

EFEITO DA TERAPIA MANUAL NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO

O artigo foi realizado na Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, localizado na rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol Natal/RN Cep: 59014-540. Os autores dessa pesquisa são:

TERESA LISIEUX COELHO DE OLIVEIRA¹, ROBSON ALVES DA SILVA², LUIZ FILIPE CERQUEIRA BARBOSA³

¹ Discente do curso de Pós-Graduação em Terapia Manual IV.

Endereço Eletrônico: teresa_lisieux@hotmail.com

² Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN Universidade Federal do Rio Grande do Norte – FARN; Fisioterapeuta Mestre em Fisioterapia da Saúde pela UFRN.

Endereço eletrônico: robsonasilva@farn.br

³ Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN. Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN.

Endereço eletrônico: luizrn@hotmail.com

NATAL-RN

Set/2011

* Pós-Graduanda do Curso de Terapia Manual pela FARN – RN;

** Fisioterapeuta Mestre pela UFRN;

*** Fisioterapeuta Especialista em Terapia Manual pela FARN – RN

RESUMO

A articulação temporomandibular (ATM) é uma importante articulação, devido a sua anatomia, biomecânica e por participar de funções vitais do indivíduo como a fala, deglutição e mastigação. Ela é formada pelos ossos temporal e mandíbula e pelo disco articular, e com isso eles realizam movimentos como abertura, fechamento, protusão, retrusão e desvios laterais da boca. Influencia e é também influenciada pela região do pescoço e captos posturais. Qualquer alteração em um dos constituintes articulares, musculares da ATM ou regiões adjacentes leva ao surgimento de Disfunções Temporomandibulares (DTM's). Essas disfunções caracterizam-se por diversos sinais e sintomas como a dor, limitação do movimento, cefaléias, dentre outros. Existe uma grande diversidade de opiniões sobre a sua etiologia, o seu diagnóstico e seus métodos de tratamento. A fisioterapia é um coadjuvante no tratamento das DTM'S e estudos apontam que a Terapia Manual gera resultados favoráveis aos sintomas desses pacientes. Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar o efeito de um protocolo de tratamento utilizando a terapia manual em indivíduos com disfunção temporomandibular. É uma pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, na qual a amostra foi composta por quatro indivíduos com idade entre 24 a 29 anos que foram avaliados e tratados. A pesquisa foi realizada em quatro dias de atendimento com técnicas de terapia manual. Ao término da pesquisa houve evolução das disfunções, melhora da dor (média inicial 5,0 mm e final de 1,66 mm), da abertura da boca (média inicial 33,33 mm e final de 43 mm), desvio lateral D (média inicial 7,33 mm e final de 10 mm) e desvio lateral E (média inicial 12 mm e final de 11,66). Concluímos que o protocolo analisado resultou numa evolução das pacientes nas variáveis estudadas.

Palavras-Chave: Fisioterapia. Terapia Manual. Disfunções Temporomandibulares.

ABSTRACT

The temporomandibular joint (TMJ) is an important articulation, due to their anatomy, biomechanics and participate in vital functions of individual such as speech, swallowing and chewing. It is formed by bones temporal and jaw and the articular disc, and therefore they do movements such as opening, closing, protrusion, retrusion and diversions side of the mouth. Influences and is influenced also by region captors and neck posture. Any change in one of the constituents joint, muscle or adjacent regions of ATM leads to the emergence of Temporomandibular Disorders (TMD's). Such disorders are characterized by several signs and symptoms such as pain, limited motion, headaches, among others. There is a wide diversity of views on its etiology, its diagnosis and treatment methods. The Physiotherapy is useful in the treatment of TMD's and studies show manual therapy that generates favorable results for these symptoms patients. Therefore, the objective of this research was to evaluate the effect of a treatment protocol using manual therapy in individuals with TMD. It is a descriptive study type case, in which the sample was composed of four individuals aged 24 to 29 years who were assessed and treated. The research was held on four days of treatment with manual therapy techniques. At the end of the study was development of dysfunction, pain relief (Average initial and final 5.0 mm by 1.66 mm), mouth opening (mean initial and final 33.33 mm 43 mm), lateral deviation D (initial mean 7.33 mm and 10 mm final) and lateral deviation of E (12 mm average initial and final 11.66). We conclude that the protocol analysis resulted in the evolution of patients in the studied variables.

Key words: Physiotherapy. Manual Therapy. Temporomandibular Disorders.

EFEITO DA TERAPIA MANUAL NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO

Teresa Lisieux Coelho de Oliveira*;
Robson Alves da Silva **;
Luiz Filipe Cerqueira Barbosa ***

1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é uma articulação que merece uma abordagem especial pela sua anatomia, biomecânica e por ser utilizada em funções vitais do indivíduo como a mastigação, fala, deglutição e respiração, o que faz com que ela seja uma das articulações do corpo bastante requisitada e com isso vem sendo objeto de estudo de diversas áreas da saúde. Essa articulação é bilateral, com movimentos próprios, formada por dois ossos: temporal (eminência articular convexa) e a mandíbula (côndilos, fossa glenóide côncava - fossa mandibular). Esta ligação depende de um disco articular móvel, destinada a suprir as deficiências anatômicas existentes entre o osso temporal e o côndilo da mandíbula tornando-as adequadas para o desenvolvimento da atividade funcional a que estão destinadas. Ele forma um espaço articular superior e um inferior permitindo movimentos de rotação e translação condilar e que atua também como um adaptador aceitando que essa articulação realize movimentos complexos. Os movimentos, nos quais essa articulação participa, além da rotação e translação, são os de abertura e fechamento da boca, protusão, retração e desvio lateral da mandíbula sobre o osso temporal (BIASSOTO-GONZALEZ, 2005; NUNES & PAIVA, 2008).

Os movimentos que essa articulação realiza por dia variam de 1.500 ou mais, por isso necessita de uma estabilização forte. Essa estabilização se dá por meio de fâscias, ligamentos, músculos e os dentes (oclusão). Os ligamentos têm papel de estabilizar a articulação durante os movimentos. Há três tipos de ligamentos suportando a ATM: ligamentos colaterais – cuja função é estabilizar o disco articular sobre o processo condilar durante os movimentos de rotação e translação; ligamentos capsulares – funcionam como uma resistência ao deslocamento ou separação das superfícies articulares funcionando como um protetor da ATM; e os ligamentos temporomandibulares – limitam os movimentos inferiores da mandíbula no início da abertura, na rotação e na translação da ATM (BIASSOTO-GONÇALEZ, 2005).

Os músculos têm sua função específica de acordo com o movimento que vai ser realizado, e estão diretamente ligados a mandíbula e cervical/pescoço, seja movimentando, equilibrando ou se mantendo fixo. São eles: o masseter, o pterigóide lateral e medial, o temporal, gênio-hióide e digástrico. Então, qualquer desordem em um dos componentes que estabilizam essa articulação pode desencadear disfunções temporomandibulares (DTM's) (SICHER apud JUNIOR, MACIEL E BABINSKI, 2005).

O movimento de abertura da boca acontece pela contração dos músculos digástricos, que realizam uma tração condilar inferiormente, e dos músculos pterigóideos laterais, que realizam uma tração condilar anteriormente, ocorrendo assim rotações dos côndilos mandibulares em torno do espaço articular inferior, seguido de translação do disco articular sobre o espaço articular superior pela eminência articular abaixo. Essa abertura máxima mandibular varia em média de 40 a 50 mm e durante esse movimento depressor da mandíbula ocorre um estiramento completo dos ligamentos e cápsula (ROCABADO apud BIASSOTO-GONZALEZ, 2005).

Já para o movimento de fechamento, quem participa é o masseter realizando uma tração vertical junto com os pterigóideos mediais e os temporais, ocorrendo um processo inverso dos movimentos de translação e rotação. Os outros movimentos realizados ocorrem no segmento translatório mediolateral. Na protusão, há a atuação dos músculos masseter, pterigóide medial lateral, no qual há o deslizamento dos côndilos para frente sobre o tubérculo articular; na retrusão, os músculos temporal e digástrico são ativados e ocorre o deslocamento dos côndilos para a região posterior. Além disso, existem outros músculos que participam da biomecânica da ATM, como o músculo Esternocleidomastóideo (ECOM), o músculo Trapézio e o músculo digástrico. Os dois primeiros quando há uma disfunção da ATM eles se tornam sobrecarregados e o terceiro tem um papel importante no funcionamento da mandíbula. É dividido em duas porções ou feixes, o anterior e o posterior. Na contração deste músculo, a mandíbula é abaixada e puxada para baixo, desocludindo os dentes. (OKESON apud MENEZES, 1998; BIASSOTO-GONÇALEZ, 2005; NUNES & PAIVA, 2008).

Por ser uma articulação bastante complexa e que se move bastante, um desequilíbrio nessa região causará as DTM's (disfunções temporomandibulares), um termo utilizado para reunir um grupo de doenças que acomete os músculos mastigatórios, ATM e estruturas adjacentes. Existe uma grande diversidade de opiniões sobre a sua etiologia, o seu diagnóstico e seus métodos de tratamento de disfunções da articulação temporomandibular (DTM's). Essas disfunções não têm uma etiologia totalmente definida podendo ser multifatorial, em que se acredita que sejam por questões oclusais, fatores psicológicos, hábitos

parafuncionais, lesões traumáticas e/ou degenerativas, apertamento dos dentes, mastigação unilateral, incongruência dos côndilos com o disco e até mesmo alterações posturais. Em consequência disso, este não é um grupo homogêneo de pacientes, pois muitas etiologias e mecanismos diferentes de dor são responsáveis por apresentações similares (CAUÁS et al, 2004; PRADA, DELOROSO, 2006; ANDRADE e FRARE, 2008).

O diagnóstico de uma disfunção na ATM é feito através da anamnese, exame físico e funcional do paciente. Por isso, é fundamental se deter no exame clínico minucioso e na história pregressa, pelo fato de ser uma etiologia multifatorial. Porém, é difícil determinar o diagnóstico preciso, pois há dificuldade em correlacionar a etiologia das disfunções e os sinais e sintomas apresentados (LOPES e RODE apud BARCELOS e LIMA, 20??; VASCONCELOS et al, 2002).

Os sinais clínicos apresentados pelos pacientes com DTM são: abertura bucal limitada, ruídos articulares e desvio da mandíbula para um dos lados durante a abertura e o fechamento da boca. Já os sintomas frequentemente descritos são: cefaléia, dor facial, dor cervical, dor durante a mastigação, ruídos articulares, zumbidos, tontura, vertigem e perda da audição (ANDRADE e FRARE, 2008).

Essa articulação tem contato direto com a região cervical. O crânio se articula no plano posterior com a região cervical e, anteriormente, com a mandíbula através de fâscias, ligamentos e músculos, formando, dessa maneira, uma unidade biomecânica musculoesquelética. A coluna cervical tem um importante papel no equilíbrio crânio-cervico-mandibular, pois ela é preparada para suportar forças gravitacionais que atuam sobre ele. (BIASSOTO-GONÇALEZ, 2005).

Outro fator que afeta as DTM's é o sistema tônico postural, um sistema complexo que envolve captadores posturais, como o pé, o olho e o sistema mastigatório. Quando as informações vindas dos captadores são assimétricas ou patológicas, traz consigo uma adaptação que induz a um novo ajustamento postural patológico, que o organismo considera, no entanto, como correto. O sistema se auto-adapta em seu desequilíbrio, porém não poderá se corrigir sozinho. Quando a cabeça é mantida ereta com a mandíbula em posição de repouso, não há contato entre os dentes opostos, determinando o que chamamos de posição postural em repouso e representa um equilíbrio dos músculos da cabeça e do pescoço, das cápsulas, dos ligamentos e dos discos articulares. Essa posição se altera com as diferentes posições do corpo e da cabeça como: protusão da cabeça e dos ombros, inclinação da cabeça para direita ou para esquerda e desalinhamento geral da postura do indivíduo (ARAÚJO, 2005).

Desequilíbrios oclusais como a presença de contatos prematuros nas posições mandibulares de repouso, protrusão e lateralidade interferem na posição de concentricidade condilar, alterando as dimensões do espaço biológico das articulações temporomandibulares. Com isso, pode-se afirmar que qualquer disfunção ou trauma no nível do crânio, mandíbula, oclusão, coluna vertebral, caixa torácica, esterno e cintura escapular irá causar alterações nas demais estruturas (ARAÚJO, 2005).

Os dentes e sua maloclusão também interferem tanto na ATM quanto na região cervical, pois podem desestabilizar os padrões neuromusculares e aumentar a atividade dos músculos relacionados com a articulação temporomandibular (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005).

Por ser uma patologia complexa e por afetar outras regiões como a cervical, a disfunção temporomandibular tem originado diversos tipos de tratamento. Porém, o melhor é aquele realizado em conjunto com uma equipe multidisciplinar. Verifica-se, assim, que é fundamental a atuação tanto do odontologista, quanto de outros profissionais como o fonoaudiólogo, o psicólogo e o fisioterapeuta (ANDRADE e FRARE, 2008; NUNES & PAIVA, 2008; PRADA, DELOROSO e DELOROSO, 2006).

Mediante os sintomas que os pacientes apresentam, a fisioterapia tem sido considerada uma opção de tratamento com resultados positivos para a melhora dos sintomas em pacientes com DTM, sendo uma terapia relativamente simples, não invasiva e de baixo custo se comparada a outros tratamentos. Esses profissionais são responsáveis por tratar problemas de cunho musculoesquelético tendo o objetivo de aliviar a dor, reduzir a inflamação e restaurar a função motora oral, afim de diminuir o uso de medicamentos. Apesar dos resultados positivos, a intervenção fisioterapêutica não é rotineiramente empregada na DTM, fato esse que pode explicar a escassez de dados científicos e o pequeno número de profissionais fisioterapeutas focados nesta área de atuação em franca expansão no mercado de trabalho (KOGAWA et al apud BARCELOS e LIMA, 20??).

A Academia Americana de Desordens Craniomandibulares (AACD) observa 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 a regeneração dos tecidos” (FRICTON; DUBNER apud VIANNA, 2008).

Diversos são os tratamentos que o fisioterapeuta emprega para o tratamento da DTM, dentre eles temos o TENS, a acupuntura, a eletroterapia e a cinesioterapia. Entretanto, está cada vez mais sendo empregada, dentro dos consultórios, uma técnica chamada Terapia

Manual, a qual tem a finalidade de estimular a propriocepção, produzir elasticidade a fibras aderidas e promover redução da dor, através de técnicas de manipulação, mobilização, liberação e exercícios específicos. Um dos exercícios da terapia manual utilizados nas DTM's é a mobilização articular, que permite a movimento de distração condilar permitindo restaurar a função mandibular através de alongamentos ou rompimento de aderências capsulares e o realinhamento das fibras colágenas (MATTA, 2002; ANDRADE e FRARE, 2008).

Diante disso, o estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um protocolo de tratamento utilizando a terapia manual em indivíduos com disfunção temporomandibular.

2 METODOLOGIA

Caracterização do estudo

A pesquisa foi caracterizada como sendo descritiva do tipo estudo de caso, no qual o enfoque é sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade para examinar aspectos variados de sua vida, com a finalidade de observar e interpretar as reações e modificações ocorridas no objeto de pesquisa (CERVO e BERVIAN, 1996)

População e Amostra

A população desse estudo foi formada de indivíduos de uma clínica de fisioterapia da cidade do Natal/RN que apresentavam queixas de disfunções na região temporomandibular. A amostra foi determinada pela aplicação de um questionário para verificar o grau de DTM's nas pessoas que apresentavam queixas de dor de ouvido, cefaléia crônica e/ou estalidos na boca, resultando em uma amostra de 4 indivíduos na faixa etária de 20 a 50 anos, do sexo feminino. Dentre os critérios de inclusão, os indivíduos deveriam apresentar: queixas de cefaléia, limitação de movimentos da mandíbula, estalos/creptos há mais de 3 meses, capacidade cognitiva de entender os propósitos e objetivos do estudo, nunca ter feito tratamento de reabilitação semelhante ao proposto e sem apresentar qualquer patologia cardiorrespiratória descompensada associada.

Instrumentos para a coleta de dados

Os instrumentos de medida que se fizeram necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa foram: o questionário de Índice Anamnético de Fonseca (1994) (ANEXO A), que

verifica a classificação do grau de DTM que os sujeitos desta pesquisa possuíam; uma ficha de avaliação referente à identificação do indivíduo, constando de dados pessoais, identificação dos movimentos limitados da boca e da cervical pela dor; escala visual analógica da dor formada por uma escala numérica que quantifica a intensidade da dor; e um paquímetro plástico da marca Disma de 150 mm para mensurar ativamente as amplitudes da articulação temporomandibular (abertura e desvio lateral) (ANEXO B).

Procedimentos de Avaliação

As pessoas que detinham os critérios de inclusão foram ao encontro da autora na Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), na qual chegando à Clínica Escola de Fisioterapia da FARN, os indivíduos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), que explicava todo o procedimento a ser realizado durante o tratamento. Ao concordar com os termos, os indivíduos após sua assinatura oficializaram a sua participação na pesquisa. Logo após, eles foram avaliados pela autora através do questionário de Índice Anamnético de Fonseca, da ficha de avaliação, da escala visual analógica da dor (EVA) e da avaliação com o Paquímetro.

O questionário Anamnético de Fonseca (1994) serviu para avaliar o grau de disfunção de cada indivíduo. O questionário continha 10 perguntas, cada uma com 3 alternativas (não, sim ou às vezes), onde o voluntário assinalava apenas uma resposta. Após o preenchimento do questionário, foi feita a soma das respostas, onde através do resultado, o indivíduo foi classificado como: sem disfunção temporomandibular (0 a 15 pontos); disfunção leve (20 a 40 pontos); moderada (45 a 65 pontos) e severa (70 a 100 pontos). Após a aplicação do questionário foi iniciada a avaliação, com uma entrevista dos indivíduos da pesquisa contendo os dados sócio-demográficos como idade, sexo, profissão e estado civil. Em seguida, foi realizado o exame físico dos indivíduos realizando uma avaliação postural, estando o indivíduo despida de roupas o máximo possível observado pela avaliadora na vista anterior, perfil e posterior e a palpação da região facial e cervical; as amplitudes da região cervical; a Escala Analógica da Dor (EVA), em que o indivíduo estimava sua dor assinalando um valor no exato momento da aplicação do teste, o paciente registrava a intensidade da dor sobre uma linha de 10 cm, delimitada por dois extremos (zero=ausência de dor e dez= máxima dor); foi verificado também a mobilidade da mandíbula por meio do paquímetro solicitando a abertura máxima voluntária e os movimentos máximos de lateralidade (direita e esquerda)..

Após a avaliação foi dado início ao tratamento. Este constou de dois atendimentos, um para tratar a região cervical e o outro para a região bucal. Inicialmente, foi realizada uma

massagem na região facial com o intuito de preparar a musculatura para posteriores tratamentos favorecendo o relaxamento, a circulação de retorno e a eliminação de aderências entre as fibras musculares. Em seguida, foram realizadas técnicas de TRUST para a região cervical e 1ª costela. No primeiro caso, o paciente ficará deitado em decúbito dorsal, e o terapeuta irá rodar, inclinar e flexionar sua cabeça para um dos lados, dependendo do lado que seja realizado o tratamento, e irá realizar uma rotação de alta velocidade e baixa amplitude, manipulando seu pescoço, a fim de reposicionar a vértebra. No segundo caso, o paciente ficará deitado em decúbito ventral, com a cabeça rodada para o lado oposto da disfunção, o terapeuta ficará contra-lateral a costela em disfunção, sua mão homolateral fará contato com a costela em disfunção e a outra ficará em contato na testa do paciente. Com a mão homolateral fará uma tração levando pele em direção ao pescoço ficando o braço inclinado (ângulo de 45°) e com a outra fará extensão da cabeça. O terapeuta com a mão na região realizará um slack (tensão) e depois uma mobilização de alta velocidade e baixa amplitude no sentido caudal e medial. Esses procedimentos poderão causar um estalo da articulação, além de precisar se realizado mais de uma vez.

No segundo atendimento, iniciamos com a massagem do tipo pompage na região facial (nos músculos que estavam doloridos), após isso foi colocado as luvas e feito uma liberação intra-oral, na qual a fisioterapeuta forma um gancho com o dedo indicador da mão homolateral e faz movimentos de baixo para cima, varias vezes dos dois lados, depois coloca o polegar em contato da face e o dedo indicador por dentro da região bucal da mão contra-lateral e a outra mão fica dando estabilidade. Os dedos se juntam e vêm na direção dos lábios liberando a musculatura, depois na região supra e infra orbicular. Depois foi realizada uma liberação intra-oral de distração articular: o polegar do terapeuta é apoiado sobre as superfícies oclusais dos últimos molares inferiores, enquanto os outros dedos são mantidos sob o queixo, de forma a tracionar a mandíbula para baixo e para frente de forma rítmica, isso era repetido por 3 vezes.

O procedimento foi realizado em quatro dias de atendimento, no qual um dia serviu para a avaliação e tratamento, com duração de uma (1) hora cada e reavaliação ao final, outro para tratamento e reavaliação e uma semana após o fim dos atendimentos, para a reavaliação final. Durante os dias de tratamento ao final dos atendimentos eram refeitas as avaliações. Para as reavaliações foram empregadas os mesmos parâmetros iniciais. Os resultados obtidos foram organizados e apresentados por meio da descrição de cada caso e discutidos com base na literatura, tabelas e experiência clínica.

3 RESULTADOS

Paciente R. G. S. (paciente 1), sexo feminino, 24 anos de idade, casada, do lar, residente na cidade do Natal-RN. Apresentava diagnóstico odontológico de mordida cruzada, e como queixa principal dores de cabeça e ruídos na ATM. Ao questionário teve escore de 75, classificando o seu grau de DTM's como desordem severa. Como história de doença pregressa relatou que começou a sentir dores de ouvido, procurou um especialista que não encontrou nenhum problema e recomendou procurar um dentista, foi quando colocou aparelho ortodôntico e as dores de cabeça começaram. Na sua avaliação cinético-funcional a paciente apresentou dores na região nuchal e no ouvido direito (D), pela escala analógica da dor classificou em 7 sua dor. Na região facial pode-se observar dor a palpação na região do músculo masseter, falta de 1 dente, tendo a abertura de 40 mm, desvio lateral a D 8 mm e desvio lateral a E 16 mm. Na região cervical foi encontrado algumas disfunções como côndilo D posteriorizado, C5 em disfunção ERS D (ou seja, a vértebra estava em extensão, rotação e inclinação para a direita). Com relação aos movimentos da cervical, realizou todos, no entanto na flexão queixou-se de dor; ao exame postural apresentou as seguintes alterações: ombro D mais elevado, Retificação torácica e lombar, cabeça protusa e cabeça inclinada para a esquerda (E). Ainda na anamnese a paciente relatou dormi de boca aberta, ter insônia, ter zumbido e abafamento no ouvido e mastigar os alimentos mais para o lado D.

A paciente realizou dois atendimentos, no qual no primeiro teve enfoque nas alterações cervicais. Ao final foi reavaliada a dor, no qual a paciente pela escala analógica da dor classificou em 3, a abertura da boca, que aumentou para 51 mm, desvio lateral para D 9 mm e desvio lateral para E 13 mm.

No segundo atendimento a paciente relatou que as dores de cabeça haviam diminuídos e a dor no ouvido tinha desaparecido. Sua dor foi quantificada como 1, a abertura aumentou para 55 mm, desvio lateral D 14 mm e desvio para a E foi de 10 mm.

Uma semana depois dos atendimentos refez a avaliação e a paciente respondeu novamente o questionário, na qual sua pontuação foi 50, classificando em disfunção moderada. Só teve dor no movimento de volta da extensão, sua dor foi mantida em 1 pela EVA, a amplitude final da abertura foi mantida em 55 mm, desvio lateral D foi de 8 mm e desvio lateral E foi de 11 mm.

Paciente R. P. S. (paciente 2), sexo feminino, 29 anos, casada, com dois filhos e comerciante. No questionário aplicado seu escore foi de 60 conferindo-lhe uma disfunção

moderada. Sua queixa foi apresentar dores na região frontal e abaixo do ouvido. Ela relata que usou aparelho de 2001 a 2004, por estética e que depois que foi retirado por sua vontade apareceu as enxaquecas e as dores na região citada aumentaram de um tempo para cá (SIC). A paciente expõe que rói unhas, masca goma, dorme de boca aberta, tem insônia frequentemente e que mastiga mais para o lado D. Ao exame cinético-funcional sua dor estava na região frontal do lado E, na região lateral D do pescoço e na região próximo ao ouvido e essa dor foi quantificada em 4 pela EVA. Ao movimento da cervical referiu dor na extensão, rotação para D e E, e inclinação para E. Na inspeção bucal apresentava todos os dentes, e alinhamento dos incisivos. Sentiu dor ao movimentar a mandíbula nos movimentos de abertura e desvios laterais e na mensuração da amplitude de movimento a abertura foi de 35 mm, desvio para a D, 9 mm e desvio para a E, 16 mm. Na palpação foi encontrado disfunção na região do côndilo D, que estava posteriorizado, C0/C1, 1ª costela e na região do músculo masseter, bucinador e pterigóide medial. A paciente ainda relata mascar bastante goma de mascar e balas.

No fim do primeiro atendimento a paciente relatou melhora dos sintomas, foi reavaliada e classificou a dor pela EVA como sendo 3, e com isso pode realizar os movimentos da cervical e da mandíbula com mais liberdade. Sua amplitude para abertura de boca aumentou para 38, desvio lateral D permaneceu em 9 e no desvio lateral E, foi para 8.

Ao chegar para o segundo atendimento a paciente relatou que estava com enxaqueca, devido ter mascado chiclete e chupado bala. Mensurou a dor em 7 pela EVA, com isso foi visto a região cervical, que apresentava côndilo D posteriorizado, C3 em ERS E, foi feito as manipulações referente as regiões afetadas e depois foi feito o atendimento facial e bucal. Ao final foi reavaliado a dor que foi mensurada em 2 pela EVA, nos movimentos da cervical não referiu dor e na mensuração das amplitudes de movimento a abertura foi para 54 mm, desvio lateral D 10mm e desvio lateral E, 10.

Após uma semana foi refeito o questionário, na qual seu escore foi de 15, classificando a paciente no grau de sem desordem. Na avaliação sua dor foi quantificada em 2 pela EVA, não referia nenhuma dor para os movimentos da cervical e nas amplitudes de movimento da boca teve como resultado final 41 mm para o movimento de abertura da boca, 12 mm para desvio lateral D e 11 mm para desvio lateral E.

Paciente M. G. S. (paciente 3), sexo feminino, 28 ano, bióloga, casada e sem filhos. Através do questionário, sua disfunção foi classificada como sendo severa. Sua queixa é limitação na abertura da boca e enxaquecas. Ela relata que há uns 6 meses atrás estava fazendo aula de pilates quando sua boca travou (SIC), procurou um odontólogo especialista em buco-maxila. A paciente ainda revela que faz uso de medicamento para enxaqueca, às

vezes apresenta insônia, aperta os dentes, apresenta zumbido e abafamento no ouvido e que mastiga os alimentos mais para o lado D. Sua dor se concentra na região nuchal e acima do ouvido. Ela classifica sua dor como sendo 4 pela EVA e nos movimentos da cervical realiza todos, porém todos com dor exceto na flexão. Na inspeção pode-se observar que tem todos os dentes menos os incisivos, apresenta mordida topo a topo, tem alinhamento dos dentes, na ausculta tem estalos bilateralmente. Na palpação foi encontrado ECOM com espasmos, côndilo D posteriorizado, C0/C1 em disfunção, 1ª costela D mais elevada, C3 em ERS E, C6 ERS D e C7/T1 em disfunção. Na abertura da mandíbula obteve 25 mm, desvio lateral D de 5 mm com presença de dor e desvio lateral E de 4 mm.

Quando foi finalizado o primeiro atendimento a dor foi classificada pela EVA como 2, os movimentos da cervical foram realizados com menos dor, na palpação não sentiu mais dor no ECOM, sua abertura aumentou para 30, desvio lateral D para 8 e para a E 10.

No segundo atendimento a paciente classificou sua dor em 2 pela EVA, não referiu mais dor na região cervical e para as amplitudes de movimento da mandíbula foi encontrado 33 mm para abertura, 10 mm para desvio lateral D sem apresentar dor e 13 mm para desvio lateral E.

Uma semana depois foi refeita a avaliação da paciente e obteve os mesmos valores para as variáveis avaliadas e no questionário teve um escore de 60 classificando como uma desordem moderada.

A quarta paciente teve que ser excluída da pesquisa, por incompatibilidade de horário.

4 DISCUSSÃO

Na análise da ficha de avaliação foi considerada apenas os dados sócio-demográficos, como sexo, idade e profissão. Todos os indivíduos eram do sexo feminino (100%), o que vai de acordo com BIASOTO-GONÇALEZ (2005), na qual, relata que a maior incidência de DTM'S são em mulheres, em uma proporção estimada de 5:1. Complementada por Nekora apud ANDRADE e FRARE (2008), que relata que pode ser devido aos níveis de estrogênio tornando as articulações no sexo feminino mais flexíveis e frouxas do que nos homens. A idade ficou entre 24 e 29 anos, o que concorda com BIASOTO-GONÇALEZ (2005), na qual demonstra que as DTM's podem ocorrer em todas as faixas, mas a sua maior prevalência é entre 20 e 45 anos.

As DTM's também são relacionadas com a profissão. Foi observado nesse estudo que todas as mulheres trabalham, seja elas em casa ou fora. Segundo Rocabado apud CAMPOS et al (200?) estudos eletromiográficos evidenciam aumento considerável da descarga potencial em grande parte da musculatura ligada à mandíbula especialmente os mastigadores, em pacientes com DTM's que se encontram sob a influência de algum estado de tensão psíquica. Abrahams apud OLIVER (1998) concorda declarando que os músculos do pescoço contêm uma alta proporção de fibras aferentes (80%) comparados com outros músculos estriados (50%). Portanto, fatores como o estresse emocional que altera a função do sistema límbico afeta primariamente esses músculos que reagem através do espasmo provocando dores. Moraes, Bottino e Pavone apud CAUÁS et al (2004) correlacionam essa disfunção com o fator ocupacional que leva a uma das causas dessa disfunção, o apertamento ou ranger dos dentes, e que foi citada pelas pacientes. Uma das conseqüências dessa causa é o aumento da tensão provocada por elas nos músculos mastigatórios, relacionado com o aumento do tônus muscular.

Todas as pacientes relataram ter tendência a morder mais de um lado (mordida unilateral). De acordo com Planas apud PIZZOL (2004), a mastigação unilateral é um estímulo inadequado, pois proporciona uma excitação neural que terá como resposta o maior desenvolvimento pósterio-anterior da mandíbula do lado sem alimento e maior desenvolvimento maxilar do lado do alimento, para fora e para frente. Esta manutenção de um padrão unilateral, certamente trará prejuízos a todo o sistema estomatognático. ARAGÃO apud MENEZES (1998) relata também que a mastigação unilateral leva a assimetria facial, devido aos músculos da mímica do lado da mastigação serem mais solicitados e ficam mais exercitados do que o lado oposto. E isso resulta em comissuras labiais mais repuxadas e com alturas assimétricas, os músculos do pescoço também são afetados, causando desvios da posição da cabeça comprometendo o centro de equilíbrio.

Em relação ao grau de disfunção das DTM's pelo Índice Anamnésico de Fonseca (tabela 1), os resultados indicam uma evolução das pacientes com apenas dois atendimentos, em que duas pacientes evoluíram de disfunção severa para moderada e uma paciente ao final foi classificada sem desordem. Acredita-se que o protocolo fisioterápico realizado obteve uma resposta favorável aos sinais clínicos apresentados pelas pacientes, sugerindo assim que a terapia manual é uma técnica capaz de minimizar e tratar a sintomatologia agindo na causa do problema.

Tabela 1. Comparação dos dados do questionário antes e no final dos atendimentos das pacientes.

Pacientes	Avaliação Inicial	Disfunção	Avaliação final	Disfunção
1	75	Desordem severa	50	Desordem moderada
2	60	Desordem moderada	15	Sem desordem
3	75	Desordem severa	60	Desordem moderada

Ao comparar o nível da intensidade da dor (tabela 2) desses indivíduos após os tratamentos, obteve-se uma média 5,0 ($\pm 1,73$) no início, durante o segundo atendimento a média foi de 2,66 ($\pm 0,57$) e ao final a média 1,66 ($\pm 0,57$). Os resultados relativos à avaliação da dor demonstraram que após o tratamento fisioterápico utilizando a Terapia Manual, obteve diminuição do quadro algico. De acordo com BIASSOTO-GONÇALEZ (2005) a dor é o sintoma mais prevalente, e é o principal motivo pela procura de tratamento. Felício et al apud SILVA e DAHER (2010) em seu estudo ressalta que a fisioterapia através de técnicas de terapia manual justifica-se nesses pacientes, pois mostra uma efetividade em relação a sintomatologia e ganhos de amplitude. Chaitow apud MACEDO et al (2007) relata que a terapia manual tem o objetivo de normalização do equilíbrio membranoso com conseqüente liberação dos micromovimentos do crânio, drenagem venosa e relaxamento dos tecidos moles relacionados. Para Ricard, e Kalamir et al. apud FERNANDES et al (2009), as técnicas de terapia manual serão eficazes nos casos em que os pacientes apresentarem restrição de mobilidade de um ou vários parâmetros fisiológicos de movimento da articulação temporomandibular. Estas lesões são mantidas por elementos periarticulares, ou por tensão fascial a distância ou muscular.

Tabela 2. Comparação dos dados, médias e desvio padrão do antes, durante e após o tratamento fisioterápico da EVA das pacientes.

Pacientes	Dor Inicial	Dor 2º atendimento	Dor final
-----------	-------------	--------------------	-----------

1	7	3	1
2	4	2	2
3	4	2	2
Média ($\pm$ dp)	5 ($\pm$ 1,73)	2,33 ($\pm$ 0,57)	1,66($\pm$ 0,57)

Todas as pacientes avaliadas apresentavam alterações na região cervical, o que mostra a co-relação dessas regiões. Isso vai de encontro com AMANTÉA et al (2004), que relaciona a posição da cabeça com uma desvantagem biomecânica, ou seja, distúrbios de posicionamento e funcionamento mandibular, levando a hiperatividade da musculatura mastigatória e, conseqüentemente, DTM. Robinson apud TEDESCH-MARZOLA (2002) complementa relatando que alterações no posicionamento da cabeça associada ao da mandíbula interfere no bom funcionamento da ATM. E conclui enfatizando que em alguns casos a remoção de problemas oclusais por técnicas ortodônticas ou protéticas é insuficiente se a mandíbula está numa posição anormal decorrente de alterações posturais, havendo a necessidade da intervenção fisioterápica. Para tanto, foram utilizadas técnicas de Terapia Manual para o tratamento, mais precisamente técnicas de TRUST, que de acordo com Ricard e Sallé; Knutson e Owens apud FERNANDES, (2009), um dos objetivos de utilizar essas técnicas é a surpresa que causa nas defesas fisiológicas articulares e a separação brusca das superfícies articulares que surpreende o sistema nervoso central e provoca um “black out sensorial local” (apagão), o círculo vicioso irritativo se rompe e o tônus muscular se normaliza.

Outro ponto analisado foram as amplitudes de movimento da mandíbula. Todas as pacientes tiveram restrições nos movimentos da mandíbula, na abertura da boca (tabela 3) inicial teve uma média de 33,33 mm ($\pm$ 7,63) e após 1 semana do tratamento essa média aumentou para 43 mm ($\pm$ 11,13). Essas médias são uma resposta favorável, pois vai de encontro com a média dita por Rocabado apud BIASOTO-GONÇALEZ (2005), na qual a abertura normal varia em média de 40 a 50 mm. Isso também pode ser explicado por ANDRADE e FRARE (2008) na atuação da técnica terapia manual, na qual ela possui efeito imediato, e objetiva desprogramar a musculatura mastigatória intra e extra-oral, eliminar a tensão nos tecidos moles, pontos gatilhos e estado de defesa muscular agindo no sistema sensorial através dos órgãos tendinosos de Golgi.

Tabela 3. Comparação dos dados, médias e desvio padrão do antes, durante e após o tratamento fisioterápico da amplitude de movimento para a abertura da boca das pacientes.

Pacientes	Abertura inicial	Abertura no 2º atendimento	Abertura final
1	40 mm	55 mm	55 mm
2	35 mm	54 mm	41 mm
3	25 mm	30 mm	33 mm
Média ($\pm$ dp)	33,33 ($\pm$ 7,63)	46,33($\pm$ 14,15)	43 ($\pm$ 11,13)

Para o desvio lateral D (tabela 4) a média inicial foi de 7,33 mm ($\pm$ 2,08) e a final foi de 10 mm ($\pm$ 2) e para o desvio lateral E (tabela 5) a média inicial foi de 12 mm ($\pm$ 6,92) e a final foi de 11,66 mm ($\pm$ 1,15). Felício apud ZANINI (1999) relata que a lateralidade de um indivíduo sem desordens musculares ou na ATM varia entre 10 a 12 milímetros. Esse aumento do deslocamento D e diminuição do E pode sugerir uma maior sobrecarga do lado esquerdo e/ou uma maior tensão da musculatura D que impede o movimento de desvio lateral E.

Tabela 4. Comparação dos dados, médias e desvio padrão do antes, durante e após o tratamento fisioterápico da amplitude de movimento para o desvio lateral direito das pacientes.

Pacientes	Deslocamento lateral D inicial	Deslocamento lateral D no 2º atendimento	Deslocamento lateral D final
1	9 mm	14 mm	8 mm
2	9 mm	10 mm	12 mm
3	5 mm	8 mm	10 mm
Média ($\pm$ dp)	7, 66 ($\pm$ 2,30)	10,66 ($\pm$ 3,05)	10 ($\pm$ 2)

Tabela 5. Comparação dos dados, médias e desvio padrão do antes, durante e após o tratamento fisioterápico da amplitude de movimento para o desvio lateral esquerdo das pacientes.

Pacientes	Deslocamento lateral D inicial	Deslocamento lateral D no 2º atendimento	Deslocamento lateral D final
1	16 mm	10 mm	11 mm
2	16 mm	10 mm	11 mm
3	4 mm	13 mm	13 mm
Média ($\pm$ dp)	12 ($\pm$ 6,92)	11 ($\pm$ 1,73)	11,66 ($\pm$ 1,15)

As pacientes relatam apresentar hábitos parafuncionais. Os hábitos parafuncionais ditas por elas foram: bruxismo, mascar chiclete e balas. De acordo com ZANINI (1999) esses hábitos pode ser definida como uma repetição de um ato/atividade neuromuscular não funcional que leva a uma hiperatividade de grupos musculares craniomandibulares e aumenta a pressão interna da ATM, podendo contribuir com as DTM's. Schiffman, Friction e Haley apud ZANINI (1999) analisaram os principais fatores etiológicos da DTM em vários grupos de indivíduos (normais, com disfunção na ATM e/ou com disfunção na musculatura) e encontraram como resultado de sua pesquisa que a presença de hábitos parafuncionais foi significativamente menor em indivíduos normais do que naqueles com alteração muscular e/ou na ATM. Friedman; Schiffman, Friction e Haley apud ZANINI (1999) cita a mascagem de chicletes como sendo um fator etiológico para a disfunção na ATM e que 7,2% dos indivíduos entrevistados atribuíam os sinais e sintomas da DTM que possuíam ao hábito de mastigar chicletes

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa pesquisa observamos que, o protocolo fisioterápico utilizando a terapia manual proporcionou uma resposta positiva nas variáveis dor e mobilidade da ATM como a abertura, desvio lateral D e E da boca, com apenas dois atendimentos.

Diante desses resultados observamos que o fisioterapeuta adquire um importante papel dentro da equipe multidisciplinar, não somente por aliviar os sintomas e devolver a função da ATM, mas também de tratar a causa da disfunção que pode estar localizado ou acompanhado de alterações em regiões adjacentes, como à coluna cervical, o que nessa pesquisa foi observado disfunções nessa região em todas as pacientes.

Considerou-se como um importante fator de limitação, nesse estudo, o reduzido número de artigos e pesquisas científicas que abordassem a aplicação dessa técnica em sujeitos com DTM e o tamanho da amostra.

Sugere-se então que novas pesquisas com amostras maiores devam ser investigadas para que se possam ter resultados estatisticamente significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. L. B. R.; SILVA, P. F.S; VEIGA, P. H. A; DAHER, C. R. M. A influência dos recursos fisioterapêuticos no ganho da amplitude de abertura bucal em pacientes com disfunção craniomandibulares. Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara. Jan/Fev, 2010; 39 (1): 55-61.

AMANTÉA, D. V.; NOVAES, A. P.; CAMPOLONGO, G. D.; BARROS, T. P. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. Acta Ortop Brasil 12(3) - JUL/SET, 2004.

ANDRADE, T. N. C.; FRARE, J. C. Estudo comparativo entre os efeitos de técnicas de terapia manual isoladas e associadas à laserterapia de baixa potência sobre a dor em pacientes com disfunção temporomandibular. RGO, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 287-295, Jul/Set, 2008

ARAÚJO, Luciene Farias. Aplicabilidade de análise corporal e de rocabado na avaliação postural de indivíduos com e sem disfunção temporomandibular. Piracicaba, SP: [s.n.], 2005

BARCELOS, Stephanie; LIMA, Inês Alessandra Xavier. Efeitos dos exercícios terapêuticos na disfunção temporomandibular: estudo de caso. UNISUL – Santa Catarina, 20??.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. Ed. Manole. São Paulo, 2005.

CAMPOS, C. S.; ARCANJO, G. N.; ALMEIDA, L. C. Análise das disfunções temporomandibulares e da postura cervical em professores da rede pública de ensino com estresse ocupacional. Faculdade Integrada de Fortaleza, Fortaleza – CE, 200?.

CAUÁS, M.; ALVES, I. F.; TENÓRIO, K.; FILHO, J. B. H.C.; GUERRA, C. M. F. Incidências de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de disfunção da articulação craniomandibular. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, v. 4, n. 2, p. 121-129, Abr/Jun, 2004

CERVO, Armando Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia Científica. 4ª Ed. Makron Books. São Paulo, 1996

DI GRAZIA, R. C, A. D. P.; ZAMAI, C. A. Alterações posturais relacionadas com a disfunção da articulação temporomandibular e seu tratamento. Movimento & Percepção. Espírito Santo de Pinhal, São Paulo, v. 6, n. 8, Jan/Jun, 2006.

FERNANDES, W. V. B.; MICHELOTTO, A. B.; KIMURA, S. Comparação entre Técnicas Osteopáticas e Fisioterapia Convencional para o Tratamento das Desordens Temporomandibulares. Revista Inspirar, Curitiba, v. 1, n. 1, p 30-32, Jun/Jul, 2009.

JUNIOR, P. C. N.; MACIEL, R. L.R.; BABINSKI, M. A. Propriedades anatômicas e funcionais da ATM com aplicabilidade no tratamento fisioterapêutico. Revista Fisioterapia Brasil, v. 6, n. 5, Setembro/Outubro, 2005.

MATTA, Marcia Aparecida Piccoloto. Uma proposta de abordagem fisioterapêutica nas desordens da articulação temporomandibular. Campinas, SP : [s.n.], 2002

MENEZES, Patrícia Gonçalves de Albuquerque. A inter-relação da função de mastigação com a articulação temporomandibular. CEFAC -CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA CLÍNICA MOTRICIDADE ORAL, Recife, 1998

MORENO, B. G. D., MALUF, S. A., MARQUES, A. P., CRIVELLO-JÚNIOR, O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 210-4, mai./jun. 2009

NUNES, L. J.; PAIVA, G. Tratamento Multidisciplinar das ATMs: Odontologia, Fisioterapia, Psicologia e Fonoaudiologia. Editora Santos, 2008.

PIZZOL, Karina Eiras Dela Coleta. Influência da mastigação unilateral no desenvolvimento da assimetria facial. REVISTA UNIARA, n.15, p. 215-222, 2004

PRADA, R. M.; DELOROSO, F. T.; DELOROSO, M. G. B. Proposta de um protocolo de avaliação e um de tratamento fisioterapêutico para portadores de Disfunção Temporomandibular (DTM). Fisioterapia Ser, v. 1, n. 4, 2006.

TEDESCHI-MARZOLA, F.; MARQUES-PASQUAL, A.; MARZOLA, C. Contribuição da fisioterapia para a odontologia nas disfunções da articulação temporo-mandibulares. Revista Odonto Ciência. v. 17, n, 36, abr/jun, 2002.

VASCONCELOS, B. C. E.; SILVA, E. D. O.; KELNER, N.; MIRANDA, K. S.; SILVA, A. F. C. Meios de diagnóstico das desordens temporomandibulares. Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. v. 2, n. 1, p. 49-57, jan/jun, 2002.

VIANNA, M. O. A influência da fisioterapia na promoção da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular. Dissertação (Mestrado) apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade, 2008.

VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; CARVALHO, T. H. P. F.; GONÇALVES, A. (ORGANIZADORES). Qualidade de Vida e Novas Tecnologias . CAMPINAS: IPES EDITORIAL, 2007.

ZANINI, C. F. Os hábitos parafuncionais na disfunção da articulação têmporo-mandibular. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Motricidade Oral. Porto Alegre, 1999.

7 ANEXO

TERESA LISIEUX COELHO DE

Instituição: Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN.

Endereço: Rua São José 2177, Lagoa Nova, Natal – RN.

Titulação: Graduação em Fisioterapia pela UnP – ano 2008.

Atividade Profissional:

- Fisioterapeuta do setor de Ortopedia da Clínica Reabilite em Natal;
- Fisioterapeuta na área de Pilates da clínica Centro Vita.

ROBSON ALVES DA SILVA

Instituição: Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN.

Endereço: Rua Upanema, 202 Nova Parnamirim, Parnamirim-RN.

Titulação: - Mestre em Fisioterapia pela UFRN;

- Graduação em Fisioterapia pela UFRN – ano de 1995

Atividade Profissional:

- Professor e Coordenador do Curso de Fisioterapia da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN.

LUIZ FILIPE CERQUEIRA BARBOSA

Instituição: Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN.

Endereço: Avenida Hermes da Fonseca, 596, Tirol, Natal – RN.

Titulação: - Especialista em Terapia Manual pela FARN;

- Graduação em Fisioterapia pela UnP – ano 2006

Atividade Profissional:

- Monitor do curso de pós graduação Terapia Manual da FARN;
- Fisioterapeuta do setor de hidroterapia da A quasdupas em Natal;
- Professor do Curso de Fisioterapia da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN.

8 APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa intitulado: Efeito da Terapia Manual nas Disfunções Temporomandibulares: Protocolo Fisioterapêutico. Esse estudo é de fundamental importância, pois servirá para a população saber que existe mais um profissional que atua nessa disfunção. Também deverá enriquecer os conhecimentos científicos na área de fisioterapia aplicada à ortopedia, através da implementação de um tratamento fisioterápico, visando uma melhora rápida da capacidade funcional de indivíduos portadores dessa patologia e na área de odontologia.

Assim, esse estudo pretende elaborar e aplicar um programa de reabilitação fisioterapêutico, verificando seus benefícios, para que você possa a melhora dos seus sintomas o mais precocemente possível. Inicialmente aplicaremos um questionário para verificar o grau das DTM's, e em seguida faremos uma análise da sua história clínica. Concluída a avaliação inicial, será realizada uma averiguação da amplitude de movimento (ADM) e palpação dos músculos envolvidos com as DTM's e da região cervical. O programa de atendimento será realizado no período de 25 de Agosto a 01 de Setembro de 2010, que contará com um atendimento para avaliação, outro para tratamento e reavaliação e após um semana refeito essa reavaliação novamente.

Informamos que os riscos ou desconfortos para você serão mínimos e imperceptíveis. Por outro lado, os benefícios que você irá obter, servirão para melhorar bastante sua qualidade de vida. Serão fornecidas a você, todas as respostas a possíveis questionamentos ou esclarecimentos a qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e seu tratamento.

Você terá total liberdade para se recusar ou se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma e sem que isso traga prejuízo ao seu cuidado e tratamento. Asseguramos também que sua identidade será mantida em total sigilo. Colocamos à sua disposição, tratamento médico e indenização a que legalmente você terá direito, em casos de danos diretamente causados pela pesquisa. A sua assinatura nesse formulário de consentimento formaliza a sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos apresentados.

2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo O Prof. Robson e a Fisioterapeuta Teresa Lisieux Coelho de Oliveira do Curso de Pós Graduação de Terapia Manual da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN (FARN), desenvolverem o projeto de pesquisa intitulado: Efeito da Terapia Manual nas Disfunções Temporomandibulares: Protocolo Fisioterapêutico, cujos objetivos, procedimentos, foram lidos e esclarecidos para mim anteriormente.

Autorizo também a utilização dos dados obtidos para a realização de trabalhos e apresentação em encontros científicos. Concedo ainda o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre a minha identidade, podendo usar pseudônimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela participação nas ações propostas.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar o Prof. Ms. Robson Alves da Silva (CREFITTO 17.155 –F). Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com o mesmo nos telefones acima mencionados. Estou também recebendo uma cópia deste termo de consentimento que assinei.

Eu, _____, RG_____, residente _____, declaro para fins de participação na pesquisa “Efeito da Terapia Manual nas DTM’S: Protocolo Fisioterapêutico”, na condição de _____ (sujeito objeto da ação ou responsável pelo menor sujeito objeto da ação), que fui devidamente esclarecido (a) das condições acima citadas e consinto voluntariamente em participar das atividades propostas.

Natal, ____, _____ de 20____.

Dra. Teresa Lisieux Coelho de Oliveira
Responsável pela Pesquisa

Paciente ou voluntário (Responsável)

Este termo foi lido para _____ (nome do indivíduo) em ____/____/____ pelo _____ (nome do pesquisador) enquanto eu estava presente.

Testemunha

9 ANEXOS

ANEXO A - ÍNDICE ANAMNÉTICO DE FONSECA

Questionário de Índice Anamnético de Fonseca et al. (1994) apud Ranieri et al. (2007) utilizado para verificar a ausência de DTM

	SIM	NÃO	ÀS VEZES
1. Você sente dificuldade em abrir a boca?			
2. Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?			
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
4. Sente dores de cabeça com frequência?			
5. Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6. Tem dor no ouvido ou nas regiões das articulações (ATMs)?			
7. Já notou se tem ruído nas ATMs quando mastiga ou abre a boca?			
8. Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?			
9. Sente que seus dentes não articulam bem?			
10. Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?			

Fonte: RGO, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 237, jul./set. 2007

O questionário para a verificação de DTM (Índice Anamnético de Fonseca et al.), é composto por dez questões. As respostas do questionário foram estabelecidas como “Sim”, “Às Vezes” ou “Não”, às quais foram atribuídos os valores dez, cinco e zero, respectivamente.

Valores atribuídos conforme cada resposta do Índice anamnético.

PROVÁVEIS RESPOSTAS	VALORES ESTABELECIDOS PELO QUESTIONÁRIO
SIM	10
ÀS VEZES	05
NÃO	00

Fonte: RGO, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 232, jul./set. 2007

Após a aplicação do questionário o valor de cada resposta foi somado determinando, assim, a classificação do grau de DTM que os sujeitos desta pesquisa possuíam.

Classificação dos indivíduos conforme as respostas obtidas do questionário preconizado por Fonseca et al.

SOMA DAS RESPOSTAS OBTIDAS	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DTM
----------------------------	------------------------------

0 – 15	Sem desordem
20 – 40	Com desordem leve
45 – 65	Com desordem moderada
70 – 100	Com desordem severa

Fonte: RGO, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 232, jul./set. 2007

ANEXO B - PAQUÍMETRO

