexto onde vive, além de suas escolhas, expectativas e preocupações, é também estar feliz; mas, para isso, é necessário que a pessoa consiga realizar seus desejos e sonhos e para tal é primordial ter boas condições físicas [17]. A boa qualidade de vida pode ser definida como aquela em que o indivíduo desenvolve o máximo de suas potencialidades sejam elas quais forem [18-22].

A fisioterapia tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, e seu tratamento tem a função de aliviar a dor relaxando

a musculatura, proporcionar aumento da mobilidade articular, fortalecer os músculos mastigatórios e orientar quanto aos cuidados que se deve ter no momento da mastigação. Desse modo, há uma melhoria dos sintomas resultando em uma melhora da qualidade de vida [4,9,23].

Além do tratamento fisioterapêutico pode-se integrar as diversas áreas da saúde formando uma equipe interdisciplinar com o intuito de proporcionar prognóstico mais acelerado [9].

Este estudo teve por objetivo buscar a relação da incidência de sintomas de DTM de estudantes universitários com a qualidade de vida.

Material e métodos

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, previamente ao início da coleta de dados, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, e aprovado conforme registro CEP/UNIFRA 220.2011.2.

A amostra foi formada por 81 estudantes universitários do curso de fisioterapia de uma instituição privada com faixa etária de 17 a 33 anos e foi do tipo não-probabilística acidental.

Foram critérios de exclusão: estar realizando tratamento ortodôntico, paralisia facial, trauma e ou cirurgia de face, neoplasia facial, portadores de doenças sistêmicas como diabetes e artrite reumatóide, estar realizando tratamento psicológico/psiquiátrico e o não aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta foi realizada mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no Laboratório de Ensino Prático de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano do município de Santa Maria, RS no período de setembro a outubro de 2011.

Toda a população pesquisada respondeu ao Questionário Anamnésico de Fonseca, que verifica a prevalência de DTM; ao Questionário SF36, que analisa a qualidade de vida; e um diagrama postural, que usa figuras humanas com exposição frontal, dorsal e lateral, pois se no dia da realização da pesquisa o voluntário estivesse com alguma dor ele representaria no diagrama o local da sua dor. Os questionários foram lidos, interpretados e respondidos pelos voluntários, a fim de evitar qualquer influência sobre as respostas. Em seguida, foi solicitado ao voluntário sentar-se de forma ereta, de maneira que a cabeça ficasse em posição neutra. E assim foi solicitado para o mesmo abrir a boca até o limite máximo sem causar desconforto. O paquímetro digital (da marca Jomarca) foi posicionado entre a borda incisal dos incisivos centrais superiores até os inferiores, realizando assim a medida máxima da abertura da boca. O paquímetro foi esterilizado com álcool 70%, usando algodão antes e após cada intervenção. Foi realizada a avaliação apenas uma vez para cada voluntário [24].

A seguir, foi realizada a avaliação da coluna cervical na qual foi solicitado ao voluntário para ficar em ortostase de costas

para uma parede para avaliar o plano frontal. Observou-se uma linha média que passa na testa, entre as sobrancelhas, nariz, lábios, queixo, coincidindo com o centro da fúrcula esternal. Depois se solicitou para ficar de perfil, para realização da avaliação sagital, onde passa a linha média pelo lóbulo da orelha e pela região média do acrômio [25].

Os voluntários da pesquisa que apresentaram disfunção temporomandibular receberam um *folder* com orientações e os cuidados sobre disfunção temporomandibular.

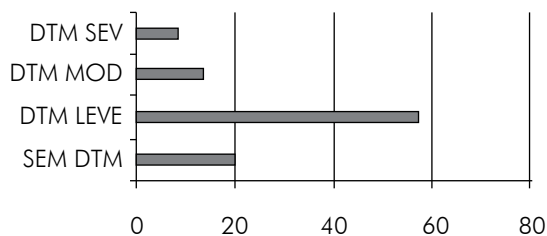
Para o tratamento dos dados foi utilizada a estatística descritiva (média e desvio padrão). Para realização da correlação entre as variáveis foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância utilizado foi de $p \leq 0.05$.

Resultados

A população deste estudo foi composta por 81 estudantes universitários sendo 81,25% (65) do sexo feminino e 19,75% (16) do sexo masculino todos do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA com faixa etária de 17 a 33 anos, com idade média de $21,21 \pm 2,73$ anos. Perda amostral de um voluntário que foi excluído por apresentar um tumor benigno na mandíbula.

Com relação ao Índice Anamnético de Fonseca, 20% (16) dos avaliados não mostraram sintomas de DTM, 57,5% (46) apresentaram disfunção leve, 13,75% (11) com disfunção moderada e 8,75% (7) apresentaram disfunção severa (Figura 1).

Figura 1 - Graus de DTM.



Na distribuição do grau de DTM segundo o gênero, houve uma desproporção dos gêneros, mas com maior incidência no sexo feminino (Tabela I).

Tabela I - Distribuição do grau de DTM segundo o gênero.

Graus de DTM	Homem	Mulher
SEM DTM	4 (25%)	12 (18,75%)
DTM LEVE	9 (56,25%)	37 (57,81%)
DTM MOD	2 (12,5%)	9 (14,06%)
DTM SEV	1 (6,25%)	6 (9,38%)
Total	16	64

Quanto à avaliação da qualidade de vida através do questionário SF-36, os voluntários sem disfunção (demonstrado na tabela II) demonstraram médias entre 90,6 e 76,6, eviden-

ciando boa qualidade de vida (QV) nos domínios capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (DOR), estado geral de saúde (EGS), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM). Esses domínios avaliam a realização das tarefas diárias habituais como subir degraus, abaixar-se, assim como as atividades sociais, a quantidade de tempo dedicada ao trabalho e atividades gerais relacionadas a problemas emocionais. Além disso, se o indivíduo possui equilíbrio emocional, percepção que ele tem de sua própria saúde e o quanto a dor nas últimas quatro semanas interferiu ou limitou as atividades no seu cotidiano. Porém o domínio vitalidade (VIT) apresentou valor médio 64,3, ou seja, valor diminuído, indicando um leve comprometimento, resultando na maior indisposição, cansaço e fadiga o que é demonstrado na Tabela II.

Comparando a incidência de sintomas de DTM com a média geral dos domínios: AF, DOR, EGS, VIT, AS, AE, SM do questionário de qualidade de vida SF36, obteve-se uma correlação positiva, quanto à severidade da disfunção e os menores índices de qualidade de vida nos domínios analisados, principalmente no domínio DOR o qual apresentou uma diminuição linear. Porém no domínio CF obteve-se média maior no grau mais severo da disfunção. A correlação através do coeficiente de correlação de Pearson destes dados não apresentou resultados estatisticamente significativos ($p > 0,05$), pois a amostra constituída neste estudo foi estratificada tornando-se pequena.

Tabela II - Média/desvio padrão dos oito domínios do SF-36 em relação à classificação de DTM.

	SEM DTM	DTM LEVE	DTM MODERADA	DTM SEVERA
C F Média (DP)	87,1(9,9)	84,4(13,9)	76,8(21,5)	87,8(11,4)
A F Média (DP)	90,6(15,4)	76,5(25,9)	79,5(21,8)	67,8(23,7)
DOR Média (DP)	76,6(13,4)	59,5(17,3)	49,6(18,2)	48,2(18,1)
E G S Média (DP)	80,1(15,9)	72(20,3)	57(23,3)	67,4(23,6)
VIT Média (DP)	64,3(15,9)	59,1(18,9)	51,8(25,5)	52,1(11,4)
A S Média (DP)	88,2(20,6)	76,4(21,2)	69,3(24,5)	75(19,0)
A E Média (DP)	87,4(23,9)	68,7(35,5)	69,6(40,7)	57,1(31,7)
S M Média (DP)	79,7(9,0)	69,3(15,9)	59,7(15,7)	62,8(16,6)

Quanto à medida da abertura da boca, 33,75% (27) voluntários apresentaram abertura normal e 66,25% (53) diminuição. Dos 66,25%, 90,56% (48) apresentaram sintomas de DTM. A média de abertura da boca de todos os voluntários do presente estudo foi de $37,20\text{mm} \pm 6,21$. A

média de abertura da boca dos estudantes com DTM foi de 33,94mm \pm 4,57, já o grupo sem DTM obteve média de 40,79mm \pm 6,53. A correlação através do coeficiente de Pearson entre DTM e diminuição da abertura de boca não obteve valor significativo.

Através do diagrama postural, observou-se que 62,50% (50) apresentavam algum tipo de dor, sendo que 2,5% (2) somente na cabeça, 1,25% (1) somente na cervical e cabeça, 1,25% (1) somente na cervical e ATM, 3,75% (3) na cervical, ATM e outros lugares, 10% (8) somente na cervical e lombar, 13,75% (11) estavam com dor somente na cervical, 8,75% (7) dor na cervical e outros lugares, 8,75% (7) somente na lombar, 12,50% (10) dores associadas em várias partes do corpo, 36,25% (29) estavam sem dor no dia da avaliação e 1,25% (1) não respondeu.

Na avaliação da cervical, 93,75% (75) apresentaram alteração postural enquanto somente 6,25% (5) apresentaram postura normal. Dos estudantes avaliados, 80% (64) apresentaram sintomas de DTM e destes, 95,31% (61) tinham alteração na cervical. Apenas 2,5% (2) dos avaliados sem sintomas de DTM apresentaram alteração cervical.

Com relação ao domínio dor do questionário de qualidade de vida SF-36, através da média 57,70 \pm 16,32 observou-se um comprometimento da QV, relacionando esse dado com o resultado dos voluntários que disseram estar sentindo dor através do diagrama postural (Inventário de dor de Wisconsin) no dia da avaliação, obteve-se uma correlação positiva, porém pouco significativa ($r = 0,39$).

Discussão

Este estudo teve por objetivo buscar a relação da incidência de sintomas de DTM de estudantes universitários com a qualidade de vida. Observou-se a prevalência de sintomas de DTM leve corroborando os estudos de Fernandes *et al.* [13] (50 a 58%), Goyata *et al.* [26] (42,2%) e Marchiori *et al.* [27] (44,2% a 66,3%), nos quais também foram prevalentes os sintomas de DTM leve utilizando o questionário Anamnésico de Fonseca.

Oliveira *et al.* [28] avaliaram a prevalência da severidade de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) em universitários nas diferentes regiões do país. A região Sul apresentou maior porcentagem de estudantes com sintomas, porém com predominância de DTM leve. Já no estudo de Costa [29], verificou-se que a classificação sem DTM e DTM leve apresentou a mesma porcentagem de prevalência de sintomas [28,29].

A incidência de disfunção da ATM segundo o gênero tem maior prevalência em mulheres devido às alterações hormonais, por apresentarem mais frouxidão ligamentar e também pelo nível de estresse. Corroborando com esta informação Oliveira *et al.* [28] verificaram predominância de 73,03% do sexo feminino em seu estudo [2,28].

Na avaliação da qualidade de vida quando estratificada pela classificação de DTM, as médias dos domínios do SF-36 corroboraram o estudo de Biasotto-Gonzalez [6] que relatou que a gravidade da DTM influencia diretamente em todos os aspectos da qualidade de vida. Observando a diferença entre a classificação sem DTM e DTM severa, os resultados de DTM severa encontram-se menores mostrando diminuição da qualidade de vida neste grupo, coincidindo com os resultados de Moreno *et al.* que apontam menor qualidade de vida no grupo com DTM comparado ao grupo sem diagnóstico de DTM [6,30].

Ainda no questionário de qualidade de vida os domínios dor (48,2) e vitalidade (52,1) apresentaram os menores escores das médias dos oito domínios havendo relação com outro estudo de Biasotto-Gonzalez *et al.* [7] em que as médias foram dor (57,41) e vitalidade (55,88) e o estudo de Kuroiwa *et al.* [31] que verificou respectivamente dor (52,12) e vitalidade (53,41) mostrando que a DTM influenciou para diminuição dos mesmos, comprovando que as atividades do lar e trabalho foram afetadas pela dor, indisposição e fadiga [7,31].

Os aspectos emocionais do questionário SF-36 apresentaram comprometimento ponderável apenas no grau severo de DTM, no decorrer da faculdade muitos estudantes sentem-se tensos, ansiosos, estressados pela competitividade e provas o que podem alterar o estado emocional [11].

Segundo Molina [32] a abertura normal da boca é de 40mm considerando então uma abertura menor como restrição. Uma das causas da restrição é a disfunção temporomandibular, assim o presente estudo mostrou que 90,56% dos voluntários apresentavam sintomas de DTM tinham diminuição da abertura da boca. A média de abertura da boca dos estudantes com DTM foi menor que do grupo sem DTM, mostrando que a diminuição de abertura está relacionada com DTM [12,32].

No presente estudo, 95,31% (61) dos voluntários com DTM apresentaram alteração na cervical contribuindo com os estudos que dizem que a anteriorização da cabeça causa uma tensão nas cadeias musculares do pescoço especialmente no esternocleidomastóideo, ocorrendo um abaixamento da mandíbula e acarretando a compressão da região retrodiscal, logo as pessoas que tem sintomas de DTM apresentam desconforto cervical. Corroborando o estudo de Wright *et al.* [8], que visualizou 164 voluntários com dor miofascial na região da ATM, destes 85% (139) apresentaram anteriorização da cabeça [8,9,12,32]. Quando os paravertebrais cervicais e o trapézio recebem exagerada tensão ocasiona-se um aumento da lordose cervical provocando rotação posterior do crânio, e consequentemente gera tensão na musculatura supra e infra-hióide causando uma pressão na ATM [14,33].

Através do diagrama postural (Inventário de dor de Wisconsin), 62,50% (50) de todos os voluntários (80) apresentavam algum tipo de dor, logo estes dados foram comparados com o domínio dor do SF-36 em que a média foi de 57,70 obtendo uma correlação positiva, porém fraca.

Com este resultado foi compreendido que a dor influencia a qualidade de vida, podendo interferir no trabalho, atividades diárias vindo a colaborar com os achados de Oliveira *et al.* que descrevem o impacto da dor de 59,09% nos trabalhos e atividades escolares [16].

Com relação à incidência de dor, 13,75% (11) estavam com dor somente na cervical, destes 12,37% (10) tinham sintomas de DTM. Friction e Dubner [15] dizem que a relação entre DTM e dor cervical está regulada com os estímulos nociceptivos tanto da região orofacial quanto da região cervical dos nervos C1-C4 que são transmitidos através dos nociceptores aferentes trigeminais primários para neurônios de segunda ordem no complexo trigeminal do tronco cerebral, portanto alguns nociceptores, no sistema trigeminal, entram em sinapse ocorrendo convergência de informações nociceptivas resultando em dor na cervical e ATM [15].

A dor na cervical tem etiologia multifatorial sendo uma região de extensa incidência de problemas, pois tem maior mobilidade comparada a outras regiões da coluna, tornando-se uma região que precisa ser abordada com cuidado [34].

Conclusão

No presente estudo observou-se uma maior prevalência de DTM leve e a qualidade de vida destes estudantes apresentou-se diminuída nos domínios dor e vitalidade podendo sofrer a influência desta patologia.

A fisioterapia com o objetivo de prevenção, promoção e reabilitação da saúde tem papel fundamental para contribuir na vigilância de problemas futuros através de cuidados no dia a dia e terapias conservacionistas.

Sugere-se um estudo com uma avaliação postural mais global e detalhada com uma amostra maior para aumentar os conhecimentos desta disfunção e suas consequências.

Referências

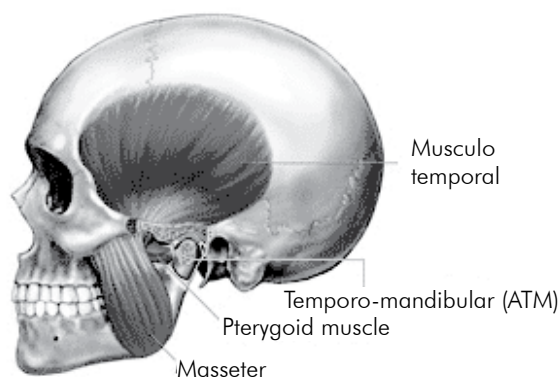
1. Nunes Junior PC, Maciel RLR, Babinski MA. Propriedades anatômicas e funcionais da ATM com aplicabilidade no tratamento fisioterapêutico. *Fisioter Bras* 2005;6(5):381-7.
2. Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
3. Ferreira FV, Ferreira, FV, Peroni ABE, Tabarelli Z. Desordens temporomandibulares: uma abordagem fisioterapêutica e odontológica. *Stomatos* 2009;15(28):27-37.
4. Maluf AS, Moreno BGD, Alfredo PP, Marques AP, Rodrigues G. Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. *Fisioter Pesq* 2008;15(4):408-15.
5. Kisner C, Colby LA. Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas. Barueri: Manole; 2005.
6. Biasotto-Gonzalez DA. Qualidade de vida em portadores de disfunção temporomandibular - um estudo transversal. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2009;27(2):128-32.
7. Biasotto-Gonzalez DA, Andrade DV, Gonzalez TO, Martins MD, Fernandes KPS, Corrêa JCF, Bussadori SK. Correlação

entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* 2008;18(1):79-86.

8. Wright EF, Domenech MA, Fischer Junior JR. Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. *JADA* 2000;131(2):202-210.
9. Alencar Junior FGP. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Santos; 2005.
10. Chaves TC, Oliveira AS, Grossi DB. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. *Rev Fisioter Pesq* 2008;15(1):101-6.
11. Cestari K, Camparis CM. Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares. *JBA* 2002;2(5):54-60.
12. Maciel RN. ATM e dores craniofaciais: fisiopatologia básica. São Paulo: Santos; 2003.
13. Fernandes AUR, Garcia AR, Zuim PRJ, Cunha LDAP, Marchiori AV. Desordem temporomandibular e ansiedade em graduandos de odontologia. *Revista Ciênc Odontol Bras* 2007;10(1):70-7.
14. Biasotto-Gonzalez DA. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. São Paulo: Manole; 2005.
15. Friction JR, Dubner R. Dor orofacial e desordens temporomandibulares. São Paulo: Santos; 2003.
16. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci* 2003;11(2):138-43.
17. Silva MAD, Marchi R. Saúde e qualidade de vida no trabalho. São Paulo: Bestseller; 1997.
18. Raphael KG, Marbach JJ, Klausner J. Myofascial face pain - clinical characteristics of those with regional vs. widespread pain. *JADA* 2000;131(2):161-71.
19. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-Bref. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
20. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1-12.
21. Medicott MS, Harris SRA. Systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Phys Ther* 2006;86(7):955-73.
22. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2007;23(11):2555-64.
23. Mynaio MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-19.
24. Pasinato F, Corrêa ECR, Peroni ABE. Avaliação da mecânica ventilatória em indivíduos com disfunção tempo-mandibular e assintomáticos. *Rev Bras Fisioter* 2006;10(3):285-9.
25. Santos A. Diagnóstico clínico postural: um guia prático. São Paulo: Summus; 2001.
26. Goyata FR, Taira NV, Almeida S, Silva DM, Taira CV. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da universidade Severino Sombra, Vassouras-RJ. *Int J Dent* 2010;9(4):181-6.
27. Marchiori AV, Garcia AR, Zuim PRJ, Fernandes AUR, Cunha LDAP. Prevalência de sinais e sintomas da disfunção tempo-

- romandibular e ansiedade: estudantes brasileiros do ensino fundamental. RGO 2007;55(3):257-62.
28. Oliveira AS, Bevilaqua-Grossi, D, Dias EM. Sinais e sintomas da disfunção temporomandibular nas diferentes regiões brasileiras. Fisioter Pesq 2008;15(4):392-7.
29. Costa ME. Estudo de Prevalência de Sintomas de Distúrbios da Articulação Temporomandibular em Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior [Dissertação]. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010. 56p.
30. Moreno BGD, Maluf SA, Marques AP, Crivello-Júnior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. Rev Bras Fisioter 2009;13(3):210-4.
31. Kuroiwa DN, Marinelli JG, Rampani MS, Oliveira W, Nicodemo D. Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey. Rev Dor 2011;12(2):93-8.
32. Molina OF. Fisiopatologia craniomandibular (oclusão e ATM). 2ª ed. São Paulo: Pancast; 1995.
33. Amantéia DV, Novaes AP, Campolongo GD, Barros TP. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. Acta Ortop Bras 2004;12(3):155-9.
34. Dutton M. Fisioterapia ortopédica: exame, avaliação e intervenção. Porto alegre: Artmed; 2006.

Cuidados com a Articulação Temporomandibular (ATM)



- * Prefira alimentos e comidas mais moles, evitando o excesso de uso da musculatura; também quando mastigar os alimentos distribuir para os dois lados evitando assim sobrecarregar apenas uma ATM.
- * Quando em repouso da boca deixar os dentes superiores afastados dos dentes inferiores (2 mm) e a língua deve ser posicionada acoplando-se ao "céu da boca", no palato duro (sem encostar-se nos dentes).
- * Evitar o uso de cafeína e nicotina (drogas estimulantes).
- * Ter um sono mais tranquilo, com o hábito de dormir sempre no mesmo horário, dormir oito horas diárias e sempre em decúbito dorsal ou decúbito lateral, mas sem colocar a mão debaixo da ATM.
- * A melhor posição durante o sono é decúbito dorsal e o travesseiro deve preencher o espaço do pescoço para que a cabeça fique em postura normal, evitando flexão ou extensão da cervical.
- * Dormir em decúbito ventral além de ser desfavorável também causa uma compressão mandibular.
- * Não abrir demais a boca para evitar o estalido, "machucando" a articulação.
- * Evitar hábitos como apertar e/ou ranger os dentes, mascar chiclete, morder o lápis ou lábios, roer a unha.
- * Quando estiver ao computador ajustar a tela à altura dos olhos, observando que a tela não fique nem tão próxima nem tão distante, sentar de forma ereta evitando hiperestender ou flexionar a cabeça.
- * Durante os estudos e leituras a cadeira deve ficar mais próxima da mesa, no momento da leitura o material deve estar próximo ao corpo, estando os olhos e não a cabeça, voltada a leitura.
- * Quando falar ao telefone segurar pela mão evitando colocar entre o ombro e o ouvido prevenindo a compressão repetida e prolongada da região temporomandibular.
- * Nunca apóie a cabeça com a mão na região da ATM ou mandíbula, pois causará uma pressão na ATM.